

ЕРГОТЕРАПІЯ

підручник
для студентів

Agni ipis nis ant dolorepel et animusam sum fugiae mintias
prestium reprovind el molupta tenimos audae dolorro quo
blantur re, ventia quate nonsequis autem susam, odio
officium la dolori doluptam harum dolores veliam recaecu
sandae magnatatessi aut magniatur aliquatus

Швесткова Ольга, Свецена Катержина та кол. Ерготерапія: Підручник. — Київ, Чеський центр у Києві, 2019. — 280 с.

Цей підручник призначений для студентів освітньо-кваліфікаційного рівня «бакалавр» напрямку підготовки «Ерготерапія» на 1-му медичному факультеті Карлового університету. Підручник містить основну інформацію не лише щодо напрямку «Ерготерапія» в контексті медичної сфери, але й стосовно галузі реабілітації у медицині, зокрема соціальної, педагогічно-освітньої та трудової реабілітації, а також короткий огляд чинного законодавства у сфері реабілітації. У виданні особлива увага приділяється ерготерапевтичному функціональному оцінюванню, оцінюванню та втручанню при обмеженні життєдіяльності (інвалідності) різного типу, наприклад, у пацієнтів з функціональними порушеннями верхніх кінцівок, у пацієнтів з психосоціальними порушеннями, у пацієнтів з порушенням когнітивних функцій.

АВТОРИ:

Оборна Павліна, Рейманова Алжбета, Родова Зузана, Свецена Катержина, Угліржова Яроміра, Швесткова Ольга.

Майнові та авторські права належать виключно Карловому університету.

Підручник у перекладі українською мовою створено за фінансової підтримки Міністерства внутрішніх справ Чеської Республіки в рамках проекту „MEDEVAC“.

Переклад та публікацію цієї книги підтримує Європейський Союз за програмою Дім Європи.

Видання здійснено за підтримки Чеського центру в Києві.



MINISTRY OF THE INTERIOR
OF THE CZECH REPUBLIC



ISBN 978-617-7286-52-2

© Швесткова О., Свецена К., Оборна П., Рейманова А., Родова З., Угліржова Я., 2017

© Ольга Варжехова, переклад, 2019

© Старанчук Олена, обкладинка, макет, 2019

© Чеський центр у Києві, 2019

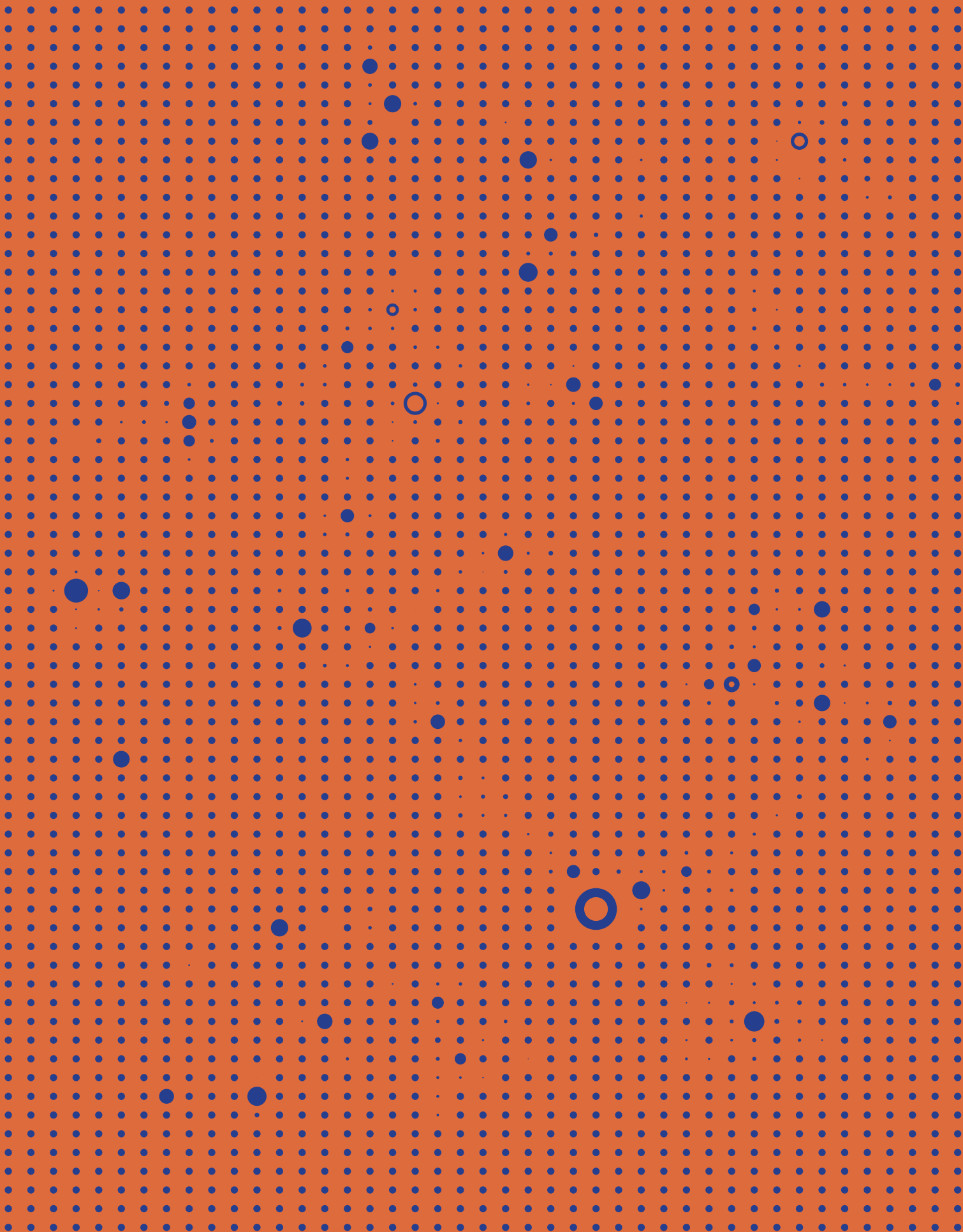
Усі права застережено.

ЕРГОТЕРАПІЯ

Підручник для студентів
освітньо-кваліфікаційного рівня «бакалавр»
напряму підготовки «Ерготерапія»
на 1-му медичному факультеті
Карлового університету

Швесткова Ольга,
Свецена Катержина та кол.

Київ • 2019



ПЕРЕДМОВА

Підручник «Ерготерапія» було створено для студентів освітньо-кваліфікаційного рівня «бакалавр» спеціальності «Ерготерапія» 1-го медичного факультету Карлового університету (1-й МФ КУ) у м. Празі, Чеська Республіка. Підручник укладено в межах реалізації проекту CZ.2.17/3.1.00/34141 «Реформа напрямів підготовки „Ерготерапія” та „Фізична терапія” освітньо-кваліфікаційного рівня „бакалавр” на 1-му МФ КУ», що фінансується Європейським соціальним фондом, програмою Праги та ЄС «Інвестуємо у ваше майбутнє». Навчальне видання було написано міжпрофесійним колективом Клініки реабілітаційної медицини 1-го медичного факультету Карлового університету та Загальної факультетської лікарні в Празі, Чеська Республіка. У його створенні взяли участь ерготерапевти та лікарі.

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



РЕАБІЛІТАЦІЯ — це процес, що допомагає людині подолати наслідки хвороб чи травми та досягти попереднього рівня якості її життя.

