

Міністерство освіти і науки України
Національний університет водного господарства та природокористування
Навчально-науковий інститут охорони здоров'я
Кафедра фізичної терапії, ерготерапії

08-02-115М

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ

до виконання лабораторних робіт із навчальної дисципліни
«Ерготерапевтичний менеджмент»
для здобувачів вищої освіти третього (освітньо-наукового) рівня
за освітньо-науковою програмою «Фізична терапія, ерготерапія»
спеціальності 227 «Терапія та реабілітація»
денної/вечірньої форм навчання

Рекомендовано
науково-методичною радою
з якості ННІОЗ
Протокол № 1 від «29» серпня 2023 р.

Методичні вказівки до лабораторних робіт із навчальної дисципліни «Ерготерапевтичний менеджмент» для здобувачів вищої освіти третього (освітньо-наукового) рівня за освітньо-науковою програмою «Фізична терапія, ерготерапія» спеціальності 227 «Терапія та реабілітація» денної/вечірньої форми навчання. [Електронне видання] / Нагорна О. Б. – Рівне : НУВГП, 2023. – 19 с.

Укладач: Нагорна О. Б., к.н.фіз.вих., доцент, доцент кафедри фізичної терапії, ерготерапії.

Відповідальний за випуск:

Нестерчук Н. Є., доктор наук з фізичного виховання і спорту, професор, завідувач кафедри фізичної терапії, ерготерапії.

Керівник групи забезпечення спеціальності:

Григус І. М., доктор медичних наук, професор, директор ННІОЗ.

© О. Б. Нагорна, 2023
© НУВГ, 2023

Зміст

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕМИ ЛАБОРАТОРНИХ ЗАНЯТЬ	5
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДО ЛАБОРАТОРНИХ ЗАВДАНЬ	6
Лабораторна робота № 1 Засади законодавчо-правової бази України в ерготерапії	6
Лабораторна робота № 2 Ерготерапевтичне оцінювання функціонального стану пацієнтів різних нозологічних груп.	6
Лабораторна робота № 3 Ерготерапевтичне оцінювання пацієнтів з порушенням моторних функцій в межах Міжнародної класифікації функціонування.	7
Лабораторна робота № 4 Ерготерапевтичне оцінювання та терапія пацієнтів після інсульту.	8
Лабораторна робота № 5 Ерготерапевтичне оцінювання та терапія пацієнтів із травмами спинного мозку.	10
Лабораторна робота № 6 Ерготерапевтичне оцінювання та терапія дітей з комплексними порушеннями розвитку	12
Лабораторна робота № 7 Ерготерапевтичне оцінювання та терапія пацієнтів з порушенням когнітивних функцій.	13
Лабораторна робота № 8 Ерготерапевтичне оцінювання та терапія пацієнтів з порушенням сенсорних функцій.	15
РОЗДІЛ 3 РОЗПОДІЛ БАЛІВ, ЯКІ ОТРИМУЮТЬ СТУДЕНТИ	17
РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА	19

ВСТУП

Мета ОК – оволодіння здобувачами цілей, завдань ерготерапевтичного менеджменту, який сприяє підтриманню або відновленню можливостей людини до рівня преморбідного стану, зменшенню функціональних обмежень.

Завдання ОК:

- навчити здобувачів вищої освіти здійснювати ерготерапевтичне оцінювання пацієнтів різних вікових категорій та різних нозологічних груп;
- навчити здобувачів вищої освіти розробляти індивідуальну заняттєву активність для пацієнтів різних вікових категорій та нозологічних груп,
- навчити здобувачів вищої освіти формувати програму ерготерапії, яка є значущою для пацієнта або клієнта таким чином, щоб останній був здатний виконувати персональну та інструментальну активність повсякденного життя, брати участь у соціальній та продуктивній діяльності, відпочинку та дозвіллі;
- навчити здобувачів вищої освіти сприяти досягненню максимального рівня функціонування пацієнтів, клієнтів ерготерапевтичними засобами.

Дисципліна «Ерготерапевтичний менеджмент» є освітнім компонентом вибіркового блоку.

РОЗДІЛ 1
ТЕМИ ЛАБОРАТОРНИХ ЗАНЯТЬ

№ з/п	Назва теми	Кількість год
1	Тема 1. Засади законодавчо-правової бази України в ерготерапії	2
2	Тема 2. Ерготерапевтичне оцінювання функціонального стану пацієнтів різних нозологічних груп.	2
3	Тема 3. Ерготерапевтичне оцінювання пацієнтів з порушеннями в межах Міжнародної класифікації функціонування.	2
4	Тема 4. Ерготерапевтичне оцінювання та терапія пацієнтів після інсульту.	2
5	Тема 5. Ерготерапевтичне оцінювання та терапія пацієнтів із травмами спинного мозку.	2
6	Тема 6. Ерготерапевтичне оцінювання та терапія дітей з комплексними порушеннями розвитку.	2
7	Тема 7. Ерготерапевтичне оцінювання та терапія пацієнтів з порушенням когнітивних функцій.	2
8	Тема 8. Ерготерапевтичне оцінювання та терапія пацієнтів з порушенням сенсорних функцій.	2
	Разом	16

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДО ЛАБОРАТОРНИХ ЗАВДАНЬ

ЛАБОРАТОРНЕ ЗАНЯТТЯ №1.

ТЕМА: Засади законодавчо-правової бази України в ерготерапії.

Мета: ознайомитися з ерготерапією як особливою областю медицини.

Завдання: ознайомитися із поняттям «Ерготерапія», завданням ерготерапевта у процесі відновлення пацієнта, науково-доказовим підґрунтям в ерготерапії.

Короткий виклад теми.

Ерготерапія – це міждисциплінарна реабілітаційна спеціальність, направлена на підвищення якості життя людей з набутими або вродженими інвалідностями.

