

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

Наталія Грейда
Ольга Андрійчук

ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНЕ ВТРУЧАННЯ ТА ТЕСТУВАННЯ

Навчально-методичний посібник



Луцьк, 2024

УДК 615.851.3-051(072)

Г 79

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

Рецензенти:

Якобсон Олена Олександрівна – кандидат медичних наук, доцент кафедри загальної патології та хірургічних хвороб Волинського національного університету імені Лесі Українки

Грейда Н.Б., Андрійчук О.Я. Ерготерапевтичне втручання та тестування: навчально-методичний посібник. Луцьк, 2024. 79 с.

У навчально-методичному посібнику розглянуто шляхи відновлення стану особи з інвалідністю або з обмеженням життєдіяльності засобами ерготерапевтичного втручання, пристосування та компенсації з метою досягнення покращення якості життя. 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.

УДК 615.851.3-051(072)

Г 79

© Грейда Н.Б., Андрійчук О.Я., 2024.

© Волинський національний
університет імені Лесі Українки, 2024

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	4
ВСТУП.....	5
1. ОЦІНКА СТАНУ ПАЦІЄНТА В ЕРГОТЕРАПІЇ	7
1.1. Оцінка великої моторики в ерготерапії	7
1.2. Оцінка дрібної моторики в ерготерапії	11
2. Планування та проведення втручання в ерготерапії	16
2.1. Ерготерапевтичне втручання при ураженні опорно-рухового апарату та нервової системи (робота на кухні, набуття навичок письма).....	16
2.2. Ерготерапевтичне втручання при ураженні опорно-рухового апарату та нервової систем (соціально-побутова адаптація).....	20
2.3. Ерготерапевтичне тестування дрібної моторики при ураженні опорно-рухового апарату та нервової системи	24
2.4. Ерготерапія при інсульті та черепно-мозкових травмах.....	29
2.5. Ерготерапія при церебральному паралічі.....	36
ТЕСТИ ДЛЯ ПЕРЕВІРКИ ЗНАНЬ.....	51
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ТА ІНТЕРНЕТ-РЕСУРСІВ	73

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВООЗ – всесвітня організація охорони здоров'я

МКФ – міжнародна класифікація функціонування

МРТ – магнітно-резонансна томографія

ЦП – церебральний параліч

ЧМТ – черепно-мозкова травма

ADL – Activity in Daily Living

САОТ – Канадська Асоціація окупаційних терапевтів

GMFM – Gross Motor Function Test (Тест великих моторних функцій)

ВСТУП

Ерготерапія в дослівному перекладі означає «лікування дією, лікування активністю». Ерготерапія - це сукупне визначення безлічі лікувальних методик, що використовують в якості основного лікувального засобу фізичну активність хворого, спрямованих на відновлення і підтримання навичок самообслуговування і підвищення соціальної активності. Без участі пацієнта ерготерапія неможлива. Іншими словами, пацієнт все робить сам: він сам себе заново перенавчає під керівництвом ерготерапевта.

В обов'язки ерготерапевта входить:

- 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. Працює ерготерапевт зі своїм пацієнтом без протоколу.

Сфери терапії або сфери діяльності поділяються на 8 секцій: перша секція «Повсякденна діяльність» – це те, що важливе для життя (одягатися, їсти, купатися, чистити зуби, вдягатися, спілкування тощо); «інструментальна діяльність» - ведення хатніх справ, задоволення медичних потреб, сплата комунальних послуг, похід у магазин тощо; іншими секціями є: відпочинок і сон; освіта; робота; гра; дозвілля; участь у соціальному житті.

За канадською моделлю ерготерапія оснований на «трьох китах»: особа, діяльність, навколишнє середовище.

Окупаційні терапевти розглядають людину як ціле та враховують те, яким є її фізичне тіло, психічний стан, оточення, соціальна підтримка та мотивація. Людина, яка перенесла захворювання або травму, або має порушення розвитку від народження, часто є залежною від сторонньої допомоги і не завжди може знайти рішення проблем, пов'язаних з неможливістю себе обслуговувати, вести домашнє господарство, проводити дозвілля.

Якщо вчасно провести реабілітацію дітей, то можна запобігти багатьом проблемам і допомогти їм стати повноцінними членами суспільства. Методи ерготерапії використовуються в лікуванні дітей, які страждають на дитячий церебральний параліч, пацієнтів із захворюваннями і травмами опорно-рухового апарату, особливо - з ушкодженнями хребта, важких черепно-мозкових травм, також для дітей з аутизмом, синдромом Дауна тощо.

Ерготерапевт / окупаційний терапевт розробляє підхід до кожного випадку, щоб допомогти людині стати більш незалежною та покращити якість її життя. Покращує: моторні навички, когнітивні здібності (явища пов'язані з мисленням: інтелект, мова, пам'ять, увага, міркування, емоції, розум і навіть свідомість), емоційне та психологічне здоров'я, навички соціальної взаємодії.

Основне призначення ОТ – покращити якість життя людини. Окупаційні терапевти (ерготерапевти) працюють з різного роду перешкодами, які заважають повноцінному життю людини, такими як: захворювання, інвалідність, похилий вік.

ГЛАВА 1

ОЦІНКА СТАНУ ПАЦІЄНТА В ЕРГОТЕРАПІЇ

1.1. Оцінка великої моторики в ерготерапії

Оцінка стану пацієнта включає стандартизовану та нестандартизовану оцінку.

Під час **стандартизованої оцінки**, яка триває (приблизно протягом години) визначаються:

- фізичний стан (амплітуда рухів, вимірювання набряку верхніх кінцівок);
- оцінювання болю;
- вимірюється м'язова сила та сила стискання;
- визначається швидкість виконання рухів;
- координація;
- гнучкість;
- когнітивна сфера (пам'ять, мова, інтелект тощо).

Нестандартизоване оцінювання включає опитувальники, інтерв'ювання пацієнта та його сім'ї тощо.

До комплексного функціонального оцінювання належить:

- оцінювання великої та дрібної моторики;
- функціональної моторики верхніх кінцівок;
- оцінювання чутливості, тону м'язів та балансу.

Спочатку ерготерапевт зосереджується на:

- моторних компонентах активності (функціях), наприклад, силі м'язів, амплітуді руху, нормалізації м'язового тону;
- безпосередньому тестуванні функціональної діяльності (наприклад, пацієнт пробує нарізати та намастити хліб, одягнути верхню частину тіла тощо);
- спостерігає за координацією, взаємодією окремих м'язів та груп м'язів, що

створюють певну якість руху.

При оцінюванні великої моторики терапевти зосереджуються на:

- Мобільності;
- Перенесенні ваги верхньою кінцівкою;
- Великій моториці верхніх кінцівок;
- Амплітуді руху;
- Силі м'язів;
- Аномальні рухи.

Мобільність – тобто те, у який спосіб пацієнт рухається, або якого допоміжного засобу потребує для своєї мобільності. Чи він здатний рухатися самостійно, чи з допоміжним засобом? Як йому вдається рухатися по рівній поверхні, або підніматися / спускатися сходами. Встановлює, яким чином рух впливає, наприклад, на перенесення предметів, коли річ, яку несе пацієнт, падає тощо. Як пацієнт компенсує функцію пошкодженої сторони здоровою. При обстеженні ерготерапевт зосереджується на зміні положення тіла (перевертання лежачи, сидання, вставання). Оцінює симетрію, перенесення ваги, положення окремих сегментів тіла, плавність руху, скільки зусиль пацієнт витрачає. Проводиться обстеження скоординованої реакції.

При обстеженні великої моторики верхніх кінцівок ерготерапевт виявляє, як пацієнт реагує на розміщення (англ. «placing») верхніх кінцівок, тобто на здатність пацієнта реагувати на пасивний рух, який виконує терапевт.

Обстеження плечового суглоба в різних положеннях тіла, наприклад, при простяганні руки за предметом, при перенесенні предмета з одного місця на інше. Частим є неправильне положення плечового суглоба у внутрішній ротації. Оцінюється плавність виконання руху та загальна координація верхніх кінцівок.

Перенесення ваги верхньою кінцівкою оцінюється у пацієнта в різних положеннях тіла:

- сидячи;
- стоячи.

Для оцінювання амплітуди руху в окремих суглобах використовує гоніометрію. У гоніометрії у градусах визначається положення суглоба або амплітуда рухів, яких можна досягти при пасивному/активному русі). Вимірювання окремих суглобів здійснюється у точно визначених положеннях. Позиція окремих суглобів в нейтральному положенні позначається нулем, а від цього нуля відміряються градуси кутів. Встановлені значення записуються в бланк у градусах. При загальному оцінюванні амплітуди руху терапевт може записати також можливі причини обмеження амплітуди суглоба – біль, контрактури, деформація суглобів.

Обстеження сили м'язів нерідко є частиною оцінювання амплітуди руху. Адекватна м'язова сила вимагає також адекватної активної амплітуди рухів. При обстеженні терапевт має завжди порівнювати обидві сторони тіла (наприклад, праву та ліву верхні кінцівки). Вимірювання відбувається за шкалою 0 – 5 (тест Лаветта). Динамометр JAMAR – це пристрій для точного вимірювання сили м'язів шляхом стискання руки у п'ять кроків – 9 см, 12 см, 14,5 см, 17 см, 20 см. Вимірюється максимальна сила у три спроби для кожного кроку, а потім розраховується середнє значення. За допомогою динамометра можна виміряти силове хапання на початку, протягом і наприкінці втручання. Окрім неврології, динамометр Jamar може бути використаний також в ортопедії, ревматології та ергодіагностиці.

Координація – це здатність правильно виконувати цілеспрямовані рухи, якими зазвичай керує мозочок. Координація вказує на те, чи рухи є точними, цілеспрямованими, наскільки вони своєчасні. Виконання діяльності

повсякденного життя охоплює велику кількість завдань, під час яких пацієнт має використовувати обидві верхні кінцівки (наприклад, відкривання пляшки, зав'язування шнурівки, використання столових приборів, чищення яблука тощо). При цьому відстежують положення верхньої кінцівки, а також яка рука виконує функцію стабілізації, фіксації.

Оцінювання координації:

- *Пальце-носова проба:* Пацієнт сидить із заплющеними очима та відведеними руками і намагається вказівним пальцем доторкнутися до кінчика свого носа. Здатний чітко зупинитися безпосередньо на кінчику носа.
- *Тест палець – протилежне вухо,*
- *Спроба взяти склянку,*
- *Спроба взяти ручку чи інший дрібний предмет.*

Оцінювання зорово-рухової координації

1. Виконується спочатку в положенні сидячи. Голову пацієнта зафіксовано. Предмет спочатку знаходиться непорушно на місці, а потім рухається.
2. У наступній частині оцінювання голова рухається, а пацієнт локалізує та фіксує об'єкт.
3. Наступний етап: терапевт спостерігає за рухами голова – тулуб.
4. Після цього оцінює рухи пацієнта у положенні стоячи.
5. Потім оцінює рухи під час ходьби.

1.2. Оцінка дрібної моторики в ерготерапії

При оцінюванні дрібної моторики важливо враховувати функціональний рівень пацієнта. Подібно до великої моторики, ерготерапевт і тут оцінює обидві верхні кінцівки.

Оцінювання захоплення охоплює оцінювання всіх його етапів:

- наближення;
- стискання;
- тримання;
- випускання;
- віддалення.

Терапевт фіксує можливі проблеми на певному етапі хапання або ж можливі компенсації руху.

На етапі наближення терапевт відстежує, зокрема, стабільність тулуба, патерни руху в окремих сегментах й ізольовані рухи верхніх кінцівок.

Під час власне захоплення важливо оцінювати положення великого пальця, пальців і згинання зап'ястя.

На етапі випускання відстежується, чи пацієнт не потребує стабілізації сегмента кінцівки у певному положенні та якої зовнішньої опори йому не вистачає. Ерготерапевт має звертати увагу на положення зап'ястя та передпліччя.

Для стадій наближення та захоплення (тримання) важливим є вибір мети. Тобто мотивація людини, воля щось вхопити. Спочатку людина має зосередитися на меті, тоді скоординувати очі та руку.

Під час дотягування відбувається рух руки у просторі, причому найбільша швидкість наявна у середній стадії руху. Відкриття долоні відбувається спочатку руху. При контакті з предметом відбувається завершення дії хапання. Після цього може відбутися наступна стадія функціонального хапання – випускання. Постуральний контроль (контроль тіла в просторі) залежить від початкового положення тіла і складності завдання.