Метою ерготерапії є підтримання або відновлення здатності людини повернутися до рівня преморбідного стану, або ж зменшення її функціональних обмежень. У межах терапії ерготерапевт обирає індивідуальну заняттєву активність, яка є необхідною для пацієнта або клієнта таким чином, щоб той був здатний виконувати дії, характерні для повсякденного життя, та інструментальну активність повсякденного життя, брати участь у соціальній та продуктивній діяльності, відпочинку та дозвіллі. Слово «ерготерапія» складається з двох грецьких слів: *ergon* — праця та *therapie* — терапія (англ. — occupational therapy / заняттєва терапія).

Метою ерготерапії є досягнення максимального рівня функціонування пацієнтів, клієнтів. Наразі ерготерапевти в Чеській Республіці здобувають освіту в університетах як на спеціальності освітньо-кваліфікаційного рівня «бакалавр» (3 роки, з мінімальною практикою 1600 годин), так і — в подальшому — на магістратурі (2 роки), причому навчання поділяється на 3 частини:

1. Науково-дослідницька робота (велику увагу приділено виконанню проектів), гранти, статистика, до закінчення навчання кожен студент має опублікувати статтю принаймні в одному індексованому рецензованому журналі, підготовка лекції та презентації.
2. Менеджмент, організація та система охорони здоров'я в Чеській Республіці. Законодавча база, законодавство в сфері охорони здоров'я та реабілітації ВООЗ, ООН, ОЕСР, Європейської комісії, Ради Європи та ЧР.
3. Практична підготовка — щонайменше 600 годин — з клінічних дисциплін, які не були включені у програму спеціальності бакалаврату, як-от: ерготерапія в психіатрії, при сенсорних порушеннях (зорових та слухових), в професійній реабілітації (prevocational rehabilitation). Передбачається, що після закінчення навчання студент працюватиме на керівних посадах.

Ерготерапевти у Чеській Республіці мають можливість здійснювати професійну діяльність як у сфері охорони здоров'я, так і у сфері соціальних послуг. У медичних закладах ерготерапевти працюють у відділеннях, де рятують життя пацієнтів (наприклад, у відділенні цереброваскулярної патології), у клінічних відділеннях з гострою патологією, у денних стаціонарах, в амбулаторіях та у стаціонарних відділеннях спеціалізованих медичних закладів. У сфері соціальних послуг ерготерапевти працюють у денних стаціонарах різного типу, будинках для людей похилого віку й інших закладах. Принципово важливим в обстеженні, яке проводить ерготерапевт, є визначення психосенсомоторної здатності людини працювати.

В системі охорони здоров'я людину з інвалідністю називають «пацієнт», тоді як у соціальній сфері — «клієнт». Фізотерапевт професійно запитаний і в медицині, і в соціальній сфері, тож може використовувати обидва терміни: термін «пацієнт» — у медзакладах, а термін «клієнт» — у сфері соціальних і трудових послуг, в ергодіагностиці та трудовій реабілітації (*англ.* prevocational and vocational rehabilitation).

У своїй практиці з клієнтами ерготерапевти приділяють увагу кільком основним сферам. Ерготерапевти зосереджуються головним чином на:

- самостійності;
- визначенні допоміжних засобів для компенсації, реабілітації та використання сучасних технологій;
- моториці та функціях верхніх кінцівок;

- когнітивно-поведінковій терапії (діагностується психологом);
- ергодіагностиці (функціональне оцінювання психосенсомоторного потенціалу участі у продуктивній діяльності);
- оцінюванні помешкання та пропозицій щодо забезпечення умов для людей з інвалідністю;
- розпорядку дня, відпочинку та дозвілля.

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

У цьому підручнику увага акцентується виключно на фаховій спеціалізації Клініки реабілітаційної медицини, тож він допомагає студентам краще орієнтуватися в окремих дисциплінах у сукупності з лекціями, електронним та практичним навчанням, літньою клінічною практикою та, звичайно ж, вивченням обов'язкової, рекомендованої та іншої спеціалізованої літератури. Спеціальність «ерготерапія» є одним із «молодих» медичних напрямів підготовки у закладах вищої освіти в Чеській Республіці.

Пропонований підручник допоможе студентам покращити здатність орієнтування у сфері базових знань у галузі ерготерапії та сприятиме здобуттю ерготерапевтами відповідної освіти, а їхнім майбутнім пацієнтам полегшить досягнення оптимальної якості життя.

Бажаємо нашим студентам з України успішно впоратись з усім навчальним навантаженням, аби після закінчення навчання у них якнайкраще склалася професійна, а можливо, й наукова кар'єра, яка приносить їм щоденне відчуття задоволення та щастя від виконання своєї роботи.

Доц. MUDr. Ольга Швесткова, Ph.D.

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА	5
АНОТАЦІЯ	12
ВСТУПНА ЧАСТИНА	15
1. Законодавство про реабілітацію в Чеській Республіці	17
2. Ерготерапевтичний процес	35
3. Функціональне оцінювання та обстеження ерготерапевта	39
4. Анамнез (розмова)	43
5. Спостереження	51
5.1 Стандартизовані тести, методи й інструменти	56
6. Ерготерапевтичне оцінювання та функціональне обстеження функціональних пошкоджень різного типу (порушення функції)	59
6.1. Оцінювання пацієнта з точки зору біомеханічного підходу	61
6.2. Ерготерапевтичне оцінювання функціонального стану неврологічних хворих	61
6.2.1. Оцінювання великої моторики	62
6.2.2. Оцінювання дрібної моторики	66
6.2.2.1. Оцінювання хапання	67
6.2.2.2. Порушення хапання	71
6.2.2.3. Оцінювання дрібної моторики за допомогою стандартизованих тестів	72
6.3. Оцінювання чутливості	75
6.4. Форма для запису результатів обстежень та ерготерапевтичне обстеження функціонального стану пацієнтів з неврологічними захворюваннями	79

6.5. Оцінювання пацієнтів із психосоціальними розладами	87
6.6. Ерготерапевтичне оцінювання пацієнтів з порушенням когнітивних функцій	92
6.6.1. Обстеження й оцінювання пацієнтів з порушенням зорового сприйняття	102
6.6.2. Оцінювання й обстеження пацієнтів з порушенням зору, зорове розпізнавання предметів та облич, агнозія	104
6.6.3. Обстеження й оцінювання пацієнтів з порушеннями зору	106
6.6.4. Обстеження й оцінювання пацієнтів з апраксією	108
6.6.5. Оцінювання й обстеження пацієнтів з порушенням уваги, синдром «просторового ігнорування»	115
6.6.6. Оцінювання й обстеження пацієнтів з порушенням пам'яті	119
7. Визначення ерготерапевтичних завдань і планів, втручання	125
8. Ерготерапевтичне втручання для пацієнтів з різними типами функціональних порушень	131
8.1. Ерготерапія пацієнтів з руховими порушеннями	133
8.1.1. Нейророзвиваючі підходи	133
8.1.1.1. Концепція Бобат-терапії	133
8.1.1.2. Метод Аффольтер	135
8.1.1.3. Метод Базальної стимуляції з точки зору ерготерапевта	142
8.1.2. Біомеханічний підхід	146
8.1.2.1. Ерготерапевтичне втручання для хворих з порушенням функції верхньої кінцівки — здатності хапати	148
8.1.2.2. Ерготерапевтичне втручання для пацієнтів з порушенням чутливості	149
8.1.2.3. Біомеханічний підхід для пацієнтів з ревматичними захворюваннями	150