Основна ціль ерготерапії – відновлення (компенсація) втраченої функції

Об'єкт ерготерапевта – людина зі стійкою втратою працездібності (травми, вроджені аномалії, неврологічні захворювання, онкологічні захворювання, люди з психічними захворюваннями).

Принципи ерготерапії

- 1) Діяльність для людини так само необхідна, як і їжа та пиття
- 2) У кожної людини повинна бути як розумова, так і фізична діяльність
- 3) Діяльність, яку підбирає ерготерапевт, повинна мати для клієнта сенс і викликати позитивні емоції
- 4) Люди, в яких проблеми тіла, душі та розумові дисфункції, можуть бути відновлені за допомогою діяльності.

Основні підходи в ерготерапії

1. Взаємодія ерготерапевта і пацієнта базується на взаємній довірі.
2. Пацієнт разом з ерготерапевтом визначає короткострокові та довгострокові цілі впливу, виконанням яких є загальним завданням.
3. Ерготерапевт повинен взаємодіяти з родичами пацієнта або близькими людьми, і завдяки цьому ефективність реабілітаційної програми значно підвищиться.
4. Пацієнта необхідно роздивлятися в контексті середовища існування з урахуванням функціональних, економічних, кліматичних факторів.

Основна функція ерготерапевта – допомогти людям з різними фізичними та психічними порушеннями активно виконувати повсякденні справи, наприклад обслуговувати себе (одягатися, роздягатися, митися, приймати їжу і т.д.), брати участь у продуктивній діяльності – грати, працювати, а також проводити дозвілля, наприклад освоювати хобі, і таким чином досягти максимальної незалежності у всіх аспектах повсякденного життя. Також ерготерапія перешкоджає зниженню активності клієнта, збільшенню порушень і погіршення його стану.

Завдання для підготовки до лабораторного заняття: висвітлення знань стосовно функції ерготерапевта як члена реабілітаційної команди на різних етапах надання послуг; необхідність використання науково-доказових джерел у практичній діяльності ерготерапевта. Використання принципів нейропластичності у практичній діяльності ерготерапевта.

ЛАБОРАТОРНА РОБОТА № 2.

ТЕМА: Ерготерапевтичне оцінювання функціонального стану пацієнтів різних нозологічних груп.

Мета: оволодіти навичками та вмінням здійснювати ерготерапевтичного оцінювання функціонального стану пацієнтів різних нозологічних груп.

Завдання: ознайомитися із завданням ерготерапевта при здійсненні оцінювання пацієнта; навчитися впроваджувати ерготерапевтичні інструменти оцінювання пацієнтів різних вікових категорій; вивчити психометричні критерії ерготерапевтичного оцінювання; навчитися здійснювати оцінювання пацієнтів у співпраці з міждисциплінарною командою.

Короткий виклад теми.

Після аналізу результатів обстеження, ерготерапевт починає роботу з пацієнтами або зацікавленими особами щодо складання плану ерготерапевтичного втручання. План включає в себе цілі та методи, які будуть використані. На додаток до визначення діяльності пацієнта, його сім'ї і найближчого оточення, визначається також обстановка, в якій буде забезпечуватися втручання. Зазвичай, в план втручання фахівці включають короткострокові і довгострокові цілі, які можуть змінюватися в процесі ерготерапії.

Ерготерапевтичне втручання включає в себе наступні етапи.

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

2. Визначення цілей і завдань ерготерапевтичного втручання. Мета ерготерапії залежить від тяжкості фізичних і / або психічних порушень. Вибір і постановка мети здійснюються спільно фахівцями і людиною з обмеженням життєдіяльності.

3. Складання програми ерготерапевтичного втручання, при цьому враховуються вміння, навички, інтереси і здібності індивіда, його вік, стать і соціальні ролі. На цьому етапі відбувається вибір видів діяльності, методик, технік і прийомів, необхідних для досягнення мети, визначається допоміжне обладнання, а також можливість підключення сім'ї до ерготерапевтичного процесу.

4. Проведення ерготерапевтичних заходів, які спрямовані на те, щоб забезпечувати людей з особливостями психофізичного розвитку необхідними умовами для виконання діяльності, що задовольняє їх запити і вимоги і відповідає їхнім здібностям витримувати певне навантаження.

5. Оцінка ефективності проведеного ерготерапевтичного втручання і при необхідності внесення коректив до плану. Діяльність в ерготерапії підрозділяється на повсякденну активність (особиста гігієна, прийом їжі, одягання, функціональне спілкування, мобільність, задоволення сексуальних потреб і т.д.), роботу або продуктивну діяльність (домашні обов'язки, отримання освіти, оплачувана або волонтерська робота), дозвілля (гра, хобі, відпочинок). Залежно від цілей і завдань ерготерапевтичного впливу підбираються види діяльності та методи.

Завдання для підготовки до лабораторного заняття: обґрунтувати моторне навчання та підхід, спрямований на завдання як основні методики роботи із клієнтами неврологічного профілю.

ЛАБОРАТОРНА РОБОТА №3.

ТЕМА: Ерготерапевтичне оцінювання пацієнтів з порушеннями в межах Міжнародної класифікації функціонування.

Мета: ознайомитися з Міжнародною класифікацією функціонування для вміння здійснювати Ерготерапевтичне оцінювання пацієнтів.

Завдання: ознайомитися з Міжнародною класифікацією функціонування з позиції ерготерапевта; навчитися впроваджувати базові набори оцінювання для різних вікових категорій та нозологій; навчитися проводити документування категорійного профілю пацієнта..

Короткий виклад теми.

Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я відома як МКФ, і є класифікацією доменів здоров'я і доменів, пов'язаних зі здоров'ям. Ці домени описані з позицій організму, індивіда і суспільства за допомогою двох основних переліків:

- 1) функції і структури організму,
- 2) домени соціальної активності та участі в суспільному житті.

З огляду на те, що функціональне здоров'я індивіда залежить від зовнішніх умов, МКФ містить перелік факторів навколишнього середовища, які взаємодіють з усіма цими категоріями.