Для оцінювання хапання необхідно оцінювати ступінь координації моторики верхньої кінцівки, якими є наближення, хапання, маніпуляція. Координація наближення характеризується.

Потім оцінюється функціональне захоплення (тобто здатність вхопити предмети, яких людина потребує для рухової активності). Для оцінювання необхідною є загальна картина, коли предмети розташовані в різних положеннях (перед, за, над, під). Терапевт просить пацієнта вхопити предмети у сидячому положенні, з випростаними вперед руками, стоячи, з передпліччям у пронації або супінації.

При обстеженні дрібної моторики терапевт звертає увагу на вправність і спритність пацієнта під час хапання та маніпуляцій з предметами. Так зване оцінювання спритності рухів вимагає комплексного оцінювання функцій (обертання, крутіння, тримання, сортування, випускання) (Швесткова О., 2019).

Верхня кінцівка у нормі повинна виконувати наступні функції:

- хапання (простягання руки до предмета та його хапання);
- перенесення предметів;
- маніпуляція предметами;
- захисні реакції (у разі небезпеки);
- балансування (наприклад, при ходьбі);
- опора;
- невербальне спілкування (жести, знаки).

Оцінювання захоплення:

До обстежень, стандартно проведених ерготерапевтом, належить оцінювання функції верхньої кінцівки й, особливо, хапання. Кожна людина може застосовувати хапання унілатеральне або білатеральне.

- **унілатеральне** – правою верхньою кінцівкою або лівою верхньою кінцівкою;

- **білатеральне** – одночасно двома або ж змінне.

На стан, функцію хапання та його якість впливають складові фізичного стану:

- опорно-рухові;
- неврологічні;
- амплітуда руху.

На якість виконання захоплення впливає також м'язова сила, швидкість, координація, витривалість і втомлюваність, ініціація руху, чутливість, набряк, біль, м'язовий тонус, амплітуди рухів, практика. Непряме виконання хапання значною мірою впливає на психічний стан і на мотивацію до дії.

Окрім того, на виконання хапання має вплив здійснення власне **захоплення** – простягання, хапання, маніпуляція предметами, а також **завдання** як таке.

Виконання захоплення залежить від стабільності тулуба під час піднімання верхньої кінцівки, відстані між верхньою кінцівкою і предметом, перетину середньої осі. На виконання також впливає і те, який тип хапання пацієнт обирає, яким способом він маніпулює предметами – всією рукою, частиною руки, пальцями; якими є стабілізація, перенесення, ротація, релаксація.

Характер завдання також має вплив на виконання захоплення. Важливим є те, з яким предметом працюємо, які пацієнт має навчені патерни руху та які вимоги ставляться до результатів пацієнта:

Класифікація захоплення:

первинне – хапання, що виконується пальцями або долонею;

вторинне – замінний тип хапання, що виконується іншими частинами тіла, наприклад, голова – плече, зуби, пахви, лікоть тощо;

третинне – хапання за допомогою ортеза чи допоміжного засоба.

Первинні типи хапання можемо розділити на статичні та динамічні.

Статичні типи захоплення поділяються на:

- захоплення двопальцеві (*англ.* bidigital);
- захоплення багатопальцеві (*англ.* pluridigital);
- захоплення долонні.

Двопальцеві захоплення – застосовуються два пальці (наприклад, пінцетне, нігтьове, ключове, цигаркове).

- *пінцетне хапання* – «двопальцеве», подушечки вказівного та великого пальця дотикаються один до одного.
- *нігтьове хапання* – подібне до пінцетного, але залучена більша частина нігтів. Це дуже дрібне хапання, необхідне для збору дрібних предметів (наприклад, голок).
- *латеральне хапання* – притискання предмета 2-ю фалангою великого пальця до 1-ї та 2-ї фаланги вказівного пальця, наприклад, для відкриття замка, точне.
- *цигаркове хапання*.

Багатопальцеві захоплення передбачають використання кількох пальців (наприклад, пучка, тримання ручки):

- *тримання ручки* – функція трьох пальців й опора на тильну сторону долоні, дуже точне;
- *пучка* – «трипальцеве» хапання, використовується, наприклад, для соління, точне.

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

- *сферичне захоплення* – рука формується у сферу, тиск пальців важливіший за тиск долоні, використовується, наприклад, для закручування лампочки, хапання яблука тощо.
- *поперечне захоплення* – наприклад, щоб вхопити гребінець, стрижень, ручку, держак тощо.

Динамічні захоплення можуть бути простими (приміром, із запальничкою) або складними (наприклад, з фруктовою кісточкою).

Також хапання поділяємо на дві групи – точне та силове:

- *точне хапання* передбачає тримання предмета між кінчиками одного чи кількох пальців і великим пальцем. До точних хапань належить тримання ручки, хапання пучкою, латеральне хапання (хапання ключа).
- *у силовому хапанні* предмет охоплюють зігнутими пальцями та стискають його проти долоні. До силових хапань належать сферичне хапання, гачком та поперечне хапання.

Сила хапання залежить від положення руки (головним чином зап'ястя) (Швесткова О., 2019).

ГЛАВА 2

ПЛАНУВАННЯ ТА ПРОВЕДЕННЯ ВТРУЧАННЯ В ЕРГОТЕРАПІЇ

2.1. Ерготерапевтичне втручання при ураженні опорно-рухового апарату та нервової системи (робота на кухні та набуття навичок письма)

Методики навчання пацієнтів із пошкодженнями опорно-рухового апарату та нервової системи продуктивній діяльності

Ці методики застосовується для навчання навичкам роботи на кухні пацієнтів, що користуються кріслом-колісним, пацієнтів з геміпарезами, ревматоїдними поліартритами, парепарезами, а також з незначними розумовими розладами.

1. Робота на кухні

Мета - навчити самостійного приготування їжі, прийому їжі, прибирання.

Заняття 1. Знайомство з кухонним обладнанням (меблі, побутові прилади, посуд).

Пацієнтів, які мають труднощі з пересуванням, необхідно навчити активно пересуватися на кухні, забезпечити безперешкодний доступ до кухонного обладнання.

Заняття 2. Правила безпеки при роботі на кухні.

Проводиться бесіда про те, що при використанні електроприладів потрібні увага і певні знання. Пацієнту слід пам'ятати про наступні правила:

- не торкатися мокрими руками до працюючого електроприладу;
- не тримати довго відкритими увімкнені прилади (холодильник, духовку);
- електрочайник заповнювати водою до заданої позначки, для нагрівання встановлювати на рівну поверхню;
- при використанні ключа для відкривання консервних банок стежити за тим, щоб не поранити руки ріжучої поверхнею;

- при роботі, пов'язаній з водою, для запобігання травматизму стежити за тим, щоб розприскувалося якомога менше води;
- з особливою обережністю переміщати посуд з гарячою водою.

Заняття 3. Навчання користуванню кухонними побутовими приладами.

Проводиться бесіда про призначення побутових приладів: електроплита, холодильник, електрочайник. Демонструють і пояснюють призначення відсіків холодильника, правила його завантаження; відповідність обраного диска нагрівача плити регульованій ручці; вчать правильному використанню консервного ножа. Потім пацієнтові пропонується самостійно виконати ту чи іншу дію.

Заняття 4. Сервірування столу.

Якщо пацієнт пересувається в кріслі-колісному, рекомендується використовувати пристосування для переміщення посуду на колінах, при ураженні однієї половини тіла - використовувати для цього столик на коліщатках. Пацієнту пояснюють і показують, як накрити стіл для сніданку, обіду і т.д. Потім пацієнт намагається самостійно виконати необхідні дії.

Заняття 5. Навчання нарізці продуктів (хліб, овочі) з використанням спеціальних пристосувань.

Використовуючи обробну дошку з шипами, демонструють нарізку варених овочів, хліба. Потім пацієнт намагається самостійно виконати ці дії. При необхідності пацієнт використовує ніж з адаптованою ручкою або з ремінцем для руки.

Заняття 6. Навчання чищенню овочів.

Пояснюють порядок дій:

- миття овочів;
- переміщення овочів на пристосування для їх закріплення;
- чистка варених овочів;
- чистка сирих овочів.

Потім разом з пацієнтом переходять до виконання цих дій.

Заняття 7. Навчання приготування салатів.

Порядок дії:

- вибір потрібних інгредієнтів;
- миття овочів;
- чистка овочів;
- нарізка, подрібнення овочів на тертці;
- заправка салату.

Приготування здійснюється спільно з пацієнтом або групою пацієнтів.

Заняття 8. Підбір і навчання користуванню столовими приладами.

Відповідно до патологій здійснюється підбір столових приладів: насадки для ножів, виделок, ложок, столових приладів з вигнутою ручкою, ремінців для руки з метою полегшення користування столовими приладами, накладних бортиків для тарілки, килимків з нековзкого матеріалу під столові прилади. Протягом декількох занять проводиться робота по навчанню використання столових приладів.

Заняття 9. Навчання приготування гарячих напоїв.

Відповідно до патологій пацієнту рекомендують певну модифікацію чайника (електрочайник, звичайний чайник меншого обсягу).

Порядок дії:

- наповнити чайник водою;
- доставити його до плити зручним способом;

- включити або електрочайник, або плиту;
- приготувати чай, використовуючи пристосування, що полегшує наливання гарячої рідини.

Заняття 10. Миття посуду.

Пацієнта вчать:

- помістити використаний посуд у мийку доступним йому способом;
- очистити посуд від залишків їжі;
- використовувати для миття посуду губку або щітку з вигнутою або потовщеною ручкою;
- прибрати посуд в шафу.

2. Навчання письму.

Методика рекомендується для пацієнтів з геміпарезами, парапарезами, ревматоїдному поліартриті.

Мета: навчити пацієнта самостійного письма.

Заняття 1. Підбір технічних засобів для письма.

Відповідно до патологій пацієнтові пропонують наступні пристосування: ремінець для руки, насадки різного діаметра, пристосування для кріплення ручки, стенд для закріплення паперу.

Етапи підготовки до письма:

Заняття 2. Використання трафаретів.

Заняття 3. Використання шаблонів.

Заняття 4. Малювання довільних ліній за допомогою лінійки.

Заняття 5. Малювання довільних фігур.

Заняття 6. Робота з прописами.

Заняття 7. Переписування тексту.

2.2. Ерготерапевтичне втручання в ерготерапії осіб з інвалідністю при ураженні опорно-рухового апарату та нервової системи (соціально-побутова адаптація)

Методики ерготерапії осіб з інвалідністю з порушенням опорно-рухового апарату спрямовані на реабілітацію осіб з обмеженнями життєдіяльності, тобто з повністю або частково втраченими можливостями здійснювати самообслуговування, самостійно пересуватися, орієнтуватися, спілкуватися, контролювати свою поведінку, навчатися і займатися трудовою діяльністю, повноцінно відпочивати.

Мета ерготерапії - досягнення максимальної автономності та незалежності людьми з обмеженими можливостями.

Основним методом є практичне виконання пацієнтами різноманітних занять, пов'язаних з тим чи іншим видом діяльності.

Методики ерготерапевтичного втручання (соціально-побутової адаптації) пацієнтів із пошкодженнями опорно-рухового апарату та нервової системи

I. Методики самоогляду:

Ці методики застосовуються для пацієнтів:

- з *геміпарезами* (слабкість правої чи лівої половини тіла),
- *паранарезами* (неврологічний синдром, який уражає дві кінцівки, верхній – дві руки, нижній – дві ноги),
- різними видами *атаксії* (порушення координації рухів, ходи, рухів рук і очей при відсутності моторної слабкості),
- *апраксії* (порушення послідовності рухів),
- *гіперкінезами* (патологічні, раптові, мимовільні насильницькі рухи в різних групах м'язів).

1. Використання допоміжних засобів в особистій гігієні пацієнта

Мета:

- ознайомити пацієнта з наявними допоміжними засобами;
- підібрати допоміжні засоби, що необхідні конкретному пацієнту;
- навчити пацієнта користуватись підібраними допоміжними засобами.

2. Навчання вдяганню/роздяганню

Мета:

- навчити пацієнта самостійно одягатися/роздягатися.
- перед початком занять необхідно визначити положення пацієнта, найбільш сприятливе для одягання/роздягання.

Заняття 1. Надягання джемпера.

Пацієнтів з геміпарезами, верхніми парапарезами вчать одягатися таким чином: в положенні сидячи або стоячи потрібно вставити хвору руку в рукав, просунути голову в горловину і завершити одяганням здорової руки. У положенні лежачи навчитися надягати одяг значно важче.