8.2. Ерготерапія для пацієнтів із психосоціальними розладами.....	159
8.2.1. Ерготерапія для пацієнтів із психічними захворюваннями в Чеській Республіці (інституційна та соціальна ерготерапія).....	160
8.2.2. Принципи спілкування з пацієнтами із психічними захворюваннями.....	165
8.2.3. Ерготерапевтичні моделі й підходи, що використовуються для пацієнтів з психосоціальними розладами.....	169
8.2.3.1. Поведінкові теоретичні межі.....	169
8.2.3.2. Когнітивно-поведінкові теоретичні межі.....	172
8.2.3.3. Психоаналітичні теоретичні межі.....	175
8.2.3.4. Гуманістичні теоретичні межі.....	177
8.2.4. Інші моделі та підходи, що використовуються в ерготерапії для пацієнтів із психосоціальними розладами.....	179
8.2.4.1. Модель Заняттєвої Активності Людини — Model of Human Occupation (МОНО).....	179
8.2.4.2. Канадське оцінювання виконання заняттєвої активності — Canadian Occupational Performance Measure (COPM).....	182
8.2.5. Можливості ерготерапевтичного втручання для людей із психосоціальними розладами.....	184
8.2.6. Робота з сім'єю та основи сімейної терапії з точки зору ерготерапевта.....	190
8.3. Ерготерапевтичні методи, що використовуються для пацієнтів з порушенням когнітивних функцій.....	195
8.3.1. Ерготерапевтичні моделі та підходи, що використовуються для пацієнтів з порушенням зорового сприйняття.....	195
8.3.2. Ерготерапевтичні моделі та підходи, що використовуються для пацієнтів з порушенням зорового розпізнавання предметів й облич, агнозія.....	198

8.3.3. Ерготерапевтичні моделі й підходи, що використовуються для пацієнтів з порушенням зору	199
8.3.4. Ерготерапевтичні моделі та підходи, що використовуються для пацієнтів з апраксією	202
8.3.5. Ерготерапевтичні моделі та підходи, що використовуються для пацієнтів з порушенням уваги, синдромом неглекту	208
8.3.6. Ерготерапевтичні моделі та підходи, що використовуються для пацієнтів з порушенням пам'яті	212
8.4. Використання моделі KAWA в ерготерапії (ерготерапевтична модель, KAWA — з японської річка)	214
9. Використання технічних допоміжних засобів і сучасних технологій	217
9.1. Процес призначення, випробування та тренування використання технічних допоміжних засобів	219
9.2. Принципи вибору колісного крісла для особи з інвалідністю	228
9.3. Комунікаційні технології	235
10. Ерготерапія у громаді	245
10.1. Оцінювання помешкання	248
10.2. Ергодіагностика (повернення до праці)	252
11. Активний відпочинок	259
12. Науково-доказова практика в ерготерапії	263
ПЕРЕЛІК ЗАСТОСОВАНИХ СКОРОЧЕНЬ	270
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ	273

АНОТАЦІЯ

«Ерготерапія» — підручник, укладений для студентів освітньо-кваліфікаційного рівня «бакалавр» напряму підготовки «Ерготерапія» на 1-му медичному факультеті Карлового університету.

Пропонований підручник є результатом діяльності колективу лікарів та ерготерапевтів, які забезпечують проведення теоретичного та практичного навчання з дисциплін спеціальності «Ерготерапія» на 1-му МФ КУ та ЗФЛ у Празі.

Це навчальне видання містить також теми, які не були опубліковані чеською мовою. Воно поділяється на теоретичну та практичну частину. Підручник містить основну інформацію не лише щодо напряму «Ерготерапія» в контексті медичної сфери, а й відомості стосовно галузі реабілітації у медицині, соціальної, педагогічно-освітньої, трудової реабілітації, а також короткий огляд чинного законодавства у сфері реабілітації. Значна частина присвячена Міжнародній класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я ВООЗ та інформації про процес призначення й використання технічних допоміжних засобів.

Крім того, в підручнику наведено основні відомості про перебіг ерготерапевтичного процесу, обстеження й оцінювання функціонального стану пацієнта, про встановлення короткотермінових та довготермінових ерготерапевтичних завдань та плану задля досягнення поставленої мети, про подальші ерготерапевтичні втручання. У виданні особлива увага приділяється ерготерапевтичному функціональному оцінюванню, оцінюванню та втручанню при обмеженні життєдіяльності (інвалідності) різного типу, наприклад, у пацієнтів з функціональними порушеннями верхніх кінцівок, у пацієнтів з психосоціальними порушеннями, у пацієнтів з порушенням когнітивних функцій.

Окрім цього, докладено зусиль для висвітлення ролі ерготерапії на суспільному рівні, призначення технічних допоміжних засобів, оцінювання помешкання та ергодіагностики (участі у продуктивній діяльності).

В останній частині підручника студенти мають нагоду ознайомитись із значенням науково-доказової практики «evidence based medicine» у реабілітації та ерготерапії.

У кінці видання наведено алфавітний перелік використаних скорочень, список літератури у алфавітному порядку.

ABSTRACT

Occupational Therapy, a textbook for students of the bachelor's degree in Occupational Therapy at the 1st Faculty of Medicine of Charles University, is intended for students in this field of study.

The textbook is the work of a team of physicians and occupational therapists involved in the theoretical and practical training in the field of Occupational Therapy at the 1st Faculty of Medicine of Charles University and the General Teaching Hospital in Prague.

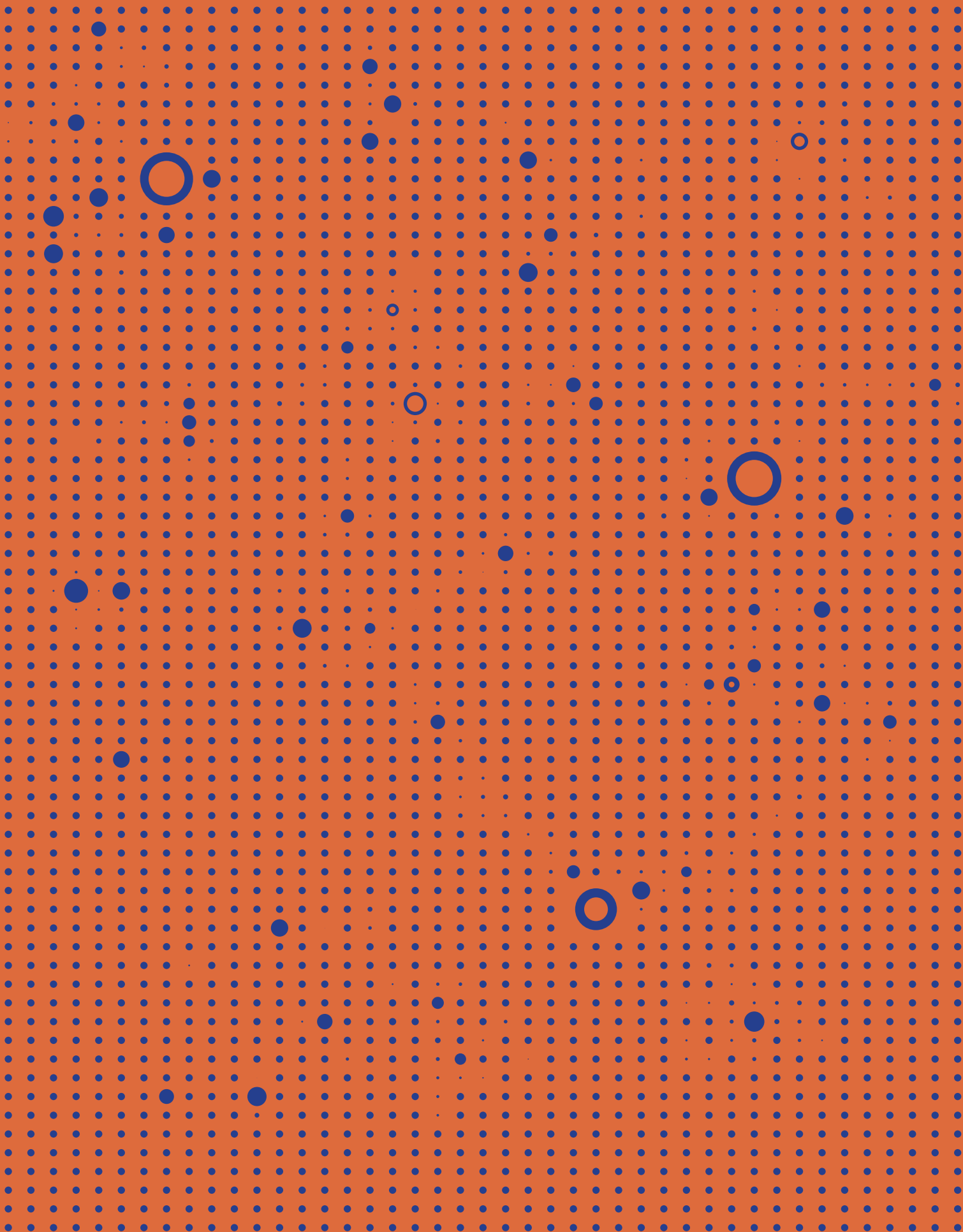
The publication covers also topics that have not been published in the Czech language before. The textbook is divided into theoretical and practical parts. The publication contains basic information on the field of Occupational Therapy, both from the medical area and from the field of Medical Rehabilitation, Vocational, Social, Educational Rehabilitation, as well as a brief overview of valid legislation in the area of Rehabilitation. An important part is devoted to the WHO International Classification of Functioning, Disability and Health, information on the indication process and the use of rehabilitation and technical aids.