МКФ є стандартом ВООЗ в області вимірювання стану здоров'я та інвалідності як на рівні індивіда, так і на рівні населення. МКФ була офіційно схвалена всіма країнами-членами ВООЗ на п'ятдесят четвертій сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я 22 травня 2001 року (резолюція WHA 54,21).

На відміну від своєї попередниці, МКФ була схваленою для застосування в країнах-членах ВООЗ в якості міжнародного стандарту для опису і виміру ступеня порушень здоров'я.

Структура МКФ розподілена на певні компоненти (рис. 1): Структура та Функції тіла, активність, Участь, Фактори середовища, особисті чинники.

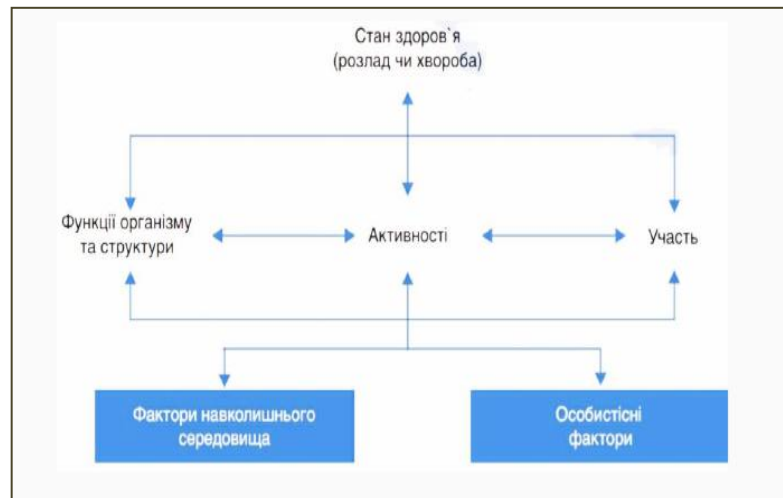


Рис. 1 Структура МКФ.

Завдання для підготовки до лабораторного заняття: аргументувати добір інструментів ерготерапевтичного оцінювання виконання клієнтом базових та інструментальних активностей повсякденного життя, навколишнього середовища в межах МКФ; продемонструвати терапевтичні підходи для подолання обмеження активностей і участі та методи модифікації навколишнього середовища.

ЛАБОРАТОРНА РОБОТА № 4.

ТЕМА: Ерготерапевтичне оцінювання та терапія пацієнтів після інсульту.

Мета: ознайомитися з інструментами ерготерапевтичного оцінювання та терапевтичними засобами для терапії пацієнтів після інсульту.

Завдання: ознайомитися з наслідками інсульту в різні періоди відновлення з точки зору ерготерапевта; навчитися впроваджувати ерготерапевтичні інструменти оцінювання пацієнтів після інсульту; навчитися використовувати Канадську модель оцінки діяльності (СОРМ); навчитися формувати та проводити програму терапії пацієнтів після інсульту.

Короткий виклад теми.

Серед найпоширеніших наслідків інсульту спостерігається:

- паралічі і парези (найчастішими наслідками є рухові односторонні геміплегії та геміпарези); зміни тону м'язів паретичних кінцівок (частіше підвищення тону по спастичному типу, аніж м'язова гіпотонія; спастичність може приводити до розвитку контрактур);

- постінсультні трофічні порушення (можуть розвиватися артопатії суглобів паретичних кінцівок, «синдром болючого плеча», пов'язаний з сублюскацією плечового суглоба, м'язові атрофії, відлежени);

- порушення чутливості (часто є при геміпарезі; майже в третини хворих зустрічається порушення м'язово-суглобового відчуття, що ускладнює виконання цілеспрямованих рухів);

- «центральный болючий синдром» (виникнення болі центрального походження, зазвичай виявляються вогнища в області зорового бугра);

- мовленнєві порушення (порушення моторної чи сенсорної функції мови);

- розлади психіки (найчастіше зустрічаються при ураженні лобної долі, але можуть виникати при будь-якій локалізації ураження в корі великого мозку).

Значна частина осіб, що перенесли інсульт мають труднощі з ковтанням, що ускладнює прийом їжі та пиття. Частою проблемою є порушення функції сечового міхура та кишечника, приблизно половина осіб після інсульту зазнають проблем з функцією сечового міхура.

Втома є поширеною у осіб після інсульту, це може впливати на різні аспекти побутового життя, зокрема перешкоджати у поверненні на роботу.

Емоційність, порушення контролю емоцій, невідповідний плач чи сміх є частими після інсульту. Емоційність спостерігається в 1 з 5 осіб у перші 6 місяців після інсульту.

Приблизно 80% осіб після інсульту отримують рухові порушення верхньої кінцівки, які впливають на їх здатність виконувати активності повсякденного життя та на соціальне життя.

В осіб зі сильним парезом руки (незначний рух або взагалі відсутній рух під час прийому в лікарню) ймовірність відновлення руху – 14% повне відновлення рухової функції, 30% часткове відновлення рухової функції. Потенційним предиктором відновлення верхньої кінцівки є активне розгинання пальців та відведення плеча. 60% пацієнтів з активним розгинанням пальців у перших 72 години після інсульту повністю відновлюють функції верхніх кінцівок протягом 6 місяців.

Жодне дослідження систематично не визначало критичний поріг інтенсивності реабілітації, необхідної для отримання найкращої користі. Для того щоб заново опанувати моторні функції необхідним є навчання орієнтоване на завдання.

Найкращий шлях для засвоєння певного завдання є повторення цього ж завдання.

Тренування орієнтоване на специфічні завдання порівняно з іншими реабілітаційними втручаннями, дає довготривалу коркову (кортикальну cortical) реорганізацію.

Тренування орієнтоване на завдання, окремо або ж в поєднанні з іншими терапевтичними підходами, є важливим для збільшення сили м'язів, амплітуди руху, покращення рухових функцій.