Заняття 2. Надягання брюк/спідниці.

Для пацієнтів з геміпарезами, верхніми парапарезами, тетрапарезами (рухова дисфункція верхніх і нижніх кінцівок, яка виникає внаслідок різних неврологічних захворювань), нижніми параплегіями (параліч обох нижніх кінцівок) методику одягання визначає вид ураження.

Якщо пацієнт сидить на стільці, він нагинається, щоб вставити ноги в штанини і підняти їх до стегон, потім встає, щоб дотягнути їх до талії.

Якщо пацієнт лежить на спині, він піднімає одну ногу, потім іншу, щоб натягнути штани до стегон, потім піднімає таз, щоб натягнути їх до талії.

Якщо пацієнт не в змозі підняти таз, для надягання одягу необхідно перекочування з боку на бік.

Заняття 3. Роздягання: джемпер, сорочка.

Роздягання сорочки: якщо пацієнт може зробити рух назад здоровим плечем, він звільняє з допомогою домінуючої здорової руки плече і руку від сорочки і завершує знімати з хворої руки.

Роздягання джемпера: пацієнт захоплює верхній край пуловера з боку спини однієї або двома руками, пропускає в горловину пуловера підборіддя, нагинається і стягує пуловер, пропускаючи голову, а потім звільняючи руки, спочатку здорову, а потім хвору, допомагаючи здоровою рукою. Для цього потрібна хороша фіксація голови і тулуба.

Роздягання може здійснюватися в положенні стоячи, сидячи на стільці, сидячи «по-турецьки» на килимі. Для пацієнтів, які не можуть утримувати положення сидячи дуже складно запропонувати певну техніку роздягання, потрібно адаптуватися до їхніх можливостей (при роздяганні буває достатньо володіти обхватом долонею, який повинен бути досить міцним).

Заняття 4. Роздягання: брюки/спідниця.

Застосовується для пацієнтів з геміпарезами, парапарезами, нижніми параплегіями. У позиції стоячи пацієнт спускає штани до стегон, потім сідає, щоб звільнити гомілки.

У позиції лежачи він звільняє сідниці, спускає штани по черзі з кожної ноги, потім повністю знімає штани.

Заняття 5. Навчання застібання гудзиків.

Застосовується для пацієнтів з геміпарезами, парапарезами, нижніми параплегіями. Навчання застібання - довготривалий і складний процес. Застібання вимагає сильного захоплення великим і вказівним пальцями домінуючої руки. Спочатку пацієнта вчать вставляти гудзики (довгасті дерев'яні,

картонні) в отвори, потім - застібати і розстібати гудзики, починаючи з великих, при цьому петлі повинні бути трохи більше необхідного розміру.

Наступний етап - навчання пацієнта застібання власного одягу, покладеного перед ним на столі, потім - застібання одягу на собі. Для навчання краще використовувати одяг з вовни, петлі повинні бути більшими, ніж на його звичайному одязі.

Заняття 6. Навчання взування і шнуруванню.

Застосовується для пацієнтів з геміпарезами, парапарезами. Найбільш оптимальні положення для взування:

- сидячи на стільці, ноги на підлозі, корпус нахилений вперед;
- сидячи на стільці, ноги на підставці, на висоті трохи нижче стільця;
- сидячи на підлозі, коліна зігнуті.

При навчанні шнуруванню необхідно розвивати захоплення великим і вказівним пальцями. Якщо є які-небудь проблеми, то спочатку тренуються на дерев'яному взуття (макеті), використовуючи шнурки різного кольору, щоб було легше запам'ятати механізм шнурування. Шнурки повинні бути з товстим наконечником. Потім використовуються шнурки одного кольору. Пацієнт шнурує взуття, поставлене перед ним на столі п'ятою до нього. Для зав'язування шнурка вузлом необхідно навчити пацієнта схрещувати шнурки, утворюючи коло, пропускаючи один кінець шнурка всередину цього кола.

Заняття 7. Навчання користуванню допоміжними засобами при одяганні/роздяганні.

Застосовується для пацієнтів з геміпарезами, парапарезами, при ревматоїдному поліартриті та ампутації однієї з верхніх кінцівок.

Мета: навчання користуванню паличкою з гачком. Спочатку навчають пацієнта правильному захопленню палички, далі, допомагаючи йому,

здійснюють захоплення одягу і натягують його. Потім пацієнт намагається виконати цю операцію самостійно.

2.3. Ерготерапевтичне тестування дрібної моторики пацієнтів при ураженні опорно-рухового апарату та нервової системи

1. Тестування дрібної моторики пацієнтів

Перед початком ерготерапевтичного втручання ерготерапевт проводить оцінку порушень життєдіяльності людини. За допомогою спеціальних методик, тестів, тренажерів, що моделюють різні аспекти діяльності людини, виявляються порушення компонентів і складових життєдіяльності людини. На підставі проведеної оцінки фахівець разом з пацієнтом/клієнтом визначає цілі, методи і план ерготерапевтичної заняттєвої терапії.

Тест 1. Визначення способу захоплення

Тест застосовується *для пацієнтів з геміпарезами* (слабкість правої чи лівої половини тіла), *верхніми паранарезами* (неврологічний синдром, слабкість двох верхніх кінцівок) і призначений для визначення можливості захоплення великих і дрібних предметів. *Дрібні предмети для тестування: голка, цвях, ключ, аркуш паперу, бісер, олівець; великі - кубик з гранню 4 см, качалка, книга, сумка з ручкою, ніж, м'ячик діаметром 6 см.*

Пацієнту пропонується по черзі здійснити захоплення та утримання перелічених предметів, починаючи з більш дрібних, однією рукою, а потім іншою. Захоплення може здійснюватися як з використанням ортеза, так і без нього. ***Оцінку результатів проводять за 4-бальною шкалою:***

- 4 - правильне захоплення і утримання;
- 3 - правильне захоплення без утримання;
- 2 - неправильне захоплення, але можливе утримання;
- 1 - неправильне захоплення, утримання неможливе;

0 - захоплення неможливе.

Для правильності оцінювання захоплення потрібно знати способи захоплення предметів.

Тест 2. Визначення здатності до утримання предметів

Тест застосовується *для пацієнтів з геміпарезами і верхніми паранарезами* в разі, якщо тест щодо визначення способу захоплення дав позитивний результат. Оцінюється спритність рухів, швидкість виконання завдання, кількість операцій. Завдання пацієнт може виконувати як кожною рукою по черзі, так і обома руками. Для цього використовується два набори пристосувань:

1-й набір - для пацієнтів, у яких можливе захоплення дрібних предметів і їх утримання. У нього входять дощечка з отворами, болти, шайби і гайки. При проведенні тесту з 1-м набором пацієнт повинен за хвилину вставити в отвори дощечки якомога більше болтів, надіти на них шайби і закрутити гайки.

2-й набір - для пацієнтів, у яких можливе захоплення дрібних предметів, але відсутнє їх утримання. У нього входять дощечка з отворами, рахункові палички, ковпачки від фломастерів.

У 2-му випадку за той же час потрібно вставити в дощечку якомога більше рахункових паличок і накрити їх ковпачками від фломастерів.

Тест 3. Точки та промені

Тест призначений *для пацієнтів з порушеннями візуального сприйняття (інсульт, черепно-мозкова травма, ЦП)*. Існують два варіанти проведення тесту.

Для першого варіанту тесту використовується шаблонний бланк з розташованими на ньому під певним кутом 8-ю променями і 8 окремих бланків,

на яких зображено по одному променю в тому ж місці, як і на шаблоні. Терапевт пропонує пацієнту шаблонний бланк, а потім по черзі викладає перед ним бланки з поодинокими променями. Завдання пацієнта показати, де на шаблоні розташований пропонований терапевтом промінь.

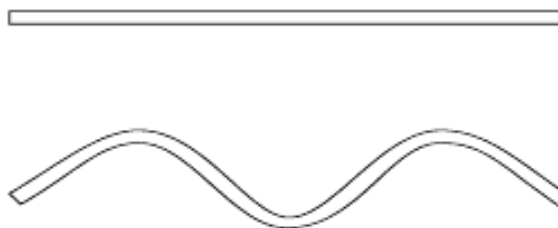
Для другого варіанту тесту використовується шаблонний бланк із зображеними на ньому в певній послідовності 9-ю точками і 9 окремих бланків, на кожному з яких зображено по одній точці в різних місцях у відповідність з шаблонним бланком. Терапевт кладе перед пацієнтом шаблонний бланк, а потім по черзі викладає бланки з окремо розташованими точками. Пацієнту необхідно визначити, де на шаблоні розташована та чи інша точка.



Оцінюється кількість помилок, які зробив пацієнт

Тест 4. Ламана лінія

Тест застосовується ***для виявлення порушень координації рухів верхніх кінцівок (інсульт, черепно-мозкові травми, ДЦП)***. Пацієнту пропонується бланк, на якому зображені різні види ламаних ліній. Він повинен провести олівцем лінію близько до контура ламаної. Оцінюється якість виконання завдання.



2. Принципи вибору методів заняття для пацієнта

Для вироблення плану роботи з пацієнтом необхідно також дотримуватися ряду вимог до вибору виду його діяльності. Слід пам'ятати, що заняття повинні бути посильними, значущими для пацієнта, відповідати його інтересам і життєвим ролям.

При виборі занять потрібно керуватися наступними принципами:

- будь-яка діяльність і заняття повинні враховувати стать пацієнтів, частина яких може вважати, що окремі види діяльності виконують особи тільки певної статі. *Наприклад, деякі чоловіки можуть відмовитися брати участь у приготуванні їжі, тому що вважають це "жіночою справою", а іншим це приносить задоволення, вони добре готують, навіть можуть займатися цим професійно.* При складанні плану ерготерапевтичного втручання ерготерапевтам краще покластися на думку пацієнта в цих питаннях, ніж нав'язувати йому свою точку зору;

- вибір заняття повинен відповідати культурним особливостям середовища пацієнта, людина швидше знайде заняття доречним для себе, якщо воно відображає норми і цінності його культурної групи;

- заняття повинно враховувати вікові особливості пацієнта. Він може відмовитися від тієї діяльності, яку вважає невідповідною йому за віком. *Наприклад, літня людина не стане грати з ляльками, але може зацікавитися будівництвом лялькового будиночка для внучки, тому що це відповідає його ролі дідуся;*

- важливо вибирати заняття, адекватні звичайним, особливо в тих випадках, коли пацієнт перебуває в стінах лікувального закладу. У цьому випадку в завдання ерготерапевтів входить забезпечення для пацієнта

можливості підтримувати баланс між діями по догляду за собою, проведенням дозвілля і виконанням продуктивної діяльності в формі, що сприяє його незалежності і автономності;

- при виборі занять необхідно враховувати як сильні, так і слабкі сторони пацієнта, а також характер діяльності. Ерготерапевт повинен вибрати заняття, яке дозволило б максимально використовувати сильні сторони пацієнта і піддавати навантаженню слабкі. Для подолання функціональних порушень потрібно допомогти пацієнтові максимально використовувати його сильні сторони для компенсації слабких, а також адаптувати умови діяльності таким чином, щоб пацієнт міг успішно займатися нею, не дивлячись на обмеження;

- необхідно поступово підвищувати рівень складності занять, для цього слід визначити тривалість їх виконання, інтенсивність фізичних і розумових зусиль, число етапів, складність виконання, кількість людей, з якими пацієнту доводиться контактувати, коло обов'язків, обсяг необхідної допомоги. Важливо, щоб цей процес відповідав реальним умовам життя пацієнта і його прагненням;

- діяльність повинна проходити в обстановці, в якій вона найбільш ймовірно буде здійснюватися пацієнтом. Якщо це лікарняна палата, то її специфіка може не відображати всіх особливостей і вимог природного для пацієнта середовища. *Наприклад, перебуваючи в лікарні, пацієнт може добре справлятися з переміщенням з крісла-коляски на ліжко, а вдома через інші умови це викличе у нього труднощі. У таких випадках рекомендується створення штучної обстановки, найбільш наближеної до реального життя пацієнта.*

<https://www.kspu.edu/FileDownload.ashx/%D0%9B%D0%B5%D0%BA%D1%86%D1%96%D1%8F%205,6%20%D0%B5%D1%80%D0%B3%D0%BE%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BF%D1%96%D1%8F.docx?id=e947cf1d-4460-44ea-92fc-6c9912545cdc>

2.4. Ерготерапія при інсульті та черепно-мозкових травмах

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

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

- Конгитивні
- Виконавчі дисфункції
- Мовленнєві
- Поведінкові
- Емоційні
- Соціальні

Роль членів сім'ї в реабілітації після ураження головного мозку

- члени сім'ї дуже часто є вирішальним компонентом для пацієнта, надаючи як довготермінову підтримку, так і додаючи значний внесок у процес реабілітації. Команда повинна розуміти, що члени сім'ї можуть мати особливий вплив та зв'язок із пацієнтом у порівнянні з фахівцями з реабілітації.