Furthermore, it presents the information on the process of Occupational Therapy, examination and evaluation of the functional condition of the patient, establishing short-term and long-term occupational therapy plan of subsequent occupational therapy intervention. The textbook focuses on occupational therapy functional diagnostics, evaluation, as well as treatment of various types of disabilities, for example of patients with functional impairment of the upper limb, patients with psycho-social disabilities, and patients with impaired cognitive functions.

Last but not least, the work mentions Occupational Therapy in the community, obtaining of rehabilitation and technical aids, evaluation of the flat and Prevocational Rehabilitation.

The last part informs students about the importance of «evidence based medicine» in Rehabilitation and Occupational Therapy.

The conclusion of the textbook contains the List of Abbreviations and Bibliography, listed in alphabetical order.



ВСТУПНА ЧАСТИНА

Підручник «Ерготерапія» для спеціальності «Ерготерапія» освітньо-кваліфікаційного рівня «бакалавр» на 1-му медичному факультеті Карлового університету було створено для студентів усіх трьох курсів. Він покликаний допомогти студентам краще зрозуміти предмети своєї спеціальності і написаний колективом викладачів Клініки реабілітаційної медицини. Підручник розроблено згідно з навчальними планами для спеціальності «Ерготерапія» на бакалавраті, на 1-му медичному факультеті Карлового університету як один із необхідних навчальних засобів.

У пропонованому підручнику основну увагу зацентовано на спеціалізації Клініки реабілітаційної медицини, тож він допоможе студентам краще орієнтуватися в окремих темах спеціальності, у взаємозв'язку з лекціями, електронним та практичним навчанням, літньою клінічною практикою та, звичайно ж, вивченням обов'язкової, рекомендованої й іншої спеціалізованої літератури. Спеціальність «ерготерапія» є одним із «молодих» медичних напрямів підготовки у закладах вищої освіти в Чеській Республіці. Переважна частина навчальної літератури доступна англійською мовою або іншою іноземною мовою, чеською мовою за останні роки було опубліковано лише кілька наукових розвідок. Певна інформація, наведена у цьому підручнику, досі не була опублікована чеською мовою.

Співрозробниками цього навчального видання є педагоги та члени міждисциплінарної команди, ерготерапевти, лікарі.

Сподіваємося, що цей підручник допоможе студентам покращити здатність орієнтуватися у базових поняттях в сфері ерготерапії та сприятиме отриманню ерготерапевтами відповідної освіти, а їхнім майбутнім пацієнтам допоможе досягнути оптимальної якості життя.

Бажаємо нашим студентам напряму «Ерготерапія» успішного виконання усіх навчальних планів, аби після закінчення навчання у них якнайкраще склалася професійна, а можливо, й наукова кар'єра, яка приносить їм щоденне відчуття задоволення та щастя від виконання своєї роботи.

*Доц. MUDr. Ольга Швесткова, Ph.D.
Голова Клініки реабілітаційної медицини
1-го МФ КУ і ЗФН у Празі*

1. ЗАКОНОДАВСТВО ПРО РЕАБІЛІТАЦІЮ В ЧЕСЬКІЙ РЕСПУБЛІЦІ



Згідно з визначенням ВООЗ (ВООЗ, 2001) РЕАБІЛІТАЦІЯ — це відновлення попереднього повноцінного фізичного та психічного життя людини після травми чи хвороби, або ж зменшення постійних наслідків захворювання або травми у житті чи продуктивній діяльності людини. Необхідним є забезпечення гідної якості життя навіть для людини із важкою та дуже важкою інвалідністю.

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

У ХХІ столітті етіологічного діагнозу вже недостатньо, необхідним є й функціональне обстеження, яке забезпечує міждисциплінарний реабілітаційний колектив. Необхідно класифікувати особу з інвалідністю, як з точки зору обмеження життєдіяльності, так і з точки зору її функціонування, та шукати шляхи покращення її стану обмеження життєдіяльності за допомогою полегшуючих чинників середовища з метою досягнення максимально можливої якості життя. Пацієнти з різноманітними хворобами, травмами та вродженими вадами, у яких наявні обмеження заняттєвої активності й участі, потребують координованої реабілітації.

Реабілітація, за визначенням Європейського Союзу (ЕС), — це загальносуспільний процес, який являє собою координовану діяльність усіх складових суспільства (держави, установ, організацій та окремих осіб) з метою знову залучити людину, яка втратила працездатність через хворобу, травму чи вроджену ваду до активного соціального життя. Цю систему розглядають на медичному, соціальному, культурному, педагогічному, трудовому, технічному, законодавчому, економічному, організаційному та політичному рівнях. Пошук рішення в ЕС відбувається на національному та транснаціональному рівнях. На думку Організації Об'єднаних Націй (ООН), якість рівня реабілітації є критерієм культурного рівня суспільства.

Реабілітація — це процес, який зачіпає майже всі аспекти суспільного життя. З усього широкого та складного комплексу реабілітації в межах системи охорони здоров'я цей процес реалізується як реабілітація та абілітація у галузі охорони здоров'я.

ОСНОВНІ МІЖНАРОДНІ ЗАКОНОДАВЧІ ДОКУМЕНТИ В ГАЛУЗІ РЕАБІЛІТАЦІЇ

1. **Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю.** Текст цієї конвенції був затверджений Генеральною Асамблеєю Організації Об'єднаних Націй, підписаний 82 країнами світу 30 березня 2007 року, у ЧР ця конвенція набрала чинності 28 жовтня 2009 року.