Вищеописані наслідки інсульту впливають на якість життя особи. Всесвітня організація охорони здоров'я у 1948 році дала визначення здоров'ю, «не тільки відсутність хвороб або фізичних дефектів, а стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя».

Відтак, для покращення якості життя слід дбати і про соціальне благополуччя. Для кращого розуміння, що включає в себе якість життя, поглянемо на визначення ВООЗ «Якість життя – сприйняття людьми свого положення в житті залежно від культурних особливостей і системи цінностей та в зв'язку з їхніми цілями, очікуваннями, стандартами, турботами».

Важливим аспектом є навколишнє середовище, в якому особа чи група осіб має змогу реалізувати задоволення своїх потреб. Завдяки прогресу медицини

велика кількість людей виживає після інсульту, але живе з залишковими наслідками.

Одним із інструментів ерготерапевтичного оцінювання є Канадська модель оцінки діяльності (COPM).

Канадська оцінка виконання діяльності (COPM) – це індивідуальна система оцінки, розроблена для використання ерготерапевтами для визначення змін в сприйнятті клієнтом виконання ним діяльності по закінченні певних періодів часу. Розроблялася як система оцінки результатів, і як така повинна застосовуватися на початку ерготерапевтичної роботи з клієнтом, а потім повторюватися через певні періоди часу, які визначаються пацієнтом і ерготерапевтами.

- 1) виявляє проблеми в діяльності людини;
- 2) оцінює виконання діяльності;
- 3) вимірює зміни, що відбулися в сприйнятті клієнтом виконання своєї діяльності, після проходження курсу ерготерапії.

Модель виконання діяльності.

- 1) Діяльність складається з самообслуговування, продуктивної діяльності та дозвілля.
- 2) Виконання діяльності залежить від фізичних, розумових, соціальних можливостей і духовності конкретної людини.
- 3) На рівень діяльності впливають зовнішні фактори, такі як навколишнє середовище, рівень розвитку і ролі, які людина грає в житті.

В рамках COPM кожна з основних сфер діяльності (самообслуговування, продуктивна діяльність і дозвілля) були розділені на три підгрупи:

Самообслуговування (персональний догляд, функціональна мобільність, участь в житті суспільства)

Продуктивна діяльність (наявність оплачуваної або неоплачуваної роботи, ведення домашнього господарства, школа або гра)

Дозвілля (спокійний відпочинок, активну рекреацію і соціалізацію).

В кінцевому підсумку, діяльність визначається людиною не тільки з точки зору його здатності виконувати певні дії, а й виходячи з рівня його задоволеності їх виконанням.

Інсульт часто супроводжується втратою тієї чи іншої функції або їх у комплексі. Пацієнти з перенесеним інсультом заново адаптуються до суспільства, повсякденного життя, вчатьса самообслуговуванню, продуктивної активної діяльності. У відновленні втрачених функцій пацієнта та поверненні його до соціуму фахівці з ерготерапії відіграють ключову роль, яку в подальшому ми плануємо дослідити.

Завдання для підготовки до лабораторного заняття: демонструвати застосування тестування для ерготерапевтичного оцінювання пацієнтів після інсульту в залежності від періоду відновлення; представити особливості проведення втручання залежно від стану клієнта з інсультом, стадії захворювання та наявних ресурсів.

ЛАБОРАТОРНА РОБОТА № 5.

ТЕМА: Ерготерапевтичне оцінювання та терапія пацієнтів із травмами спинного мозку.

Мета: ознайомитися з інструментами ерготерапевтичного оцінювання та терапевтичними засобами для терапії пацієнтів із травмами спинного мозку.

Завдання: ознайомитися з ерготерапевтичними інструментами оцінювання пацієнтів після порушення спинного мозку; розглянути ерготерапевтичні завдання для пацієнтів з різними рівнями порушення; навчитися застосовувати терапію для пацієнтів з різним рівнями пошкодження спинного мозку.

Короткий виклад теми.

Під час реабілітації осіб із травмою спинного мозку ерготерапевти відіграють роль «надання інформації» на відміну від ролі «прийняття рішень». Такий підхід передбачає незалежні стосунки між пацієнтом і клініцистом. Це полегшує спілкування, оскільки пацієнт розвиває навички прийняття обґрунтованих рішень.

Активна участь у догляді під час гострого періоду травми спинного мозку допоможе пацієнтам розвинути майбутні навички додання бар'єрів зовнішнього середовища, уникання медичних ускладнень, яким можна запобігти, і вирішення проблем після виписки з лікарні чи реабілітаційних центрів.

Терапевтичний менеджмент при гострій травмі спинного мозку передбачає дотримання наступних загальних рекомендацій:

1. Перш ніж мобілізувати пацієнта з травмою спинного мозку необхідно завжди звертатися за медичним оглядом проти показів;
2. Розуміти та знати медичні застереження та проти покази;
3. Навчати, але не перевантажувати надто великою кількістю інформації стосовно менеджменту;
4. Навчаючи навичкам, робити заняття практичними та пов'язувати їх із розпорядком дня;
5. Залучати пацієнта та родину з самого початку до активного відновлення.

Кілька коротких занять протягом дня є хорошим рішенням: наприклад, два 15-хвилинних заняття на день можуть бути більш корисними ніж одне 20 хв.

Запобігання вторинним ускладненням є важливим елементом ерготерапевтичного менеджменту.

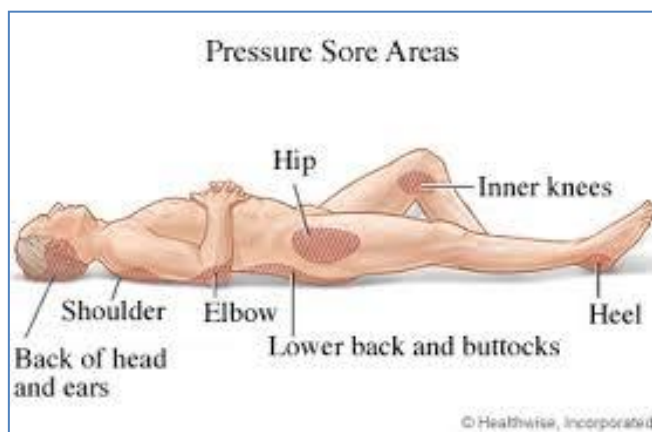


Рис. 2. Точки тиску на тіло пацієнта

Менеджмент шкіри: важливим є положення пацієнта у ліжку та в кріслі колісному.