- сім'я може надати цінну інформацію про характер та амбіції пацієнта, а також важливу інформацію щодо труднощів у домашніх умовах. Це важливо для початкової оцінки та планування реабілітаційного втручання, щоб полегшити спілкування з пацієнтом, у якого ураження головного мозку і порушення конгитивних функцій.

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.

Вправи при моторних порушеннях

Починаючи з **пасивної мобілізації** (для людини, яка весь час або більшість часу лежить у ліжку), **аутомобілізації** (самообілізації) до **активних вправ** з

опором (завжди треба пам'ятати про спастичність, яка може допомагати або перешкоджати рухам). Різниця полягає в тому, що для осіб з черепно-мозковими травмами доведеться виконувати усі дії з **вербальним супроводом (мовним)**, щоб сприяти підвищенню пластичності мозку (це означає здатність мозку формувати альтернативний шлях).

Окрім того, потрібно додавати **вправи для координації верхніх кінцівок**, наприклад будівництво з кубиків вежі тощо двома руками, послідовно кожною рукою.

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.

Ерготерапія спрямована на розділення дій у послідовність активностей з використанням підказок (наприклад, словесні вказівки, нагадування). Кількість підказок в міру практикування зменшується.

Основні сенсорні наслідки після ураження головного мозку: втрата або порушення відчуття (смаку, нюху, слуху, зору, дотику).

Основні конгїтивні наслідки після ураження головного мозку: конгїтивні порушення у зв'язку з черепно-мозковою травмою впливають на розумову діяльність, навчання та пам'ять особи. Різні ділянки мозку відповідають за різну розумову діяльність, тому черепно-мозкова травма може вплинути на деякі з них.

Але не обов'язково всі навички, такі як швидкість мислення, пам'ять, сприйняття, концентрація, вирішення проблем і використання мови можуть бути уражені через ураження головного мозку.

Пам'ять. Унаслідок ураження головного мозку пам'ять може бути порушена. Порушення ділянок мозку, від яких це залежить, може призвести до порушення пам'яті – різні типи амнезії. Частина ерготерапевтичних засобів повинні сприяти відновленню пам'яті, усвідомленню труднощів.

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.

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.

Одностороннє просторове ігнорування -неглект. 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).

Дефіцит може бути настільки глибоким, що пацієнти не помічають великих об'єктів, навіть людей, які знаходяться з їхнього ураженого боку протилежного до пошкодженої півкулі мозку. Вони можуть їсти лише з одного боку тарілки, писати на одній стороні сторінки, голитися чи робити макіяж лише на неуразеній частині свого обличчя (правій). Їхні малюнки можуть не включати розміщення предметів, які знаходяться з ураженого боку. Більшість пацієнтів не підозрюють про наявність у них цього порушення (анозогнозія).

Сприйняття вербальної мови. Пошкодження правої півкулі мозку може призвести до того, що людина дуже конкретно інтерпретує словесну інформацію та сприймає речі буквально. Такі особи можуть мати знижену здатність сприймати гумор чи сарказм і можуть пропускати найтонші нюанси розмови. Цей тип порушень може призвести до того, що особа сприйматиме речі неправильно.

Їм може бути складно зрозуміти вираз наприклад «Я лише на хвилинку», вони можуть це сприйняти буквально та засмутитись, якщо це займе більше хвилини або «Дайте мені п'ять», вони можуть запитати, чого саме вам дати в кількості 5 одиниць.

Порушення мислення та здатності вирішувати проблеми. Змінена здатність вирішення проблем може призвести до того, що людина не зможе використовувати свої вербальні функції, щоб обдумати та вирішити проблему. Наприклад, як дістатись додому, спізнившись на останню маршрутку (автобус). Це може змусити її робити неправильні вчинки. Наприклад, піти додому самостійно в темряві, замість того, щоб зателефонувати додому, щоб хтось з членів сім'ї їх забрав і завіз додому.

Порушення мислення та здатності вирішення проблем також може призвести до того, що особа відчуватиме проблеми на рівні вербальної комунікації. Вона не зможе зрозуміти логіку чужої точки зору і буде непохитною у своїх переконаннях.

Вправи для тренування пам'яті. Інсульт та черепно-мозкова травма можуть впливати на розпізнавання, пацієнти можуть помилково впізнавати незнайомих або взагалі не можуть розпізнати знайоме обличчя. Можна їм робити календар з фотографіями родичів та знайомих, щоб разом з ерготерапевтом пригадувати цих осіб.

Найкращими вправами є ситуації з реального життя, такі як приготування їжі, похід до магазину тощо. Коли ми щось готуємо, то використовуємо пам'ять. Довгострокову для відновлення рецепту, короткострокову – для того, щоб вчасно увімкнути чи вимкнути плиту або духовку. Також треба спланувати дії і самоорганізуватися, а для цього потрібні моторні функції. Таким чином, ця діяльність охоплює більшість частин мозку, що були пошкоджені у зв'язку з порушенням головного мозку.

Те саме стосується походу на ринок (супермаркет). Ця діяльність пов'язана з самоорганізацією, пам'яттю, концентрацією, підрахунком.

Асистивні (допоміжні) засоби/стратегії реабілітації для осіб з проблемами пам'яті. Потрібно знайти найбільш дієвий спосіб нагадування для

пацієнта: підказки; записки; будильник; електронний порядок дня; особиста книжка зі схематичними малюнками чи без них тощо.

Великою проблемою є втрата можливості продуктивно використовувати мову, не можуть підібрати відповідні слова для вираження своїх думок. Пацієнти часто розуміють цю проблему та розчаровані з цього приводу. Буває навпаки, вони думають, що знають, що кажуть, але насправді промовляють інші випадкові слова. Лікування обох типів афазії може включати комбінацію терапії і порад.

Емоційні та поведінкові розлади. У кожного, хто переніс ураження головного мозку, можуть залишитися деякі зміни в емоціях, реакціях та поведінці. Їх важче помітити, ніж очевидні проблеми, наприклад ті, що впливають на моторні чи вербальні функції, але вони можуть бути найважчими для пацієнта та рідних. Це хвилювання, вибуховий гнів і роздратованість, імпульсивність, брак компетентності, емоційна лабільність, апатія і зниження мотивації, депресія, тривога, негнучкість і одержимість, егоцентризм, сексуальна дисфункція.

ТЕСТ «ПІДЙОМ ТА ХОДЬБА» НА ЧАС ДЛЯ ОСІБ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ

Тест “Підйом та ходьба” вимірює час у секундах, за який суб’єкти повинні встати з крісла з підлокітниками (висота сидіння приблизно 46 см), та пройти на відстань 3 метрів і сісти в крісло. У початковому та фінальному положенні, спина повинна повністю контактувати зі спинкою. Процедура демонструють пацієнтам. Допомога дозволена при необхідності.

Необмежені самостійні пацієнти – це ті, хто закінчив тест менш ніж за 10 с.

2.5. Ерготерапія при церебральному паралічі

Згідно з визначенням ВООЗ, реабілітація включає заходи, спрямовані на забезпечення можливості досягнення особам з інвалідністю соціальної інтеграції, повернення або максимального наближення до повноцінного суспільного життя. Кінцевою метою реабілітації осіб з інвалідністю є, за визначенням ВООЗ, їх соціальна інтеграція.

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.

Наукова група ВООЗ (1980 р.) дала таке визначення хвороби: **дитячі церебральні паралічі** – це група психомовних і моторних непрогресуючих синдромів, які є наслідком пошкодження мозку в період внутріутробного розвитку, інтранатальному (період пологів (2-20 год.) та ранньому постнатальному періодах (грудний період (1-12 міс.).

Клінічна картина рухових, психічних та мовних розладів настільки різноманітна, що до нинішнього часу не існує єдиної класифікації ЦП. Як правило, виділяються такі форми даного захворювання:

1. **Подвійна геміплегія** (рухові порушення кінцівок та розумові розлади, руки уражені більше). Це найважча форма ЦП і найбільш рідкісна (1,9%). Через тяжке ураження мозку, яке відбувається ще в період внутріутробного розвитку, виявляються важко порушеними всі найважливіші людські функції: рухові, психічні, мовні. Психічний розвиток таких дітей знаходиться, зазвичай, на рівні олігофренії в ступені імбецильності або ідіотії.

2. Спастична диплегія. Ця 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.

Діти з важким ступенем самотійно не пересуваються або пересуваються з допомогою. У 70-80 % дітей спостерігаються мовні порушення, психічний розвиток затриманий у 50-60 % та у 25-35 % спостерігається олігофренія.

Діти з середнім ступенем ураження пересуваються самотійно, хоч і з дефектною поставою. Мовні порушення спостерігаються у 65-75 % дітей, затримка психічного розвитку – у 45-55 %, у 15-25 % виявлено олігофренію.

Діти з легким ступенем ураження самотійно пересуваються, але хода їх залишається дещо дефектною. Мовні порушення спостерігаються у 40-50 % дітей, затримка психічного розвитку – у 20-30 %, олігофренія – у 5 %.

3. Гіперкінетична форма 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.

4. Геміпаретична форма. Ця форма 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.

5. *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.

За даними більшості авторів, які займалися вивченням ЦП, розлади інтелекту зустрічаються досить часто. Клінічна картина інтелектуальних розладів у осіб із ЦП доповнюється характерними особливостями розвитку особистості. Так, наприклад, у підлітковому віці часто формуються довготривалі реактивні стани, пов'язані з переживаннями через свій фізичний дефект. Ці реактивні стани виявляються в негативізмі або депресії.

Перебіг ЦП при всіх його формах підрозділяється на ранню, початкову резидуальну та пізню резидуальну стадії. Пізня резидуальна стадія вважається найважчою та мало перспективною щодо відновлення та розвитку рухових, психічних та мовних функцій. У пізній резидуальній стадії деформації кінцівок зазвичай стійкі, фіксовані, пов'язані з вторинними змінами в суглобних сумках та втратою сухожиллями еластичності. Лікувальна гімнастика, фізіотерапевтичні та ортопедичні заходи є недостатньо ефективними.

За наявності інвалідності, у тому числі й при наявності рухових розладів у осіб із ЦП, використовують **різні методики відновлення:**

- терапевтичні вправи,
- медичні процедури,
- медикаментозне лікування,
- лікування музикою,

релаксацію,
психопедагогічну корекцію тощо.

У дітей, навіть с однаковим діагнозом, є свої особливості рухового та психічного розвитку, тому для кожної дитини підбирають програму з вправами та **комплекс з розробки тугорухомості суглобів**.

Також використовують **вправи для координації рухів для рівноваги**. Більшість дітей вчать навичкам ходьби за допомогою спеціальних приладів (ходуни, тростинки для пересування, канати для утримування). При цьому, звертають увагу на особливості фізичного стану та можливості організму дитини.

На Шведській стіні - вправи для ніг, присідання та віджимання біля неї, розвороти тулуба. З її допомогою зміцнюють опороздатність, розтягують активно м'язи верхніх кінцівок. Присідання зміцнюють м'язи ніг та вирівнюють гомілкостопний суглоб, створюючи правильну опороздатність.

М'ячі різних розмірів, з їх допомогою роблять розтягнення тулуба, розвороти на них, вправи для живота та шиї, вправи на розслаблення.

Ходунки допомагають дітям вчитися самостійно пересуватись, зміцнюють впевненість в рухах.

Вертикалізатори. Діти приймають в них вертикальне положення, стоячи на ногах з допомогою фіксаторів. При цьому руки можуть вільно рухатись, граючи з м'ячем чи роблячи вправи з гімнастичною палицею. Також в них можна вільно пересуватись по гімнастичному залу.

Гімнастичні валики використовують також для зміцнення м'язів тулуба та кінцівок.

Вправи треба використовувати обережно при контрактурах та у дітей з епісіндромом (періодичні судоми, подібні до епілепсії).

Постійно контролюють навантаження та використовують вправи для різних груп м'язів, переходячи від простих до складних.

Зазвичай заняття триває близько 30 - 45 хвилин.