Стаття 26 — Абілітація та реабілітація

1. Держави-учасниці Конвенції вживатимуть ефективних та належних заходів, які надаватимуть особам з інвалідністю можливість набути та зберегти максимально можливий рівень незалежності, найбільші фізичний, психічний потенціали та ресурси для участі у продуктивній діяльності та повністю інтегруватися у всі сфери життя суспільства та брати в них участь. З цією метою держави-учасниці Конвенції будуть організовувати, реформувати та розширювати комплексні послуги з абілітації та реабілітації, зокрема у сфері медичних послуг, працевлаштування, освіти та соціальних послуг для того, щоб ці послуги та програми:
 - a. Починалися якомога раніше і спирались на мультидисциплінарне оцінювання індивідуальних потреб та стану.
 - b. Підтримували участь та залучення до суспільства й до всіх сфер соціального життя, були добровільними та доступними для осіб з інвалідністю якнайближче до їхнього місця проживання, включаючи сільські райони.
 2. Держави-учасниці Конвенції будуть підтримувати розвиток початкової та подальшої підготовки фахівців та персоналу, що працює у сфері абілітаційних та реабілітаційних послуг. Держави-учасниці Конвенції сприятимуть доступності відомостей, поінформованості та використанню технічних допоміжних засобів та технологій, призначених особам з інвалідністю, або пов'язаних з абілітацією та реабілітацією.
2. **Рекомендації Ради Європи [Rec (2006) 5] «План дій щодо забезпечення прав та повного залучення осіб з інвалідністю до суспільства: покращення якості життя людей з інвалідністю у Європі»** було затверджено на 961 засіданні делегатів-міністрів 5 квітня 2006 року.

3.10. Сфера діяльності № 10: Реабілітація

У вступній частині наведено, зокрема, наступні відомості про спрямування комплексної політики у сфері реабілітації:

1. Профілактика погіршення інвалідності, зменшення її наслідків.
2. Підвищення рівня самостійності людей з інвалідністю.
3. Забезпечення економічної незалежності людей з інвалідністю та їхнє повноправне залучення до суспільства.

Рекомендація № R (92) 6 Комітету міністрів Ради Європи про комплексну політику щодо осіб з інвалідністю документує, що реабілітація таких осіб, враховуючи її значення для економічної та соціальної інтеграції, є обов'язком спільноти; така реабілітація гарантує захист людської гідності та полегшує вирішення проблеми, з якою особи з інвалідністю стикаються у соціумі, тож вона мала б бути внесена у перелік першочергових завдань будь-якого суспільства.

3.10.3. Конкретна діяльність держав-членів

У цьому пункті йдеться про обов'язок формулювати, здійснювати та регулярно переглядати національну політику з питання реабілітації та забезпечити її постійне поліпшення; забезпечити, щоб особи з інвалідністю, члени їх сімей та представницькі організації брали участь у плануванні завданнясних реабілітаційних програм, а також у їх реалізації та оцінці; забезпечити доступність реабілітаційних програм та їх адаптацію до індивідуальних потреб; поліпшувати реабілітаційні послуги та підтримувати їх шляхом міждисциплінарного оцінювання, заснованого на завданнясному принципі; підтримувати міждисциплінарну співпрацю із залученням усіх відповідних галузей, зокрема: охорони здоров'я, освіти, соціальної сфери та працевлаштування; впроваджувати комплексне управління реабілітацією для забезпечення рівних можливостей для осіб з інвалідністю; забезпечити для дітей з інвалідністю протягом шкільного навчання доступ до програм педагогічної реабілітації та до інших ресурсів, що надаватимуть їм можливість повною мірою використовувати свій потенціал; залучати у трудову реабілітацію працедавців, працівників та їхні організації з метою надання підтримки особам, які потрапили у скрутне становище на ринку праці, при якомога швидшому поверненні у трудовий процес; сприяти покращенню доступності індивідуальних програм групової реабілітації.

ОСНОВНІ ПОНЯТТЯ У РЕАБІЛІТАЦІЇ

Одним із основних понять законодавства в сфері реабілітації є функціональна діагностика. У розвинених країнах її використання відіграє визначну роль. У більшості європейських

країн це поняття закріплено в законодавстві. Протягом порушення стану здоров'я (хвороба, травма, вроджені вади розвитку) функціональний діагноз настільки ж вагомий, як і діагноз етіологічний, а через певний час у багатьох ситуаціях стає навіть важливішим. Конструкція функціонального діагнозу розглядається у класифікації:

■ *Міжнародна класифікація функціонування (МКФ), обмеження життєдіяльності та здоров'я*

В основі цієї класифікації лежить концепція функціонального діагнозу, яка принципово відрізняється від етіологічного діагнозу.

Європейська комісія та Рада Європи рекомендували використання МКФ для всіх держав-членів. Ця система є єдиною системою класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я в ЄС. International Classification of Functioning, Disability and Health ICF — Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (Класифікація МКФ) була опублікована ВООЗ (Всесвітньою організацією охорони здоров'я) у 2001 році, а її переклад на чеську мову був опублікований видавництвом «Града» у 2008 році.

Швидкий розвиток медицини, лікувальні можливості, які за останні десятиліття перевищили всі очікування та довготермінові прогнози, дозволили забезпечити довгу тривалість життя людей з інвалідністю, що передбачає добре організовану реабілітацію. Медицина стоїть на порозі епохи, коли визначення етіологічного діагнозу та його безпосереднє подолання перестає бути проблемою. Нерідко ми здатні подолати клінічну смерть, врятувати навіть на перший погляд безнадійних пацієнтів у стані загрози для життя, однак не без певних обмежень.

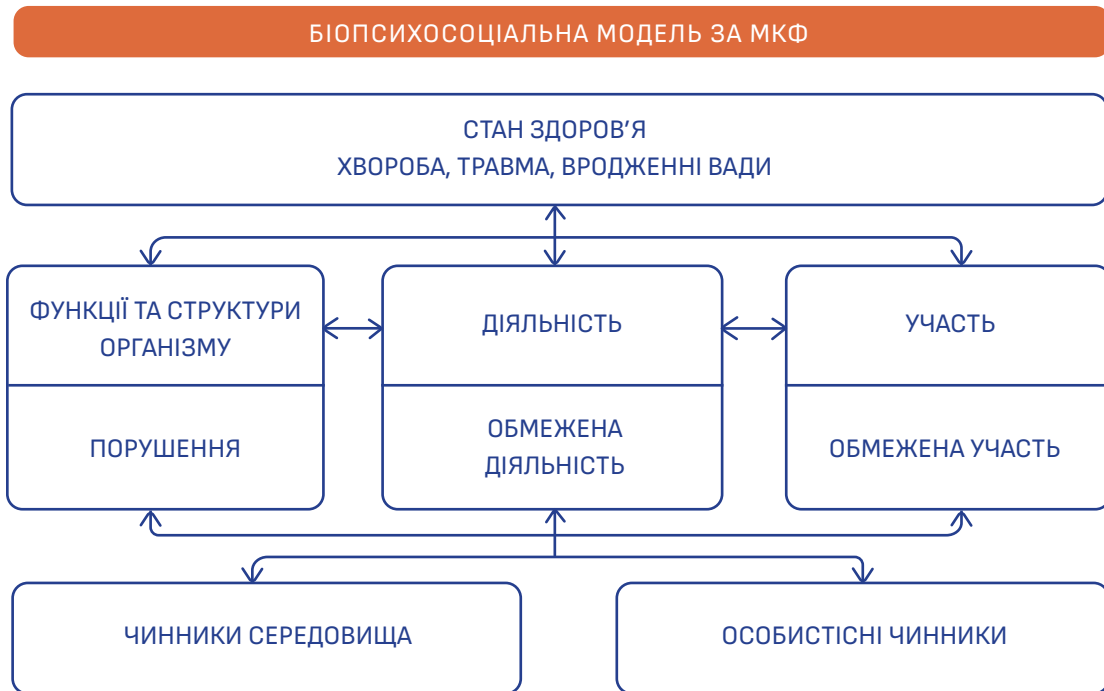
МКФ передбачає, що етіологічний діагноз було належним чином встановлено відповідними клінічними фахівцями згідно з Міжнародною класифікацією хвороб ВООЗ — 10-а версія. У хвороб чи травм нам необхідно знати прогноз, ймовірні характеристики стабілізації, регресу симптомів або їх прогресування. На підставі цього ми розробляємо короткотермінову та довготермінову стратегію реабілітації (Швесткова, 2002). Для окремих значущих діагнозів починають застосовувати так звані базові набори (Core Sets) (Швесткова, Ангєрова, Бртніцка, 2007), як правило мається на увазі реабілітаційний протокол, тобто документ, який містить важливі дані про індивідуальні прояви (домени) конкретної хвороби, травми чи вродженої вади, про які не слід забувати та рішенням яких повинна займатися реабілітаційна програма. На сьогодні базові набори «Core Sets» розробляються (Еладар, Куллман, Марінцек та кол., 2008) та готуються для окремих діагнозів у Європі. Проф. Герхард Стукі з колективом опублікували у 2012 році книгу «Core Sets».