Цілі правильного розташування в ліжку:

- Профілактика пролежнів
- Зберігання діапазону рухів
- Профілактика легеневих ускладнень

Немає переконливих вказівок щодо техніки позиціонування або зміни положення для профілактики пролежнів у ліжку. Ці стратегії дуже відрізняються і повинні бути гнучкими.

Загальні рекомендації позиціонування в ліжку:

- Уникати бокового положення під кутом 90° через ризик розвитку пролежнів над вертелами.
- Підтримувати найнижчий рівень підйому узголів'я ліжка відповідно до стану здоров'я пацієнта.
- Уникайте піднімання узголів'я ліжка на 30 градусів або вище, оскільки це збільшує максимальний тиск на поверхні між шкірою в крижовій області та опорною поверхнею.
- Частота зміни положення залежить від індивідуальної переносимості тканин, рівня активності, загального стану здоров'я, стану шкіри, що спостерігається, і типу опорної поверхні, що використовується.

- Уникайте підтягування пацієнта по поверхні при повертанні у ліжку, щоб запобігти травмам, пов'язаним із зсувом. Використовувати простирадла, щоб підняти пацієнта. Уникнення зсуву також є життєво важливим для мінімізації пошкодження шкіри під час переміщення між поверхнями.

Цілі для правильного розташування крісла колісного:

- Забезпечення підтримки постави,
- Зберігання цілісності тканин,
- Запобігати травматизму тканин.

Захист шкіри оптимізується, коли пацієнт сидить повністю вертикально у відповідному кріслі колісному зі спеціальною подушкою для тиску.

Якщо таз пацієнта знаходиться в положенні нахилу назад, це створює підвищений тиск на крижі.

Завдання для підготовки до лабораторного заняття: представити обґрунтування особливостей проведення оцінювання пацієнта із спинно-мозковою травмою; продемонструвати програму ерогтерapeutичного втручання залежно від стану клієнта, відновного періоду, рівня ушкодження за шкалою ASIA.

ЛАБОРАТОРНА РОБОТА № 6.

ТЕМА: Ерогтерapeutичне оцінювання та терапія дітей з комплексними порушеннями розвитку.

Мета: ознайомитися з інструментами ерогтерapeutичного оцінювання та терапевтичними засобами для терапії дітей з комплексними порушеннями розвитку.

Завдання: ознайомитися з інструментами оцінювання в ерогтерапії дітей з порушеннями моторики, когнітивними розладами; розглянути ерогтерapeutичні завдання терапії дітей з порушеннями моторики, когнітивними розладами; навчитися застосовувати ерогтерapeutичні техніки для дітей з комплексними порушеннями розвитку.

Короткий виклад теми.

Ерогтерапія дітей з ДЦП спрямовується на розвиток побутових навичок та соціальної взаємодії за допомогою занять (activity) та завдань (task), враховуючи вікові особливості дітей. Мета ерогтерапії: досягнення максимального рівня заняттєвої активності та самостійності у повсякденному житті.

Завдання ерогтерапії:

- сприяти формуванню соціально-побутової культури - розширити у дітей знання про активність повсякденного життя, інструментальну активність, підвищити рівень самообслуговування;

- розвивати процесуальні уміння та навички;

- сприяти формуванню умінь та навичок соціальної взаємодії та умінь колективної праці, а також самостійність, відповідальність та наполегливість.

Блок ерогтерapeutичних втручань включав цілеспрямовану терапію, відповідно до якої розвиток й самоактуалізація особистості дитини відбувається за рахунок суспільно корисної змістовної діяльності. Цілеспрямована терапія (або цілеспрямована функціональна терапія; цілеспрямована терапія на підставі активності), вимагає першочергового заняттєвого аналізу (activity analysis), аналізу завдання (task analysis), середовища виконання та вимог до заняття (activity demands) і можливостей дитини.

Стосовно можливості модифікації, то адаптувати середовище і корегувати структуру завдання легше, ніж особливості і здібності дитини. Пристосування середовища і завдань сприяє покращенню ефективності виконання і загалом реабілітаційного процесу.

При проведенні занять звертається увага на: налаштованість дитини на дію, наявність інтересу (навчатися краще при наявності заінтересованості у дитини у певній діяльності, наприклад вчити самостійно їсти – на початку прийому їжі, коли дитина голодна, а не у кінці, коли дитина наїлася; навчати слід потроху – сум та протест вимагають негайного

завершення заняття, боротьба у навчанні не допомагає; навчання з останніх елементів – рух виконується з допомогою, а останній елемент самостійно. Пізніше самостійність додається на передостанньому етапі, і так далі, що покращує впевненість і стимулює дитину виконувати рух до кінця, повертатися до освоєних рухів; поєднання гри з дисципліною; змінна фахівців для попередження прихильності до певних обставин чи людей.

Завдання ерготерапії щодо активності повсякденного життя включає:

- сприяти формуванню навички самостійного прийому їжі з аспектом користування столовими приборами і столового етикету (зокрема їсти ложкою, пити з чашки);
- сприяти формуванню навичок індивідуальної гігієни (миття рук, обличчя, витирання рушником, користування носовою хустинкою, чищення зубів);
- сприяти формуванню навичок одягання та роздягання (рукавиці, спідниця, сукня, штани, колготки, шапку, взуття.);
- сприяти формуванню навичок користуватися туалетом;
- сприяти формуванню навичок користування вмикачами світла, дверними замками та заціпками, телефоном.