Ерготерапія при ЦП, насамперед терапія рук, ставить мету:

- зниження спастики й зміцнення пальців;
- формування пінцетного захвату;
- розвиток можливості тримати ложку та інші.

Повсякденні завдання, де можна розвивати незалежність дитини

- **Тонкі рухові навички:** координація дрібних м'язів руки (зазвичай, у координації з очима). Щоб дитина могла тримати, досліджувати та маніпулювати іграшками чи предметами, такими як: олівець, ложка, зубна щітка. Тонкі рухові навички використовуються в таких видах діяльності, як письмо, шнурування, годування та використання ножиць.
- **Готовність до навчання та школи:** ці заходи, як правило, є очікуваними вимогами під час відвідування дитячого навчального закладу. Наприклад: малювання зображень, вирізання, поведінка дитини на робочому місці, виконання завдання, виконання інструкцій та завдань.
- **Навички самообслуговування:** маніпуляція ножем та виделкою для самостійного харчування, одягання (шнурування, заціпання гудзиків), самостійне використання ванної кімнати (особиста гігієна та туалет).

- **Навички гри:** це ті, які використовуються в повсякденній грі, такі як: різання, розмальовування та відгадування головоломки, а також творчі, соціальні та комунікативні вимоги.

Іноді для досягнення результату потрібно адаптувати оточення під конкретну дитину. Наприклад, дитина з ЦП не може тримати ложку, сила його захоплення не дозволяє це зробити. Ерготерапевт може порадити зробити товстішу ручку. Здавалося б, дрібниця, але дитина зможе самостійно їсти, і це дуже важливо для неї.

Трапляється, що батьки виконують ті дії замість дитини, які вона фізично в змозі виконати. Це відбувається через страх, наприклад: батьки бояться, що дитина може втратити рівновагу, під час самостійного виконання особистої гігієни. У такому випадку фахівець пропонує встановити поручні, щоби дитина могла однією рукою спиратися на них і сама себе обслуговувати. Психологічно для неї дуже важливо, що вона могла сама про себе подбати.

Фахівець може рекомендувати конкретному пацієнту допоміжні технічні засоби реабілітації: ортези, візки, ходунки, ролатори, вертикалізатори і т. ін. Наприклад, ми часто стикаємося зі словами батьків «дитина не працює руками». Насправді ж, ми бачимо, що положення в якому, зазвичай, працюють із дитиною батьки — неправильне та не зручне для неї. Треба пояснити це, садити дитину у відповідне положення, внаслідок чого дитині не потрібно концентруватися на контролі власного тіла, відтак обсяг функцій зростає.

ПЕРЕЛІК ТЕРАПЕВТИЧНИХ ВПРАВ ПРИ ЦП

1. Тренування утримання голови.

В положенні на спині тренуємо вміння піднімати голову, повертати її в сторони. Це важливо для освоєння наступної рухової навички - поворотів і присідань. В положенні на животі, для полегшення утримання голови, під голову і плечі підкладають валик. Легше підняти голову при виконанні вправ на фітболі, розгойдуючи його вперед-назад. Розгойдування на фітболі тренує не тільки реакцію випрямлення голови, а й реакцію рівноваги.

2. Тренування поворотів тулуба.

Повороти зі спини на бік і зі спини на живіт стимулюють підйом голови, гальмують вплив шийних тонічних рефлексів, розвивають координацію рухів, рівновагу. В положенні на боці дитина бачить свої руки, що сприяє виробленню зорово-моторних координацій. Крім того, обертальні рухи необхідні для підтримки рівноваги.

3. Тренування повзання в колінно-кистьовому положенні.

Спочатку слід тренувати піднімання голови і опору на передпліччя і кисті в положенні на животі. У положенні рачки тренується здатність правильно утримувати позу, спираючись на розкриті кисті і коліна, відпрацьовується реакція рівноваги, для тренування поворотів, перенесення маси тіла, спираючись то на одну руку або одну ногу, то на іншу. При цьому необхідно стежити за правильним (розігнутим) положенням голови. Для повзання рачки треба правильно переміщати центр ваги, зберігати рівновагу і здійснювати реципрокні рухи кінцівками.

4. Тренування навичок сидіти.

Уміння сидіти вимагає хорошого контролю голови, поширення реакцій випрямлення на тулуб, наявності реакцій рівноваги і захисної функції рук. Крім того, важлива корекція патологічних поз. Стійкість в положенні сидячи полегшує вільні рухи рук, при цьому спина повинна бути випрямлена, голова піднята

5. Тренування навичок стояти.

Здатність до стояння ґрунтується на освоєнні сидіння і вставання на коліна. В позі на колінах легше, ніж в положенні стоячи, тренуються реакції рівноваги тулуба, оскільки завдяки більшій площі менш виражена реакція страху падіння. Тренування пересування на колінах закріплює реціпрокную функцію м'язів кінцівок, необхідну для вертикальної ходьби. Тренування функції стояння передбачає формування рівномірної опори на стопи, контроль вертикальної пози тулуба і збереження реакцій рівноваги.

6. Тренування ходи.

Для тренування пересування необхідна вертикальна установка голови і тулуба, переміщення центру ваги на опорну ногу, переміщення неопорної ноги, правильна постановка стоп, можливість зберігати позу, стоячи з опорою на кожен ногу, рівномірний розподіл маси тіла на обидві стопи, правильний напрямок руху і ритм. Спочатку дитину навчають ходьбі з підтримкою (руками дорослого, паралельними брусами, канатом, підвісною дорогою, шведською стінкою та ін.). Потім дитина вчиться ходити самостійно.

Поряд з формуванням основних рухових навичок і умінь необхідно вирішувати такі завдання, як:

- нормалізація довільних рухів в суглобах верхніх і нижніх кінцівок;
- формування навички правильної постави і правильної установки стоп;
- корекція сенсорних розладів;

- корекція координаційних порушень (дрібної моторики кисті, статичної та динамічної рівноваги, ритмічності рухів, орієнтування в просторі);
- тренування м'язово-суглобового відчуття;
- профілактика і корекція контрактур;
- активізація психічних процесів і пізнавальної діяльності.

Нормалізація дихальної функції

Уміння правильно дихати підвищує фізичну працездатність, поліпшує обмін речовин, допомагає відновленню мови. При ЦП дихання слабке, поверхнєве, рухи погано поєднуються з диханням, порушена мова. В зв'язку з цим для дітей з церебральною патологією важливо правильно вибрати початкове положення для виконання вправ, тобто в залежності від положення тіла змінюються і умови дихання. Так, наприклад, в положенні лежачи на спині утруднений вдих на опорній стороні, сидячи - переважно нижньо-грудне дихання, а діафрагмальне (черевне) утруднено, стоячи - переважає верхньо-грудне дихання.

На заняттях використовують як статичні, так і динамічні дихальні вправи в різних вихідних положеннях з різним темпом, ритмом, з акцентом на вдих або видих, з використанням різних предметів (надування кульок, пускання мильних бульбашок, грою на духових інструментах та ін.). Дихання пов'язано також з промовою, тому використовують звуко-речову гімнастику.

Корекція постави

При ЦП в результаті дії позотонічних рефлексів, формування патологічних синергій і м'язового дисбалансу найбільш часто формується порушення постави у фронтальній площині, кругла спина (кіфоз і кіфосколиоз). Для нормалізації постави необхідно вирішувати такі завдання, як формування навички правильної

постави, створення м'язового корсету (переважне зміцнення м'язів черевного преса і розгиначів спини в грудному відділі хребта).

П.Ф. Лесгафт наполягав на тому, що елементарні рухи в суглобах - азбука будь-яких складних рухів. Для дітей з церебральною патологією робота суглобів верхніх і нижніх кінцівок починається з найпростіших рухів, з полегшених початкових положень в поєднанні з іншими методами (масаж, теплові процедури, ортопедичні укладання та ін.).

Потрібно поступове збільшення амплітуди рухів в суглобах кінцівок, відпрацьовування всіх можливих рухів в кожному суглобі. При цьому використовують ***вправи в опорі в поєднанні з розслабленням та махами рухами.*** Можна також використовувати різні предмети (гімнастичну палицю, м'ячі, скакалки для верхніх кінцівок, гімнастичну стінку, слідові доріжки, паралельні бруси для нижніх кінцівок).

Особливу увагу звертають на розробку обмежених рухів - розгинання і відведення в плечовому суглобі, розгинання і супінації в ліктьовому суглобі, розгинання пальців і відведення великого пальця в кисті, розгинання і відведення в тазостегновому суглобі, розгинання в колінному суглобі, розгинання в гомілковостопному суглобі та опору на повну стопу.

Корекція дрібної моторики і маніпулятивної функції рук

Основна функція руки - маніпуляція з предметами. Навіть анатомічна будова м'язів рук передбачає тонку, дрібну, диференційовану роботу. Маніпулятивна функція важлива для самообслуговування дитини і для оволодіння професійними навичками.

При цьому найважливішим є опозиційний хват великого пальця. Для тренування кінестетичного почуття важлива адаптація руки дитини до форми різних предметів при навчанні захоплення. Для відпрацювання навичок самообслуговування дитина тренується захоплювати ложку, виделку, застібати

гудзики та кнопки на одязі, складати кубики, мозаїку, малювати, включати світло, набирати номер телефону, закручувати кран, розчісуватися та ін. Можна використовувати різноманітні ігри та заняття у вигляді шиття, склеювання, розрізання ножицями, друкування на машинці.

Після розвитку диференційованої діяльності пальців особливо важливо починати навчання.

Корекція сенсорних розладів

Успішність фізичного, розумового і естетичного виховання залежить від рівня сенсорного розвитку дітей, тобто від того, *наскільки абсолютно дитина чує, бачить, відчуває і як точно вона може висловити це в промові*. В зв'язку з руховою недостатністю у дітей обмежена маніпулятивно-предметна діяльність, утруднене сприйняття предметів на дотик, недорозвинена зорово-моторна координація.

Для корекції сенсорних розладів необхідно розвивати всі види сприйняття, формувати сенсорні еталони кольору, форми, величини предметів, розвивати м'язово-суглобові почуття, розвивати мовлення і вищі психічні функції (увага, пам'ять, мислення).

Профілактика і корекція контрактур

Аномальний розподіл м'язового тону швидко призводить до розвитку контрактур і деформацій, гальмує формування довільної моторики. Профілактику та корекцію контрактур можна проводити як за допомогою фізичних вправ, так і за допомогою допоміжних засобів. *З вправ найбільш доцільні вправи на розслаблення, розтягування, поштовхування, а з допоміжних засобів, що сприяють збереженню правильного положення різних ланок тіла, використовуються лангети, шини, тутера (лита конструкція для утримання нижньої кінцівки у фіксованому положенні), коміри, валики, вантажі та ін.* Допоміжні засоби можуть використовуватися як для розвантаження (комір Шанца, корсети), так і

для корекції патологічних поз (лангети, шини). Їх використовують 3-4 рази на день, тривалість перебування в спеціальних укладаннях залежить від тяжкості ураження і переносимості процедури. Допоміжні засоби сприяють гальмуванню патологічної тонічної активності, нормалізації взаємин м'язів-антагоністів. Ортопедичний режим слід чергувати з різними видами лікувальної гімнастики для боротьби з контрактурами.

У психологічній корекції особливу увагу слід звернути на формування конструкторської діяльності, так як в результаті вдосконалюється сприйняття форми, величини предметів і їх просторових співвідношень. *Важлива психокорекція пам'яті в зв'язку зі зменшенням обсягу зорової пам'яті, слухової і дотикової, а також формування наочно-образного мислення в процесі конструкторської та образотворчої діяльності.* Крім того, необхідно проводити психологічну корекцію емоційних порушень і мови.

Таким чином, **основними засобами є дозовані терапевтичні вправи.** Завдання, зміст, методичні прийоми на заняттях пов'язані з планом лікування, корекції, навчання і виховання дитини і залежать від його стану і динаміки досягнутих результатів. Заняття можуть бути малогруповими або індивідуальними залежно від віку, діагнозу і ступеня тяжкості. Отримані результати на заняттях закріплюються дома. Для кожної дитини необхідно скласти план корекційної роботи та оцінити ефективність корекції. Для успішного лікувально-педагогічного процесу важлива взаємодія невролога, фізичного терапевта, ерготерапевта, логопеда, психолога, педагога, а також батьків.

Тренувальні навички доцільно постійно адаптувати до повсякденного життя дитини. **В першу чергу - розвивати реакцію випрямлення і рівноваги, тренування утримання голови, поворотів тулуба, повзання рачки, сидіння,**

стояння і ходьби. Все це - після попередньої розробки суглобів, та пасивно-активних вправ у верхніх та нижніх кінцівках.