МКФ ґрунтується на нейтральних, а не на патологічних проявах. Мається на увазі реєстрація фізіологічних функцій і структур, стандартних видів діяльності людини та соціально-політичних обставин, за яких відбувається життя в суспільстві. Тільки шляхом його позначення певним класифікатором досягнемо вираження діапазону (ступеня) обмеження функціонування в сфері діяльності й участі. Деякі значення можуть бути нормальними, тобто здоровими (health) (Калвах, 2004). МКФ також підкреслює позитивну позицію реабілітації й уникає застосування атрибутів, що знецінюють людину, використовує позитивну термінологію, наприклад – стан здоров'я, фізичне здоров'я людини, процвітання, функціональне здоров'я. Використовує також нейтральні терміни, наприклад, обмеження життєдіяльності (disability), якість життя (суб'єктивний погляд). У деяких країнах застосовується вираз «реабілітант» (той, хто знову стає спроможним). МКФ підкреслює, що оцінює не людину, а ситуації, у яких вона перебуває і які можуть спричинити обмеження життєдіяльності (disabling situation). Тобто обмеження життєдіяльності не є сталим, а виникає у певних ситуаціях, коли проявляється порушення функцій та структур тіла, або ж обмежена діяльність та участь. У ЧР у сфері медицини зазвичай застосовують термін «пацієнт», у сфері соціальних справ, у соціальній сфері й у сфері зайнятості – термін «клієнт», в освітній сфері – терміни «студент», «учень», «особа з особливими потребами». Термін «disability» означає: «ability» – здатність, «dis» – заперечна частка. В чеській мові термін «disability» залишено як англіцизм. Найближчим за значенням до цього терміна в чеській мові є слово «omezení», тобто «обмеження». Визначення обмеження життєдіяльності за МКФ є результатом та консенсусом панельної дискусії в Празі, у якій брали участь представники ООН, ВООЗ, Ради Європи, Європейської комісії, ОЕСР та представники фахівців з реабілітації, а також громадяни з інвалідністю з 15 країн Європейського союзу. Ця дискусія була частиною 6-го Рамкового проекту ЄС MHADIE (Measurment Health and Disability in Europe, Supporting policy development), у якому взяли участь 15 клінічних закладів ЄС з метою оцінювання практичного застосування МКФ.



DISABILITY (обмеження життєдіяльності) означає зниження функціональних можливостей на рівні організму, особи або суспільства, яке виникає у разі конфронтації стану здоров'я та бар'єрів середовища.

З точки зору обмеження участі в суспільстві, в конкретній ситуації у людини з обмеженням життєдіяльності йдеться про обмеження участі. Реабілітація уникає вживання терміна догляд (care), який являє собою переважно пасивну програму. Реабілітація – це діяльність, це програма активізації, ініціатива. У своїй концепції МКФ використовує біопсихосоціальну модель, яка класифікує людину комплексно як одне ціле, тобто й умови, у яких вона перебуває. Окрім стану здоров'я та функціонального стану, оцінюється, наприклад, сімейне та соціальне середовище, в якому вона живе:



МКФ використовує чотири основні компоненти (функції та структури організму, діяльність, участь, чинники середовища), які поділяються на розділи, а останні — на домени. Домени вимагають класифікації ступеня обмеження життєдіяльності. Існує також п'ятий компонент — особистісні чинники. Проте, як зазначає МКФ, цей компонент поки що не досить добре досліджений (Стукі та кол., 2002), але дозавданняно згадувати про нього.

Оцінювання першого компонента містить фізіологічний та патофізіологічний, анатомічний і патологоанатомічний (структурний) погляди. Оцінюються основні системи людини, котрі розділені на 8 розділів, а кожен з розділів поділяється на окремі домени. Компонент складається з двох частин: функції та структури, які надалі позначатимуться малими літерами b = body (організм, функції організму) та s = структури (структури організму).

ФУНКЦІЇ ОРГАНІЗМУ

Розділ 1. Психічні функції.

Розділ 2. Сенсорні функції та біль.

Розділ 3. Функції мовленнєвого апарата та мовлення.

Розділ 4. Функції серцево-судинної, імунної, дихальної систем та системи крові.

Розділ 5. Функції травної системи, метаболізму та ендокринної системи.

Розділ 6. Урогенітальні та репродуктивні функції.

Розділ 7. Нервово-м'язові, кісткові та рухові функції.

Розділ 8. Функції шкіри та пов'язаних з нею структур.

СТРУКТУРИ ОРГАНІЗМУ

Розділ 1. Структури нервової системи.

Розділ 2. Око, вухо та пов'язані з ними структури.

Розділ 3. Структури, що беруть участь у голосоутворенні та мовленні.

Розділ 4. Структури серцево-судинної, імунної та дихальної систем.

Розділ 5. Структури, пов'язані із травною системою, метаболізмом та ендокринною системою.

Розділ 6. Структури, пов'язані з урогенітальною та репродуктивною системами.

Розділ 7. Структури, пов'язані з рухом.

Розділ 8. Шкіра та пов'язані з нею структури.

Інформація про функції та структури надходить як з медичної документації, так і з відомостей від пацієнта або його сім'ї в межах анамнезу. Окрім того, суттєві дані отримуємо під час об'єктивного обстеження. Усе більшого значення набувають результати лабораторних обстежень та методів візуалізації. Іноді терапевтам потрібно мати також результати спеціального обстеження здорових функцій і структур (health), які можуть компенсувати деякі порушення функцій (наприклад, функціональні ергометричні та спірометричні обстеження). Необхідним є також обстеження в клінічного психолога, ознайомленого з проблематикою реабілітації.

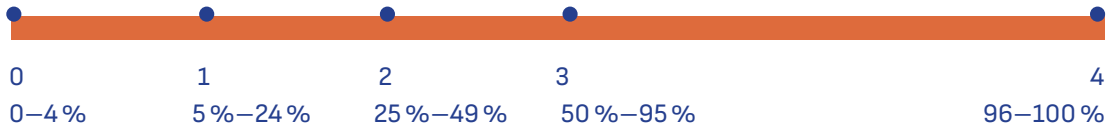
До складу реабілітаційної команди, окрім лікаря, також входять кваліфіковані фізичні терапевти, ерготерапевти, психологи, терапевти мови і мовлення, спеціальні педагоги, соціальні працівники, фахівці з протезування, медсестри й інші фахівці в залежності від типів захворювань, вирішенням яких опікується реабілітаційний центр.

Вкрай важливим завданням міждисциплінарної реабілітаційної команди є класифікація окремих порушень функцій та структур. МКФ спонукає всі заклади безпосередньо приділяти цьому питанню належну увагу, адже тільки тоді можна буде раціонально кількісно визначити та кваліфікувати програму реабілітації та її результати.