Загальні правила при навчанні дитини навичкам одягати та знімати одяг:

- підбір оптимальної позиції для зниження спастичності та неконтрольованих рухів;
- намагатися підтримувати симетричність позиції дитини на початку та у процесі;
- положення дитини має бути зручним для фахівця (висота, нахил поверхні) й безпечним для дитини;
- максимальна участь дитини у доступних рухах.

Завдання ерготерапії щодо інструментальної активності повсякденного життя спрямовані на оволодіння навичками та вміннями, що були необхідні для можливості:

- участі у підтриманні чистоти кабінетів;
- участі при підтриманні порядку у іграшках, розташуванні меблів (зокрема іграшкових), чистоти посуду;
- участі у організації запланованих занять та діяльності відповідно до розкладу (підготування інвентарю та матеріалів для занять, прийому їжі, їх розкладання, ложки, помити тарілки тощо);
- участі у догляді за рослинами (поливання, зміна розташування, пересаджування);
- участі у приготуванні їжі, розкладання та миття продуктів.

Зі сторони ерготерапевта забезпечується: якісні пояснення про вагомість господарсько-побутової праці у суспільстві, виділення способів виконання завдань і послідовностей індивідуально ергономічних дій; виконання господарсько-побутової діяльності разом з реабілітантами з акцентами на детальній демонстрації окремих дій, мовному супроводу та критеріях результату; створювати ситуації для формування звички охайності, емоційноестетичної чутливості до оточуючого середовища.

Завдання для підготовки до лабораторного заняття: презентувати схему оцінювання пацієнта із дитячим церебральним паралічем в залежності від віку, форми, супутніх розладів; продемонструвати програму ерготерапевтичного втручання залежно від стану клієнта, рівня розвитку загальної та дрібної моторики, когнітивних функцій.

ЛАБОРАТОРНА РОБОТА № 7.

ТЕМА: Ерготерапевтичне оцінювання та терапія пацієнтів з порушенням когнітивних функцій.

Мета: ознайомитися з інструментами ерготерапевтичного оцінювання та терапевтичними засобами для терапії пацієнтів з порушенням когнітивних функцій.

Завдання: ознайомитися з поняттям «когнітивні порушення»; розглянути ерготерапевтичні завдання для пацієнтів з порушенням когнітивних здібностей; навчитися застосовувати ерготерапевтичні техніки для пацієнтів з порушенням когнітивних здібностей.

Короткий виклад теми.

Когнітивні порушення – це суб'єктивне чи/і об'єктивне погіршення когнітивних функцій в порівнянні з вихідним індивідуальним чи середнім віковим і освітнім рівнями внаслідок ураження головного мозку, що впливає на ефективність навчання, професійної, побутової і соціальної діяльності. Під когнітивними функціями розуміють найбільш складні функції головного мозку (пам'ять, гнозис, мовлення, праксис, інтелект), за допомогою яких здійснюється процес раціонального пізнання світу і забезпечується цілеспрямована взаємодія з ним.

Когнітивна реабілітація – це вид реабілітаційних заходів, у вигляді вправ для покращення уваги, пам'яті, мовлення та/або виконавчих функцій. Очікуваний результат є непрямим позитивним впливом на функціональний дефіцит, що відображається на повсякденній діяльності. Правильне використання методу сприяє соціальній та професійній інтеграції пацієнтів.

Когнітивну терапію також поєднують з руховою активністю або з практикою використання «Діяльність з повсякденного життя» для створення асоціацій між діяльністю, що вивчається та пригадуванням вже пройдених кроків. Наприклад, пацієнти можуть асоціювати певні рухи тіла, з іменем чи подією, яку необхідно пригадати (наприклад, рух кидання м'яча з іменем лікаря). Такі жести для закріплення потрібно повторювати. Когнітивна реабілітація має на меті не просто вплинути на конкретні когнітивні здібності, а пропонує модель лікування когнітивного дефіциту на основі корекції поточних поведінкових порушень та наявної соціальної дезінтеграції.

Когнітивні досягнення розглядаються в контексті взаємодії пацієнта і навколишнього середовища. У цьому відношенні когнітивна реабілітація при деменції не лише включає моделі, що наголошують на відновленні когнітивного дефіциту, але й пошук та застосування шляхів його компенсації, щоб пацієнт зміг справлятися без сторонньої допомоги у своєму повсякденному житті на даному рівні його когнітивного функціонування, тобто, щоб когнітивні вимоги були мінімізовані.

Цей вид компенсації може варіювати від навчання та практики впорядкування фінансів (щоб пацієнт без труднощів зміг сам оплатити рахунки) до практики користування календарем та запису важливої інформації на папері (наприклад, графік прийому ліків).

Навчальні вправи з когнітивної реабілітації також є трудомісткими і служать повторюваним нагадуванням про порушення пам'яті та супутні функціональні наслідки. Для того, щоб методи когнітивної реабілітації були ефективними, пацієнти повинні бути адекватно задіяні і мотивовані, щоб вони не тільки почали реабілітаційну програму, але й продовжували брати участь у реабілітаційних заходах до досягнення терапевтичного ефекту. Успіх даної терапії залежить від налаштованості та залученості до неї пацієнта, тому її часто поєднують з психологічно-просвітницькими методами, для того, щоб пацієнт усвідомив наявність порушень когнітивної сфери, цим самим підвищуючи користь від реабілітації. У процесі когнітивної реабілітації необхідно проводити оцінку когнітивної функції, якості життя, нейропсихіатричних симптомів, активності у повсякденному житті, прихильності до лікування, мотивації, суб'єктивне визначення ефективності проведених заходів.

Завдання для підготовки до лабораторного заняття: представлення знань стосовно обмеження персональних та інструментальних обмежень у пацієнтів з когнітивними розладами; демонстрування вміння добирати ерготерапевтичні інструменти оцінювання; аргументування ерготерапевтичної програми для осіб з когнітивними розладами; розкриття мети програми заняттєвої терапії та засобів ерготерапії.