Поряд з формуванням основних рухових навичок і умінь вирішувати в майбутньому такі завдання, як:

- удосконалення довільних рухів в суглобах верхніх і нижніх кінцівок;
- формування навичок правильної постави і правильної установки стоп;
- корекція сенсорних розладів;
- корекція координаційних порушень;
- тренування м'язово-суглобового відчуття;
- профілактика і корекція контрактур;
- активізація психічних процесів і пізнавальної діяльності.

При всьому різноманітті методів і прийомів навчання та виховання важливим залишається людський фактор - взаємини дитини і педагога. В даному випадку ЛЮБОВ до дитини і ВІРА в його можливості може допомогти там, де безсилі найсучасніші методики.

Тестування при ЦП проводиться згідно основ Міжнародної класифікації функціонування, неповносправності та здоров'я (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF).

Ця класифікація описує параметри функціонування, неповносправності та здоров'я людини у 3 основних вимірах:

- 1) структура тіла,
- 2) функції тіла,
- 3) активності та участь (можливість виконання завдань та участь в суспільному житті).

Інструменти, спрямовані на оцінку «**Структури Тіла**» доволі рідко застосовуються в клінічних дослідженнях. Хоча більшість дітей мають результати комп'ютерної томографії чи МРТ мозку для підтвердження діагнозу

ЦП. В деяких дослідженнях, застосовується функціональна МРТ, яка дає можливість оцінити діяльність мозку під час виконання певних завдань. Дуже мало зараз відомо як співвідносяться результати МРТ з клінічними параметрами стану пацієнта з ЦП, і як ці дані можна практично застосувати. Є лише декілька досліджень, які вказують на надійність трактування даних функціональної МРТ в деяких популяціях пацієнтів. Зважаючи на високу ціну, та можливість її використання лише в спеціалізованих центрах ця технологія рідко застосовується у оцінці результатів лікування ЦП.

«Функції тіла» часто визначаються в дослідженнях ЦП. Лікування ЦП часто спрямоване на зниження **спастики**, і для вивчення часто застосовуються *шкали Ашворса і Тардьє*. Ці шкали вимірюють опір при пасивному русі кінцівкою. Шкала Ашворса та модифікована шкала Ашворса мають недостатню надійність і її достовірність (валідність) не доказана (частково через те, що спастичу взагалі дуже важко кількісно оцінити). Можливо, що шкала Тардьє є трохи надійнішою. Не зважаючи на очевидні недоліки цих тестів спастичності, вони широко застосовуються у клінічних та наукових дослідженнях ЦП, через те, що немає кращих інструментів, які можна було би легко застосовувати.

Сила переважно вимірюється за допомогою динамометрії. Існують різні динамометри та методики динамометрії, які можуть виміряти силу, деякі є простішими в застосуванні, деякі є надійнішими. Проведено порівняльне дослідження характеристик різних методик динамометрії. Вимірювання сили часто застосовується в лікуванні та в наукових дослідженнях.

Об'єм рухів можна оцінити за допомогою гоніометрії, застосовуючи ручний гоніометр, який прикладається до кінцівки дитини для вимірювання кутів. Надійність застосування гоніометрії в наукових дослідженнях ЦП коливається, але вона широко застосовується в практичній медицині.

Тест великих моторних функцій (Gross Motor Function Test - GMFM)

являє собою ряд завдань пацієнту, виконання яких оцінює фізіотерапевт. Тест має підтверджену надійність та достовірність. На його проведення необхідно коло години, але він дає кількісну оцінку моторного розвитку дитини, і цю оцінку можна спів ставити з розробленими кривими моторного розвитку пацієнта з ЦП.

У системі засобів рекреації та соціальної адаптації людей з інвалідністю важливе місце займають також **рухливі ігри**. Перевага рухливих ігор перед суворо дозованими вправами полягає в тому, що гра завжди пов'язана з ініціативою, фантазією, творчістю, протікає емоційно, стимулює рухову активність. Гра значною мірою сприяє тренуванню природних рухів у розважальній ненав'язливій формі. У ряді зарубіжних публікацій, присвячених рухливим іграм, відзначається їх ефективність при лікуванні захворювань опорно-рухового апарату і порушень центральної нервової системи.

До нетрадиційних форм такої активності можна віднести **іппотерапію** (від грецького "hippos" – "кінь") – лікувальну верхову їзду, здавна відому значною терапевтичною ефективністю при лікуванні різних захворювань, у тому числі й церебральних рухових порушень. Спочатку в країнах Скандинавії, а віднедавна у Великобританії, Канаді, Швейцарії, Польщі, Німеччині і Франції іппотерапію почали використовувати в системі комплексної реабілітації осіб з різноманітними порушеннями опорно-рухового апарату.

Незважаючи на зацікавлення фахівців іппотерапією, до цього часу ще не розроблено методику її застосування як засобу соціальної інтеграції та реабілітації інвалідів, особливо інвалідів із ЦП. Практично не вивчено питання про шляхи закріплення досягнутих позитивних зрушень у реабілітації на основі використання іппотерапії.

ТЕСТИ ДЛЯ ПЕРЕВІРКИ ЗНАНЬ

Тема. Зміст окупаційної терапії.

1. Фахівець, який, незважаючи на наявні у пацієнта рухових, когнітивних або інших обмежень, допомагає йому бути максимально самостійним, сприяє поверненню пацієнта до звичного для нього способу життя це:

1. Ерготерапевт
2. Психолог
3. Терапевт
4. Соціальний працівник
5. Медична сестра

http://repository.ldufk.edu.ua/bitstream/34606048/25953/1/4_%D0%9B%D0%B5%D0%BA%D1%86ii_%D0%9C%D0%B0%D0%B7%D0%B5%D0%BF%D0%B0_%D0%93%D0%B0%D0%B2%D0%B0%D0%BB%D0%BA%D0%BE_%D0%95%D1%80%D0%B3%D0%BE%D1%82%D0%B5%D1%80.pdf

2. Мета ерготерапії -

1. Збільшити опірність організму до захворювань
2. Відновити пам'ять, мовлення, відновлення рухів
3. Поліпшити загальний стан
4. Поліпшення здатності пацієнтів жити життям відповідно до їх потреб і бажань
5. Поліпшення стану для полегшення догляду за пацієнтом

http://repository.ldufk.edu.ua/bitstream/34606048/25953/1/4_%D0%9B%D0%B5%D0%BA%D1%86ii_%D0%9C%D0%B0%D0%B7%D0%B5%D0%BF%D0%B0_%D0%93%D0%B0%D0%B2%D0%B0%D0%BB%D0%BA%D0%BE_%D0%95%D1%80%D0%B3%D0%BE%D1%82%D0%B5%D1%80.pdf

3. Для ерготерапії характерний підхід до пацієнта:

1. Груповий
2. Індивідуальний

3.Складний

4. Легкий

5. Помірний

<https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%95%D1%80%D0%B3%D0%BE%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BF%D1%96%D1%8F#%D0%97%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%BE%D1%81%D1%83%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F>

4.Термін «ерготерапія» в перекладі означає:

1.Допомога

2. Лікування підтримкою

3. Лікування словом

4.Лікування дією

5. Робота

<https://innovo.ua/ergoterapija/>

5.Ерготерапевт взаємодіє:

1. Лише з пацієнтом

2. Лише з сім'єю пацієнта

3. З сім'єю, пацієнтом, іншими спеціалістами

4. З фізичним терапевтом

5. Лише в мультидисциплінарній команді

https://manual.sdc-eu.info/pt/lib/1_3.pdf

Тема. Робота ерготерапевта в мультидисциплінарній команді.

1. Ерготерапевт:

1.Займається адаптацією пацієнта до оточуючого середовища, вчить користуватись предметами побуту.

2. Відновлює активні рухи та ходу.

3. Займається введенням назначених ліків та профілактикою пролежнів.

4. Відновлює мову, покращує комунікативні функції пацієнта, займається проблемою дисфагії.

5. Проводить бесіди та тренінги з пацієнтом

https://www.myuniversity.ru/%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F/%D0%9F%D0%BE%D0%BD%D1%8F%D1%82%D1%82%D1%8F_%D0%BC%D1%83%D0%BB%D1%8C%D1%82%D0%B8%D0%B4%D0%B8%D1%81%D1%86%D0%B8%D0%BF%D0%BB%D0%BD%D0%B0%D1%80%D0%BD%D0%BE_%D0%B1%D1%80%D0%B8%D0%B3%D0%B0%D0%B4%D0%B8_%D1%82%D0%B0_%D1%84%D1%83%D0%BD%D0%BA%D1%86_%D0%BA%D0%BB%D0%BD%D1%87%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D0%BE/320158_2879369_%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%86%D0%B01.html

2. Работа ерготерапевта починається з:

1. Знайомства зі сім'єю

2. Рекомендацій вправ та обладнань

3. Оцінки важливих і необхідних для клієнта видів діяльності, якості їх виконання, аналізів факторів, актуальних можливостей.

4. Встановлення діагнозу, початку роботи з пацієнтом

5. Обговорення з пацієнтом плану проведення реабілітації, виконання завдань та цілей

<https://physrehab.ru/glossary/occupational-therapy/>

3. Ціль ерготерапевта в мультидисциплінарній команді:

1. Виявити наявні порушення, відновити або розвинути функціональні можливості людини, які необхідні в повсякденному житті

2. Виявити наявні порушення, відновити або розвинути функціональні можливості людини, які необхідні в роботі

3. Виявити наявні порушення, відновити або розвинути функціональні можливості людини, які необхідні лише в певних видах діяльності

4. Визначити діагноз і передати його команді, яка сама поставить програму

5. Виявити порушення які наявні у пацієнта

https://ergotherapy.ru/ob_ergoterapii/

4. Позитивні результати можна отримати:

1. Лише від спільної роботи ерготерапевта та пацієнта
2. Лише від роботи сім'ї та пацієнта
3. Лише від роботи ерготерапевта
4. Лише роботою мультидисциплінарної команди
5. Лише в спільній роботі мультидисциплінарної команди, пацієнта та сім'ї (чи соціального прцівника)

https://ergotherapy.ru/ob_ergoterapii/

5. Робота в мультидисциплінарній командні:

1. Будується на взаємовідносинах ерготерапевта з іншими фахівцями, а також у власній відповідальності за свою роботу із пацієнтом
2. Будується на самостійній роботі ерготерапевта
3. Будується на самостійній роботі кожного фахівця
4. Будується на взаємовідносинах ерготерапевта з пацієнтом
5. Будується на взаємовдносинах ерготерапевта з сім'єю пацієнта

https://manual.sdc-eu.info/pt/lib/1_3.pdf

Тема. Методи і тренінги в дитячій ерготерапії.

1. Коли функція покращується, завдання поступово:

1. Збільшується в складності.
2. Зменшується в складності.
3. Виконується в тому ж ритмі
4. Не змінюється
5. Переходить на інше завдання

https://moodle.znu.edu.ua/pluginfile.php?file=/244972/mod_resource/content/3/%D0%B5%D1%80%D0%B3%D0%BE%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BF

[%D1%96%D1%8F%20%D0%BF%D1%96%D0%B4%D1%80%D1%83%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%BA.pdf](#)

2.Всі вправи з дітьми проводяться в:

1.Ігровій формі

2.Фізичній формі

3.Навчальній формі

4.Самостійній формі

5.Терапевтичній формі

<https://vseosvita.ua/library/metodi-ta-prijomi-rozvitku-dribnoi-motoriki-ruk-u-doskilnikiv-159598.html>

3. Під час занять потрібно враховувати:

1.Час доби, вік дитини

2.Індивідуальні особливості дитини, вік, настрої, бажання і можливості.