Важливо, щоб кожному домену було надано позначення відповідно до таких кваліфікаторів:

1	ВІДСУТНІ труднощі (немає, відсутні, незначні)	0–4 %
2	ЛЕГКІ труднощі	5–24 %
3	ПОМІРНІ труднощі	25–49 %
4	ВАЖКІ труднощі	50–95 %
5	АБСТОЛЮТНІ труднощі	96–100 %
8	Не уточнене	
9	Не застосовується	

Значення кваліфікатора 8 застосовується, наприклад, у тих випадках, коли фахівець потребує додаткового обстеження певної позиції. Значення кваліфікатора 9 вказується у разі, коли, наприклад, оцінюється спроможність чоловіка зачати дитину.



Використання кваліфікаторів окремих доменів є принциповою вимогою та значною перевагою МКФ. Шкала кваліфікаторів є такою самою й для компонента діяльності та участі.

Певні зміни наявні у четвертого компонента середовища, причому маються на увазі не зміни принципу. Оцінюються 4-рівневі бар'єри та 4-рівневі полегшуючі чинники середовища, де перед цифрою ставимо знак +.

Якщо оцінювання буде застосовано, це дасть можливість зафіксувати ступінь охоплення та поширення ситуацій, спричинених обмеженням життєдіяльності (disabling situations) при різних розладах здоров'я, а також їхні масштаби. МКФ зазначає, що людина є здоровою, перебуває у певному фізичному стані, але через певне обмеження життєдіяльності потрапляє в т. зв. «**disabling situation**». Дві особи з одним і тим самим захворюванням можуть мати різний ступінь функціонування, а дві особи з однаковим рівнем працездатності не обов'язково матимуть ті самі проблеми зі здоров'ям. При організації сучасного процесу реабілітації функціональне оцінювання є абсолютно необхідним. Передумовою його функціонування є порів-

няння базових даних у сфері реабілітації. У минулому було розроблено багато різних систем оцінювання, стандартизованих в різних соціальних групах, але вони не порівнювалися одна з одною. Деякі інструменти оцінювання ґрунтуються на найвищому числі як прояві найбільш важкого розладу, інші мають значну кількість ступенів шкали оцінювання і т. д.

Оцінювання другого та третього компонентів охоплює всі види діяльності, які людина може виконувати, і, перш за все, ті, які є важливими для цієї особи. Це види діяльності, які є частиною певної життєвої ситуації, важливої для конкретної особи.

ДІЯЛЬНІСТЬ ТА УЧАСТЬ

Розділ 1. Навчання та застосування знань.

Розділ 2. Загальні завдання та вимоги.

Розділ 3. Комунікація.

Розділ 4. Мобільність.

Розділ 5. Самообслуговування.

Розділ 6. Домашній побут.

Розділ 7. Міжособистісні взаємодії та стосунки.

Розділ 8. Основні сфери життя.

Розділ 9. Життя в спільноті, соціальне та громадське життя.

Другий та третій компоненти являють собою виключно реабілітаційну програму, яку забезпечує колектив фахівців. Передбачається існування реабілітаційного центру, заснованого на базі кожного достатньо великого медичного закладу, який має відповідну кількість ліжок для реабілітації, та зв'язок з подальшими реабілітаційними заходами, як-от: організації роботодавців, відповідний Центр зайнятості, регіональне соціальне й освітнє управління, громадські організації осіб з інвалідністю. До роботи залучаються й асоціації, що займаються суспільною проблематикою деяких захворювань або посттравматичного стану чи вроджених вад (Швесткова, Ангерова, Пфайфер, 2006).

На сьогодні стан реабілітації залишається ще досить хаотичним, і проблеми вирішуються не належним чином. Із вищезгаданих видів діяльності й участі очевидно, що йдеться про множинні порушення, причина яких полягає у стані здоров'я, а вирішення вимагає злагодженої координації багатьох інструментів реабілітації (Швесткова, Пфайфер, Ангерова, 2006), що безпосередньо пов'язані з педагогічними, трудовими, фінансовими та соціальними програмами, а в ширшому розумінні і з програмами політичними. Системне та організаційне рішення у ЧР відсутнє.

Дуже важливою є квантифікація, а також питання тяжкості інвалідності, що й пропонує вирішити МКФ.

Перш за все, необхідно забезпечити можливості створення та використання у кожній великій лікарні засобів для визначення кількості порушень та їхнього усунення і досягнення максимального ступеня функціонування. Мається на увазі тренування самостійності особи в тренувальних приміщеннях, що будуть моделлю квартири (тренувальні ванні кімнати та туалети, тренувальна кухня, їдальня та кімната відпочинку, що імітуватиме спальню). Також принаймні одне досить просторе приміщення для тихих ерготерапевтичних занять та приміщення для гучних занять, причому ці приміщення мають справді використовуватися протягом повного робочого дня. У всіх лікарнях ЧР вже є тренажерні зали, а у більшості — і належна фізична терапія. Вкрай необхідно створити кабінети психолога, ерготерапевта, терапевта мови і мовлення, спеціального педагога та соціального працівника. Соціальний працівник може працювати в якості кейс-менеджера в міждисциплінарній реабілітаційній команді, може співпрацювати з сім'єю і контактувати з пацієнтом за місцем його проживання, з центром зайнятості, роботодавцем, фахівцями соціального та освітнього управління. Тобто ці працівники вивчають чинники середовища і, разом з іншими членами міждисциплінарної команди, застосовують полегшуючі чинники домашніх умов таким чином, щоб якнайповніше оптимізувати результати набутих навичок пацієнтом з інвалідністю. Реабілітація вимагає достатньої кількості стаціонарних відділень і передбачає тісний зв'язок із низкою спеціалізованих закладів, які значною мірою використовують засоби реабілітації й іноді безпосередньо накладаються на реабілітацію. Сюди належать експертна медицина, трудова терапія (соціальна терапія), спортивна терапія, геріатрія, відділення терапії болю та м'язово-скелетних порушень. Принципово важливим є також серійне виробництво технічних допоміжних засобів (наприклад, компенсаторних). Деякі з цих засобів виготовляють для широкого вжитку, тому виникає необхідність індивідуальної адаптації, або ж конкретного замовлення на виробництво технічних засобів (ортезів, протезів, епітезів, ортопедичного взуття).

Оцінювання четвертого компонента фіксує суспільну точку зору. Це друга частина класифікації, що визначає середовище, у якому людина перебуває і де має подолати різні обмеження діяльності з метою найшвидшого повернення до соціуму (ВООЗ, 1994). Для потреб реабілітації компонент середовища розроблено найменшою мірою.

ЧИННИКИ СЕРЕДОВИЩА

Розділ 1. Вироби та технології.

Розділ 2. Природне середовище та спричинені людиною зміни в ньому.

Розділ 3. Підтримка та стосунки.

Розділ 4. Ставлення.

Розділ 5. Служби, системи, політика.

Чинники середовища мають певний кваліфікаційний додаток. База однакова, але при класифікаціях бар'єрів не використовується жоден знак, а при полегшуючих чинниках під час оцінювання використовується знак «+».