ЛАБОРАТОРНА РОБОТА № 8.

ТЕМА: Ерготерапевтичне оцінювання та терапія пацієнтів з порушенням сенсорних функцій.

Мета: ознайомитися з інструментами ерготерапевтичного оцінювання та терапевтичними засобами для терапії розладів зору.

Завдання: ознайомитися з законодавчим підґрунтям ерготерапевтичного менеджменту осіб з порушенням сенсорних функцій; розглянути ерготерапевтичні техніки для сліпих пацієнтів; навчитися застосовувати орієнтацію у просторі по методу циферблата; навчитися застосовувати маятникову техніку ходьби за допомогою тростини.

Короткий виклад теми.

Декларація ООН про права осіб з інвалідністю вказує, що вони мають невід'ємне право на повагу до їх людської гідності незалежно від походження, характеру і серйозності каліцтв; мають цивільні і політичні права, право на економічне і соціальне забезпечення, на медичне, психічне або функціональне лікування, на відновлення здоров'я і становище в суспільстві, на освіту, професійну підготовку та відновлення працездатності; на допомогу, консультації, на послуги з працевлаштування та інші види обслуговування, які дозволять їм максимально проявити свої можливості і здібності та прискорять процес їх соціальної реінтеграції.

Ерготерапія для сліпих пацієнтів часто включає в себе спеціальні методи та підходи, щоб допомогти в реабілітації та підтримці їхнього фізичного здоров'я та рухової активності.

Мобілізація та рухова активність: орієнтація у просторі: розвиваються методи, які допомагають пацієнтам розуміти та навчитися визначати простір навколо себе.

Рухові вправи та фізичні активності: спеціалісти використовують різноманітні вправи для розвитку координації, м'язової сили та збереження рухової активності.

Терапія для збереження рухливості та гнучкості: це може включати масаж, розтяжку, а також фізіотерапію для підтримки здоров'я м'язів та суглобів.

Використання ортезів та підтримуючих пристроїв: наявність спеціальних допоміжних засобів може допомогти у підтримці правильної постави та рухливості.

Сенсорна терапія: робота з іншими сенсорними системами: Така терапія може включати в себе тренування чуття дотику, слуху або запаху для компенсації втрати зору.

Розробка спеціальних методик для роботи з відчуттями: використання звуку, текстури, ароматів і т.д., для розвитку сприйняття оточуючого середовища.

Психологічна та емоційна підтримка: важливою частиною терапії для сліпих є робота зі стресом, депресією та психологічними викликами, які можуть виникати внаслідок втрати зору.

Тренування соціальних навичок та взаємодії: це може включати роботу з комунікаційними навичками та розвиток навичок самостійності в повсякденному житті.

Вправи в програмі ерготерапії для незрячих осіб.

Орієнтація у просторі по методу циферблата. Напевно складно придумати більш просту і водночас дієву систему орієнтації у просторі ніж система по принципу *циферблата*. Такий метод зрозумілий кожній людині. За основу беруться таке поняття, що коли людина дивиться прямо – це 12 годин, тобто 0°. Поворот вліво на 90° – це 9 годин. Поворот на 90° у право – 3 години. 6 годин відповідає 180°, тобто позаду самого себе. Проміжні варіанти зрозумілі, вирахувати їх досить просто, кожна година – це 30°. Такий метод орієнтування був опанований та використаний у макро- (кімната, тренажерна зала, коридор, лижна траса, маршрут пішого походу) та мікропросторі (стіл, ліжко, підвіконня, тумбочка, поличка у ванній кімнаті). Отже, якщо за обіднім столом реабілітанту необхідно було пояснити де знаходяться чашка, тарілка, виделка, ложка тощо то йому просто казали: «цукор на 12 годин на відстані витягнутої руки, чашка на 10 годин, біля ближнього краю стола». Така система просторової орієнтації спрощує процес пояснення та розуміння розташування оточуючих предметів і її можна використовувати будь-де, орієнтуючись у квартирі, на вулиці, магазині.

Переміщення.

Втрата зору у зрілому віці потребує дуже великих зусиль у адаптації до нового способу життя. Один із головних критеріїв, який потрібно опанувати – впевнене, наскільки це можливо, пересування як самостійно так і з допоміжними засобами (тактильна тростина, собакоповодир, оточуючі люди та ін). 18 При перших спробах самостійного пересування

після травми спостерігається невпевненість та скутість рухів. Основна увага ІВЗ направлена на те, щоб не впасти, не вдарити або не наткнутися на будь-що.

Через це відбуваються зміни у поставі – плечі приводяться, збільшується грудний кіфоз, підборіддя приведенне до грудини, руки витягнуті вперед; змінюється паттерн ходьби – амплітуда згинання у кульшових і колінних суглобах зменшуються, ступні майже не відриваються від підлоги, відмічається «човгаюча» хода, зменшується довжина кроку.

В приміщенні ніколи не варто забувати одночасно стежити за виступами стін та дверними прорізами.

Маятникова техніка техніки ходьби з тростиною.

Найчастіше використовується при вивченні нових маршрутів, забезпечуючи найбільшою мірою безпеку і самостійність пересування. Допускається невеликі коливальні рухи передпліччям. Тактильною тростиною виконується маятникові рухи під такт 19 кроків зі сторони в сторону, амплітудою яка дорівнює ширині плеч незрячого. Якщо амплітуда буде меншою, то з'являтимуться незахищені зони, які можуть нести небезпеку (ями, дроти) або незручності (грязь, калюжі). А якщо амплітуда руху тростини більша за ширину плечей, то палиця може заважати перехожим.

Маятникова техніка з прийомом ковзання забезпечує максимальний рівень оцінювання поверхні, що особливо важливо при дослідженні нових маршрутів.

У випадку, коли поверхня не дає змоги наконечнику ковзати, застосовується прийом «прискореного дотику». Відстань між дотиками не повинна перевищувати 10 см.