3.Вміння дитини та її можливості

4.Стать дитини, вік, бажання

5.Термін занять, стать, вік

<http://detkam.in.ua/netradicijni-metodi-rozvitku-dribnoyi-motoriki-ruk.html>

4. До ерготерапії можна віднести заняття:

1.Фототерапія, арттерапія, малювання пальчиками

2.Атлетичні вправи

3.Катання на байдарках, велосипеді

4.Ультразвук, гальванізація

5.Фізкультуру, психотерапію

https://moodle.znu.edu.ua/pluginfile.php?file=/244972/mod_resource/content/3/%D0%B5%D1%80%D0%B3%D0%BE%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BF

[%D1%96%D1%8F%20%D0%BF%D1%96%D0%B4%D1%80%D1%83%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%BA.pdf](#)

5. Навчання дитини техніки трудової діяльності необхідно здійснювати за схемою:

1.Показ способу виконання, пояснення завдання з демонстрацією, пасивне відтворення, напівсамостійне, самостійне виконання зі супроводжуючим поясненням

2.Пояснення завдання і з одночасним виконанням

3. Пасивне відтворення із корегуванням ерготерапевта

4.Самостійне виконання, показ виконання ерготерапевтом, пасивне відтворення

5.Пасивне відтворення, пояснення, показ виконання, самостійне виконання

https://fc.sspu.edu.ua/files/doc_files/2019/1/problemi_zdorovya_fizichnoyi_terapiyi_reabilitaciyi_ta_ergoterapiyi_sumi_2018_rik_93d44.pdf

Тема. Ерготерапевтичне обладнання для побуту та тренажери.

1. Юнак внаслідок травми втратив зір. Ерготерапевт для полегшення самостійного харчування пацієнта прийме такі заходи:

1.Адаптує стілз — бортами. Розділить поверхню різними по структурі, формі і розміру ковриками, щоб пацієнт міг запам'ятати де знаходиться столові прибори та посуд

2.Буде ставити предмети в одне і теж місце

3.Навчить доглядача допомагати пацієнту, щоб подавав прибори чи годував самостійно

4.Не прийме заходів оскільки при даній ситуації це не можливо.

5.Не прийме заходів, пацієнт повинен самостійно навчитись як буде йому зручно самостійно харчуватись

<https://three-sisters.ru/blog/kto-takoj-ergoterapevt>

2. Ерготерапевт може для полегшення життєдіяльності провести такі зміни в помешканні пацієнта:

1. Нічого не зможе, оскільки пацієнту потрібна спеціалізовані заклади для життєдіяльності.

2. Попрости інших допомагати пацієнту.

3. Адаптуват предмети, якими користується пацієнт, обстановку, або підібрати необхідне спеціальне обладнання

4. Підібрати спеціальне обладнання

5. Без змін, оскільки пацієнту постійно потрібна стороння допомога

<https://isma.ivanovo.ru/attachments/46729>

3. Про що ерготерапевт перш ніж приступити до реабілітації повинен подбати у приміщення де проживає пацієнт:

1. Безпеку та зручність

2. Освітлення, температуру приміщення

3. Стілець і стіл на відповідній висоті встановити

4. Встановити багато предметів, для того щоб пацієнт міг використовувати їх при потребі

5. Нічого, пацієнт самостійно обладнає його

https://moodle.znu.edu.ua/pluginfile.php?file=/244972/mod_resource/content/3/%D0%B5%D1%80%D0%B3%D0%BE%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BF%D1%96%D1%8F%20%D0%BF%D1%96%D0%B4%D1%80%D1%83%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%BA.pdf

4. Як у ванні чи в душі адаптувати приміщення для користування пацієнта, після перенесеної операції на нозі:

1. Використовувати протиковзкий килимок, розглянути можливість встановлення поручнів

2. Не потрібно, оскільки це не впливатиме для безпеки пацієнта

3. Використовувати палицю чи милиці

4. Встановити додаткове освітлення

5. Встановити крісло, щоб пацієнт тримався за нього

https://moodle.znu.edu.ua/pluginfile.php?file=/244972/mod_resource/content/3/%D0%B5%D1%80%D0%B3%D0%BE%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BF%D1%96%D1%8F%20%D0%BF%D1%96%D0%B4%D1%80%D1%83%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%BA.pdf

5. У пацієнта порушення чутливості нижніх кінцівок, для пересувані в приміщені ерготерапевт рекомендуватиме:

1. Ходунки
2. Палицю
3. Допомогу інших людей
4. Крісло колісне
5. Милиці

<https://three-sisters.ru/blog/kto-takoj-ergoterapevt>

Тема. Засоби та методи розвитку дрібної моторики.

1. Всі вправи з дітьми проводяться в:

1. Фізичній формі
2. Навчальній формі
3. Самостійній формі
4. Ігровій формі
5. Активній формі

<https://vseosvita.ua/library/metodi-ta-prijomi-rozvitku-dribnoi-motoriki-ruk-u-doskilnikiv-159598.html>

2. Гімнастика для пальців поділяється на:

1. Активна і пасивна
2. Загальна
3. Легка і важка
4. Пасивна

5. Спеціальна

<https://vseosvita.ua/library/metodi-ta-prijomi-rozvitku-dribnoi-motoriki-ruk-u-doskilnikiv-159598.html>

3. Щоб сприяти розвитку пальців рук і тим самим розвивати дитину, можна використати у роботі:

1. Вправи на гнучкість, координацію, силу

2. Пазли, ліплення із різних матеріалів, мозаїка, малювання

3. Гімнастичні вправи

4. Вправи з навантаженням

5. Професійний спорт

<http://kirc.kupyansk-rada.gov.ua/info/page/17011>

4. Дрібна моторика:

1. Це здатність пальців рук і ніг до точних і скоординованих дій.

2. Здатність виконувати рухи у великих суглобах

3. Вміння запам'ятовувати багато предметів

4. Здатність пальців рук до не точних рухів

5. Це вправи для кистей рук та пальців

<http://detkam.in.ua/netradicijni-metodi-rozvitku-dribnoyi-motoriki-ruk.html>

5. Розвиток дрібної моторики можливо:

1. Лише при наявності спеціальних тренажерів

2. Лише в домашніх умовах

3. Розвивати за допомогою підручних матеріалів та тренажерів

4. Лише в спеціалізованих клініках

5. Розвивати за допомогою інших людей

<https://isma.ivanovo.ru/attachments/46729>

Тема. Ергодіагностика.

1.Щоб можна було спостерігати покращення та визначати нові завдання терапії проводять:

- 1.Повторне обстеження пацієнта через однакові проміжки часу
- 2.Важчі завдання
- 3.Спостерігають за станом пацієнта
- 4.Змінюють темп виконання завдання
- 5.Вимірювання сили, витривалості

https://moodle.znu.edu.ua/pluginfile.php?file=/244972/mod_resource/content/3/%D0%B5%D1%80%D0%B3%D0%BE%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BF%D1%96%D1%8F%20%D0%BF%D1%96%D0%B4%D1%80%D1%83%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%BA.pdf

2. Вимірювання амплітуди рухів, сили м'язів та сили стискання; набряку верхніх кінцівок; вимірювання швидкості та кількості повторень; оцінювання болю використовують такий метод:

- 1.Механічний
- 2.Біомеханічний
- 3.Біологічний
- 4.Фізіологічний
- 5.Динамічний

https://moodle.znu.edu.ua/pluginfile.php?file=/244972/mod_resource/content/3/%D0%B5%D1%80%D0%B3%D0%BE%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BF%D1%96%D1%8F%20%D0%BF%D1%96%D0%B4%D1%80%D1%83%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%BA.pdf

3.За допомогою чого можна виміряти силове хапання на початку, протягом і наприкінці втручання:

- 1.Ваги
- 2.Вправами

3. Динамометра

4. Таумометра

5. Тонометра

https://moodle.znu.edu.ua/pluginfile.php?file=/244972/mod_resource/content/3/%D0%B5%D1%80%D0%B3%D0%BE%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BF%D1%96%D1%8F%20%D0%BF%D1%96%D0%B4%D1%80%D1%83%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%BA.pdf

4. При оцінюванні дрібної моторики ерготерапевт оцінює:

1. Здорову кінцівку

2. Хвору кінцівку

3. Обидві кінцівки

4. Все тіло

5. Кисть руки

https://moodle.znu.edu.ua/pluginfile.php?file=/244972/mod_resource/content/3/%D0%B5%D1%80%D0%B3%D0%BE%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BF%D1%96%D1%8F%20%D0%BF%D1%96%D0%B4%D1%80%D1%83%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%BA.pdf

5. При діагностиці чутливості, виділяють чутливість:

1. Змішану

2. Зовнішню

3. Поверхневу

4. Внутрішню та зовнішню

5. Поверхневу та глибоку

https://moodle.znu.edu.ua/pluginfile.php?file=/244972/mod_resource/content/3/%D0%B5%D1%80%D0%B3%D0%BE%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BF%D1%96%D1%8F%20%D0%BF%D1%96%D0%B4%D1%80%D1%83%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%BA.pdf

Тема: Зміст окупаційної терапії

1. Яка мета окупаційної терапії ?

А. відновити втрачені рухові функції, і заново адаптувати людину до нормального життя.

Б. сприяння у професійному навчанні.

В. медикаментозне лікування.

Г. соціальний супровід

Д. навчання родичів догляду за особою з інвалідністю.

<https://ac.org.ua/11549>

2. У якому році окупаційна терапія стала офіційною професією?

А. 1913р.

Б. 1910р.

В. 1920р.

Г. 1917р.

Д. 1923р.

<https://gurt.org.ua/news/informator/37237/>

3. На скільки сфер поділяється окупаційна терапія ?

А. 7

Б. 5

В. 8

Г. 9

Д. 3

<https://gurt.org.ua/news/informator/37237/>

4. Для відновлення яких функцій потрібна когнітивна реабілітація ?

А. пам'ять, мова, інтелект

Б. м'язова сила, координація

В. фізичний стан, пам'ять.

Г. пам'ять, інтелект, координація

Д. рухова активність, гнучкість

<https://painmedicine.org.ua/index.php/pnmdcn/article/view/146>

5. Які заходи не належать до основ окупаційної терапії?

А. уміння користуватися технічними засобами реабілітації, що покращують самообслуговування.

Б. сприяння у професійному навчанні

В. відновлення, покращення рухових дій

Г. адаптація осіб з інвалідністю в суспільне життя

Д. уміння користуватися протезами

<https://res.in.ua/referat-na-temu--ergoterapiya.html>

Тема. Робота ерготерапевта в мультидисциплінарній команді.

1. Що таке мультидисциплінарна команда?

А. група фахівців різних спеціальностей, які надають реабілітаційні послуги .

Б. група соціальних працівників

В. це психологи, які покращують психічне здоров'я

Г. це спеціалісти, які розробляють протези

Д. група фахівців які поводять навчання родичів по догляду за особою з інвалідністю.

<https://vafk.org.ua/vazhlyvist-multydyscyplinarnyh-komand-u-reabilitaczijnomu-proczesi/>

2. Індивідуальна програма реабілітації –це

А. комплекс лікування, який розробляється для групи пацієнтів одного захворювання.

Б. комплекс лікування, який розробляється для конкретного пацієнта .

В. комплекс лікування , який розробляється для певного захворювання

(геміпарез)

Г. комплекс лікування, який розробляється для пацієнтів з дитячим церебральним паралічем.

Д. комплекс лікування, який розробляється для пацієнтів з порушенням опорно-рухового апарату.

<https://vafk.org.ua/vazhlyvist-mulydyscyplinarnyh-komand-u-reabilitacziynomu-proczesi/>

3. Що належить до першого етапу формування індивідуальної реабілітаційної програми?

А. організація соціального супроводу

Б. направлення на санаторно-курортне лікування.

В. диспансерне спостереження за пацієнтом

Г. Встановлення реабілітаційного діагнозу

Д. організація психолого-педагогічної реабілітації

<https://vafk.org.ua/vazhlyvist-mulydyscyplinarnyh-komand-u-reabilitacziynomu-proczesi/>

4. Що не відноситься до основних завдань мультидисциплінарної реабілітаційної команди?

А. забезпечення доступності реабілітаційної допомоги за першої потреби;

Б. визначення реабілітаційного прогнозу, мети та завдань реабілітації, розроблення індивідуального реабілітаційного плану;

В. внесення змін до індивідуального реабілітаційного плану та обговорення стану виконання такого плану

Г. забезпечення послідовності та вчасності залучення до процесу реабілітації необхідних фахівців у необхідній кількості;

Д. організація фінансового забезпечення пацієнтів .

<https://xn--80aagahqwyibe8an.com/zakon-ukrajiny/stattya-multidistsiplinarna->

5. Яка характеристика відповідає Індивідуальній програмі реабілітації для осіб з інвалідністю?

- А. програма є навчальним документом
- Б. програма є обов'язковою до виконання
- В. Програма має рекомендаційний характер
- Г. програма є підставою для встановлення групи інвалідності
- Д. програма носить пояснювальну дію

<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0354-12#Text>

Тема. Методи і тренінги в дитячій ерготерапії.

1. В чому полягає метод Сенсорної інтеграційної терапії?

- А. підтримувати правильний розвиток та адаптуватися дитини до повсякденних завдань.
- Б. підтримує правильний розвиток фізичних якостей .
- В. підтримує духовний стан дитини.
- Г. підтримує психологічний стан дитини.
- Д. підтримує фізичний і духовний стан дитини.

<https://www.happytoday.social/article/shcho-take-sensorna-integraciya>

2. Який метод забезпечує дитині сприйняття власного тіла і розвиток власної активності ?

- А. Метод Перфетто
- Б. Метод сенсорної інтеграції
- В. Метод базальної стимуляції
- Г. метод Джонстоун
- Д. метод Аффолтера

<http://um.co.ua/8/8-2/8-218435.html>

3.Що відновлюється у дитини завдяки нейропсихологічному тренінгу ?

А. відновлення розумових і пізнавальних здібностей .

Б. відновлення відчуття власного тіла.

В. відновлення власної активності .

Г. відновлення слухової активності.

Д. відновлення фізичної активності.

http://www.uasp.org.ua/diyalnyst_uakp/novini/7-neyropsykhologichnyy_instrumentariy_v_rukakh_lohopeda

4.Що таке неглект ?

А. це порушення сприйняття простору і власного тіла.

Б. це порушення слухової функції.

В. це порушення пізнавальних функцій .

Г. це порушення розумових функцій .

Д. це порушення фізичних функцій.

https://otherreferats.allbest.ru/medicine/01248880_0.html

5.Коли використовується метод Перфетто ?

А. при психологічних розладах .

Б. при неврологічних розладах і геміплегії.

В. при терапевтичних захворюваннях.

Г. при хірургічних захворюваннях.

Д. при онкологічних захворюваннях.

<https://tmu.org.ua/83332/%D0%BE%D1%81%D0%BE%D0%B1%D0%BB%D0%B8%D0%B2%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%96-%D0%BB%D1%96%D0%BA%D1%83%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%BD%>

D1%8F-%D0%BF%D1%96%D1%81%D0%BB%D1%8F-
%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%B5%D1%81/

Тема. Ерготерапевтичне обладнання для побуту та тренажери.

1. Який тренажер не відноситься до кардіотренажерів ?

А. Велотренажер

Б. Бігові доріжки

В. Еліптичні тренажери

Г. Тренажер Гаккеншмінда

Д. Степпери

https://moodle.znu.edu.ua/pluginfile.php?file=/244972/mod_resource/content/3/%d0%b5%d1%80%d0%b3%d0%be%d1%82%d0%b5%d1%80%d0%b0%d0%bf%d1%96%d1%8f%20%d0%bf%d1%96%d0%b4%d1%80%d1%83%d1%87%d0%bd%d0%b8%d0%ba.pdf

2. Який різновид не відноситься до механічних крісел колісних?

А. стандартні;

Б. активні;

В. спеціальні;

Г. спортивні.

Д. електричні

https://moodle.znu.edu.ua/pluginfile.php?file=/244972/mod_resource/content/3/%d0%b5%d1%80%d0%b3%d0%be%d1%82%d0%b5%d1%80%d0%b0%d0%bf%d1%96%d1%8f%20%d0%bf%d1%96%d0%b4%d1%80%d1%83%d1%87%d0%bd%d0%b8%d0%ba.pdf

3. На які групи поділяються тренажери ?

А. кардіо, силові

Б. силові, гімнастичні

В. кардіо, гімнастичні

Г. комплексні, гімнастичні

Д. комплексні, силові

https://moodle.znu.edu.ua/pluginfile.php?file=/244972/mod_resource/content/3/%d0%b5%d1%80%d0%b3%d0%be%d1%82%d0%b5%d1%80%d0%b0%d0%bf%d1%96%d1%8f%20%d0%bf%d1%96%d0%b4%d1%80%d1%83%d1%87%d0%bd%d0%b8%d0%ba.pdf

Тема. Засоби та методи розвитку дрібної моторики.

1.Що таке дрібна моторика ?

А.здатність маніпулювати дрібними предметами, передавати об'єкти з руки в руку.

Б. здатність дітей маніпулювати великими предметами.

В. здатність виконувати гнучкі рухи руками

Г. здатність виконувати силові вправи руками

Д. здатність виконувати гімнастичні вправи

https://moodle.znu.edu.ua/pluginfile.php?file=/244972/mod_resource/content/3/%d0%b5%d1%80%d0%b3%d0%be%d1%82%d0%b5%d1%80%d0%b0%d0%bf%d1%96%d1%8f%20%d0%bf%d1%96%d0%b4%d1%80%d1%83%d1%87%d0%bd%d0%b8%d0%ba.pdf

2.Що не відноситься до засобів розвитку дрібно моторики?

А. Пальчиковий ігротренінг:

Б. масаж кистей рук;

В. пальчиковий театр;

Г. гра в класики

Д. малювання по трафаретах;

<http://dnz1.dvor-selrada.gov.ua/info/page/10294>

3.На що звертає увагу при обстеженні дрібної моторики терапевт?

А.спритність пацієнта під час хапання та маніпуляцій з предметами

Б. розвиток мислення під час вправ з предметами

В. витривалість під час фізичних вправ

Г. гнучкість під час фізичних вправ

Д. зосередженість на предметі під час вправ

https://moodle.znu.edu.ua/pluginfile.php?file=/244972/mod_resource/content/3/%d0%b5%d1%80%d0%b3%d0%be%d1%82%d0%b5%d1%80%d0%b0%d0%bf%d1%96%d1%8f%20%d0%bf%d1%96%d0%b4%d1%80%d1%83%d1%87%d0%bd%d0%b8%d0%ba.pdf

4.Які є різновиди хапання?

А.унілатеральне, білатеральне

Б. активне, пасивне, вимушене

В. унілатеральне, вимушене

Г. білатеральне, активне, пасивне

Д.унілатеральне, активне

https://moodle.znu.edu.ua/pluginfile.php?file=/244972/mod_resource/content/3/%d0%b5%d1%80%d0%b3%d0%be%d1%82%d0%b5%d1%80%d0%b0%d0%bf%d1%96%d1%8f%20%d0%bf%d1%96%d0%b4%d1%80%d1%83%d1%87%d0%bd%d0%b8%d0%ba.pdf

5.Яке завдання не сприяє розвитку дрібної моторики?

А.Розминати пальцями тісто, глину, пластилін.

Б.Барабанити, постукувати всіма пальцями обох рук по столу.

В.Масажувати долоні горіхами, шишками, жолудями.

Г. Стискати та розтискати кулачки.

Д. Силкові вправи для рук

https://moodle.znu.edu.ua/pluginfile.php?file=/244972/mod_resource/content/3/%d0%b5%d1%80%d0%b3%d0%be%d1%82%d0%b5%d1%80%d0%b0%d0%bf%d1%96%d1%8f%20%d0%bf%d1%96%d0%b4%d1%80%d1%83%d1%87%d0%bd%d0%b8%d0%ba.pdf

[6%d1%8f%20%d0%bf%d1%96%d0%b4%d1%80%d1%83%d1%87%d0%bd%d0%b8%d0%ba.pdf](https://moodle.znu.edu.ua/pluginfile.php?file=/244972/mod_resource/content/3/%d0%b5%d1%80%d0%b3%d0%be%d1%82%d0%b5%d1%80%d0%b0%d0%bf%d1%96%d1%8f%20%d0%bf%d1%96%d0%b4%d1%80%d1%83%d1%87%d0%bd%d0%b8%d0%ba.pdf)

Тема. Ергодіагностика.

1.Що визначають за допомогою Гоніометрії?

А. визначення амплітуди рухливості в суглобах.

Б. здатність нормально реагувати на пасивний рух.

В. визначення адекватної м'язової сила.

Г. визначення мобільності пацієнта .

Д. визначення плавності виконання рухів.

https://moodle.znu.edu.ua/pluginfile.php?file=/244972/mod_resource/content/3/%d0%b5%d1%80%d0%b3%d0%be%d1%82%d0%b5%d1%80%d0%b0%d0%bf%d1%96%d1%8f%20%d0%bf%d1%96%d0%b4%d1%80%d1%83%d1%87%d0%bd%d0%b8%d0%ba.pdf

2. Яким пристроєм вимірюють силу м'язів ?

А. Амперметр

Б. Вольтметр

В . Динамометр

Г. Тонометр

Д. Ареометр

https://moodle.znu.edu.ua/pluginfile.php?file=/244972/mod_resource/content/3/%d0%b5%d1%80%d0%b3%d0%be%d1%82%d0%b5%d1%80%d0%b0%d0%bf%d1%96%d1%8f%20%d0%bf%d1%96%d0%b4%d1%80%d1%83%d1%87%d0%bd%d0%b8%d0%ba.pdf

3. Як називається індекс за яким визначають незалежність в повсякденній діяльності?

А. Індекс Альговера

Б. Індекс Рівермід

В. Індекс Бартела

Г.Індекс Хаузера

Д.Індекс Перля

https://moodle.znu.edu.ua/pluginfile.php?file=/244972/mod_resource/content/3/%d0%b5%d1%80%d0%b3%d0%be%d1%82%d0%b5%d1%80%d0%b0%d0%bf%d1%96%d1%8f%20%d0%bf%d1%96%d0%b4%d1%80%d1%83%d1%87%d0%bd%d0%b8%d0%ba.pdf

4.Що визначають за поведінковим тестом Рівермід ?

А. порушення мову

Б. порушення координації рухів

В. порушення пам'яті

Г. порушення слуху

Д. порушення мобільності

https://moodle.znu.edu.ua/pluginfile.php?file=/244972/mod_resource/content/3/%d0%b5%d1%80%d0%b3%d0%be%d1%82%d0%b5%d1%80%d0%b0%d0%bf%d1%96%d1%8f%20%d0%bf%d1%96%d0%b4%d1%80%d1%83%d1%87%d0%bd%d0%b8%d0%ba.pdf

5.Що не відноситься до тестових методів оцінювання ?

А. Традиційні методи оцінювання.

Б. Безпосереднє спостереження за функцією (діяльністю).

В. Динамічне оцінювання.

Г. Традиційні методи обстеження.

Д.Нетрадиційні методи оцінювання.

https://moodle.znu.edu.ua/pluginfile.php?file=/244972/mod_resource/content/3/%d0%b5%d1%80%d0%b3%d0%be%d1%82%d0%b5%d1%80%d0%b0%d0%bf%d1%96%d1%8f%20%d0%bf%d1%96%d0%b4%d1%80%d1%83%d1%87%d0%bd%d0%b8%d0%ba.pdf

[6%d1%8f%20%d0%bf%d1%96%d0%b4%d1%80%d1%83%d1%87%d0%bd%d0%b8%d0%ba.pdf](https://dcpinfo.com.ua/%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%BE-%D0%BF%D0%B5%D0%B4%D0%B0%D0%B3%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F-%D0%BA%D0%BE%D1%80%D1%80%D0%B5%D0%BA%D1%86%D0%B8%D1%8F/)

6. Від якого слова походить термін "ерготерапія"?

1. Habilitatis
2. Occupation
3. Physiotherapy
4. Rehabilitation
5. Restruccio

Джерело:

<https://dcpinfo.com.ua/%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%BE-%D0%BF%D0%B5%D0%B4%D0%B0%D0%B3%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F-%D0%BA%D0%BE%D1%80%D1%80%D0%B5%D0%BA%D1%86%D0%B8%D1%8F/>

7. В процесі занять ерготерапією потрібно враховувати:

- 1.Пора року, час доби
- 2.Індивідуальні особливості дитини, вік, настрої, бажання і можливості.
- 3.Вміння дитини та її можливості
- 4.Стать дитини, вік, бажання
- 5.Термін занять, стать, вік

<http://detkam.in.ua/netradicijni-metodi-rozvitku-dribnoyi-motoriki-ruk.html>

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ ТА ІНТЕРНЕТ-РЕСУРСІВ

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., Ulianytska 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.ua.ua.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-viznacheno-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>
18. <https://www.kspu.edu/FileDownload.ashx/%D0%9B%D0%B5%D0%BA%D1%86%D1%96%D1%8F%205,6%20%D0%B5%D1%80%D0%B3%D0%BE%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BF%D1%96%D1%8F.docx?id=e947cfd-4460-44ea-92fc-6c9912545cdc>

Навчально-методичний посібник

Грейда Наталія Богданівна
Андрійчук Ольга Ярославівна

Ерготерапевтичне втручання та тестування
«Ерготерапевтичне втручання та тестування»,
перший курс

Видання друкується в авторській
редакції