Якщо мова йде про відомий маршрут, то постійно ковзати по поверхні тростиною немає необхідності.

При кроці правою ногою, наконечник тростини дугоподібно переноситься вліво і торкається підлоги, коли нога повністю стає на неї.

При кроці лівою ногою наконечник дугоподібно переноситься вправо і також торкається поверхні в той момент, коли нога повністю ступає.

Маятникова техніка допомагає досить точно триматися прямої лінії. Для цього необхідно тростиною знайти орієнтир. Наприклад: паркан, бордюр, узбіччя, стіна і тому подібне, якого потрібно притримуватись.

Завдання для підготовки до лабораторного заняття: презентувати знання стосовно ускладнень після ураження зорового аналізатора у персональних та інструментальних активностях та участі, впливові факторів середовища на відновлення незалежності пацієнта; продемонструвати вміння добирати оціночні ерготерапевтичні тестування; обґрунтувати методику ерготерапевтичних засобів; аргументувати програму заняттєвої терапії з метою розширення незалежності пацієнта.

РОЗДІЛ 3
РОЗПОДІЛ БАЛІВ, ЯКІ ОТРИМУЮТЬ СТУДЕНТИ

Вид контролю: 2-4 семестр – залік.

Методи контролю:

1. Поточний контроль
2. Модульний контроль
3. Залік.

Розподіл балів, які отримують студенти

Поточне тестування та самостійна робота								Підсумковий тест (залік)		Сума
								МК 1	МК 2	
T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	20	20	100
7,5	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5	40		

Складова оцінювання поточної складової

	Короткий зміст завдання	За якісне оформлення завдання, його виконання	За відповіді на запитання	Всього балів
Тема 1	Продемонструвати знання стосовно функції ерготерапевта як члена реабілітаційної команди на різних етапах надання послуг; необхідність використання науково-доказових джерел у практичній діяльності ерготерапевта.	5,5	2	7,5
Тема 2	Обґрунтувати моторне навчання та підхід, спрямований на завдання як основні методики роботи із клієнтами неврологічного профілю.	5,5	2	7,5
Тема 3	Аргументувати добір інструментів ерготерапевтичного оцінювання виконання клієнтом базових та інструментальних активностей повсякденного життя, навколишнього середовища в межах МКФ.	5,5	2	7,5
Тема 4	Продемонструвати застосування тестування для ерготерапевтичного оцінювання пацієнтів після інсульту в залежності від періоду відновлення; аргументувати особливості проведення втручання залежно від стану клієнта з інсультом, стадії захворювання та наявних ресурсів.	5,5	2	7,5
Тема 5	Представити обґрунтування особливостей проведення ерготерапевтичного оцінювання	5,5	2	7,5

	пацієнта із спинно-мозковою травмою; продемонструвати програму ерогтерapeutичного втручання залежно від стану клієнта, відновного періоду, рівня ушкодження за шкалою ASIA.			
Тема 6	Презентувати схему оцінювання пацієнта із дитячим церебральним паралічем в залежності від віку, форми, супутніх розладів; продемонструвати програму ерогтерapeutичного втручання залежно від стану клієнта, рівня розвитку загальної та дрібної моторики, когнітивних функцій.	5,5	2	7,5
Тема 7	Презентувати знання стосовно обмеження персональних та інструментальних обмежень у пацієнтів з когнітивними розладами; демонструвати вміння добирати ерогтерapeutичні інструменти оцінювання; аргументувати ерогтерapeutичну програму для осіб з когнітивними розладами; розкрити мету програми заняттєвої терапії та засоби ерогтерapeutії.	5,5	2	7,5
Тема 8	Презентувати знання стосовно ускладнень після ураження зорового аналізатора у персональних та інструментальних активностях та участі; продемонструвати вміння добирати оціночні ерогтерapeutичні тестування; розкрити вплив факторів середовища на відновлення незалежності пацієнта: обґрунтувати методику ерогтерapeutичних засобів; аргументувати програму заняттєвої терапії з метою розширення незалежності пацієнта.	5,5	2	7,5
Всього за аудиторні заняття				60

Шкала оцінювання: національна та ECTS

Сума балів за всі види навчальної діяльності	Оцінка ECTS	Оцінка за національною шкалою	
		для екзамену, курсового проекту (роботи), практики	для заліку
90-100	A	відмінно	зараховано
82-89	B	добре	
74-81	C		
64-73	D	задовільно	
60-63	E		
35-59	FX	незадовільно з можливістю повторного складання	не зараховано з можливістю повторного складання
0-34	F	незадовільно з обов'язковим повторним вивченням дисципліни	не зараховано з обов'язковим повторним вивченням дисципліни

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Ерготерапія. 2023. DOI: <http://www.mif-ua.com/archive/article/34553>.
2. Ерготерапія у неврології. Львівський державний університет фізичної культури імені Івана Боберського. DOI: <https://repository.ldufk.edu.ua>.
3. Ерготерапія. Специфіка роботи та посадова інструкція спеціаліста. Медична справа. 2020. DOI: <https://medplatforma.com.ua/article/823-ergoterapevt-spetsifka-roboti-ta-posadova-nstruktsya-pratsvnika>.
4. Закон України про реабілітацію у сфері охорони здоров'я. 2021.
5. Мангушева О. О. Допомогти робити найважливіше. *Право на реабілітацію. Інформаційний бюлетень*. 2020. 9 (12).
6. МКФ. Physiopedia. (2023). DOI: <https://langs.physio-pedia.com/uk/international-classification-of-functioning-disability-and-health-icf-uk/>
7. Фізична терапія осіб після гострого порушення мозкового кровообігу. 2023. DOI: <https://reposit.uni-sport.edu.ua/xmlui/bitstream/handle>
8. Швесткова Ольга, Свєцена Катерина та кол. Ерготерапія. Підручник для студентів бакалаврського напрямку підготовки «Ерготерапія» на 1-у медичному факультеті Карлового університету