0	Відсутній бар'єр (немає, відсутній, незначний, ...)	0–4%
1	Легкий бар'єр (легкий, незначний, ...)	5–24 %
2	Помірний бар'єр (середній, значний, ...)	25–49 %
3	Важкий бар'єр (значний, інтенсивний, ...)	50–95 %
4	Абсолютний бар'єр (тотальний, ...)	96–100 %
+0	Відсутній полегшуючий чинник (немає, відсутній, незначний, ...)	0–4 %
+1	Легкий полегшуючий чинник (легкий, незначний, ...)	5–24%
+2	Помірний полегшуючий чинник (середній, значний, ...)	25–49%
+3	Важкий полегшуючий чинник (значний, інтенсивний, ...)	50–95%
+4	Абсолютний полегшуючий чинник (абсолютний, ...)	96–100%
8	Бар'єр, не уточнений	
+8	Полегшуючий чинник, не уточнений	
9	Не застосовується	

Усі центри реабілітації мають вести облік чинників середовища та здійснювати їхню кваліфікацію відповідно до МКФ. У цьому напрямку існує можливість активної співпраці з **групами** в межах організацій осіб з інвалідністю. Прикладом може бути Празький історико-архітектурний заповідник або Атлас доступності для людей з обмеженою рухливістю.

Особистісні чинники є основою життя людини і складаються з індивідуальних рис особи. Вони відображають вік, спосіб життя, звички, виховання, стиль поведінки, соціальну базу, освіту, професію, попередній та нинішній досвід; тобто все, що може відіграти певну роль в інвалід-

ності на будь-якому рівні. Необхідно вже з початку захворювання, після травми або вродженої вади задумуватися про досягнення максимально можливої якості життя (Європейське регіональне бюро, 1999).

■ *Застосування Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ) є обов'язковим.*

- Статистичне управління Чеської Республіки у співпраці з Міністерством охорони здоров'я Чеської Республіки впроваджує, із набуттям чинності з 1 липня 2010 року, класифікацію МКФ (згідно з пунктом 2 ст. 19 Закону № 89/1995 З. з. з поправками).
- Опубліковано в Збірнику Директив ЧР як Повідомлення ЧСУ № 431/2009 З. з., частина 137/2009 З. з.

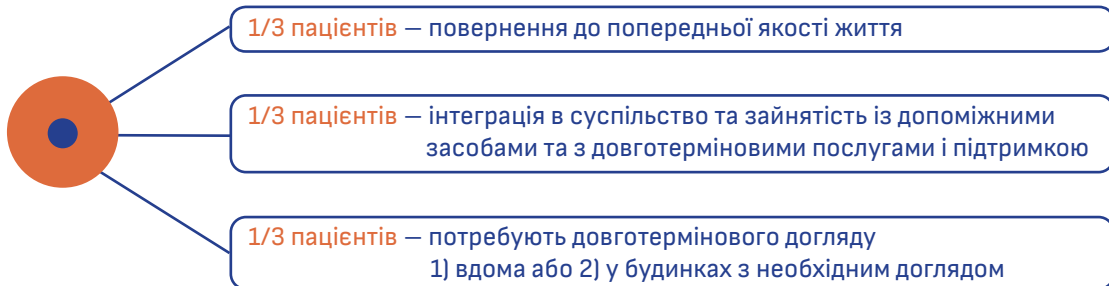
КЛАСИФІКАЦІЯ МКФ ПРИЗНАЧАЄТЬСЯ ДЛЯ:

- оцінювання ступеня інвалідності;
- оцінювання працездатності за станом здоров'я (якщо фізична особа є особою з інвалідністю);
- оцінювання спеціальних потреб у навчанні;
- призначення та оплати медичних засобів;
- завдань медичних страхових компаній;
- визначення стану здоров'я як основи для оцінювання у справі виплати допомоги та надання послуг соціального забезпечення;
- статистичних завдань при оцінюванні стану здоров'я.

Класифікація є обов'язковою. Нею має користуватися кожен персональний лікар або медичний заклад, якщо в пацієнта встановлено діагноз з певним ступенем інвалідності, що матиме довготерміновий або постійний характер.

У медичній документації та в епікризі при виписці з медичного закладу в усіх пацієнтів з інвалідністю вказують відповідні класифікаційні коди за класифікацією МКФ.

Пацієнтів з інвалідністю у разі, якщо для них забезпечено своєчасну, індивідуальну, довготермінову міждисциплінарну комплексну реабілітацію та якщо вони продовжуватимуть її до того часу, доки настане покращення (підтверджене стандартизованими функціональними методами), можна розділити на три групи:



ДО СКЛАДУ МІЖДИСЦИПЛІНАРНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ КОМАНДИ ВХОДЯТЬ ПРЕДСТАВНИКИ ТАКИХ ПРОФЕСІЙ:

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Лікарі • Психологи • Фізичні терапевти • Ерготерапевти • Терапевти мови і мовлення • Спеціальні педагоги • Соціальні працівники • Медсестри • Фахівці з протезування | <ul style="list-style-type: none"> • Лікарі-експерти • Біомедичні інженери • Сім'я, друзі |
|--|--|

Прикладами анкет якості життя, розроблених ВООЗ (Всесвітньою організацією охорони здоров'я) згідно з МКФ, є:

- **СТАНДАРТИЗОВАНА АНКЕТА SF-36** (short form measure of generic health status з 36 питаннями).
- **АНКЕТА WHO DAS II** (WHO disability assesment scale з 36 питаннями), проводиться у формі структурованого інтерв'ю.

Звісно, йдеться про суб'єктивне оцінювання пацієнта. Проводити його може будь-який член реабілітаційної команди, однак це має бути незацікавлена особа, яка з цим пацієнтом не працює. Соціальні працівники використовують у межах медико-соціальної експертизи анкету якості життя «WHO DAS II».

ЧЕСЬКІ ЗАКОНОДАВЧІ ДОКУМЕНТИ

1. Постанова про класифікацію інвалідності

Відповідно до політики МКФ, є чинною і має 3 ступені:

Постанова 359/2009 З. з. Про класифікацію інвалідності, чинна з 1.1.2010

1. ступінь 35–49 % 2. ступінь 50–69 % 3. ступінь 70–100 %

2. Національний план створення рівних можливостей для осіб з інвалідністю на період 2010-2014 рр.

Цей план було розроблено в Чеській Республіці згідно з Конвенцією ООН і затверджено постановою Уряду ЧР від 29 березня 2010 року № 253.

Розділ 11. Реабілітація відповідає буквальному перекладу статті 26. Абілітація та реабілітація Конвенції ООН.

3. Закон про працевлаштування № 435/2004 З. з.

У Розділі V зазначається, що існує взаємодія медичних закладів при визначенні стану здоров'я фізичних осіб ст. 9:

- 1) Медичні заклади зобов'язані на платній основі на підставі запиту Центрів зайнятості здійснити протягом 14 днів експертне оцінювання стану здоров'я фізичної особи.

Сума оплати регулюється переліком медичних втручань. На підставі цієї статті, Ергодіагностичні центри (за вимогою Центрів зайнятості) зусиллями мультидисциплінарної команди здійснюють оцінювання психосенсомоторного потенціалу (дотрудової реабілітації) пацієнта / клієнта щодо можливості працевлаштування або перекваліфікації. Соціальний працівник звертається до відповідного Центру зайнятості або ж безпосередньо до роботодавця. Центр зайнятості несе відповідальність за трудову реабілітацію. В пріоритеті є повернення клієнта на його колишню посаду на роботі, яку він обіймав перед хворобою чи травмою, або до того ж самого роботодавця на іншу посаду. Якщо це неможливо, то соцпрацівник намагається знайти для клієнта інші рівноцінні можливості залучення його на стандартному ринку праці.

У випадках, коли продуктивність клієнта недостатня для тої чи іншої посади, використовують можливості зайнятості з підтримкою або ж захищеної зайнятості.



4. Закон про комплексну реабілітацію

Робоча група при Міністерстві праці та соціальних справ, до якої залучені державні службовці Міністерства охорони здоров'я, Міністерства праці та соціальних справ і Міністерства освіти та спорту, фахівці зі сфери медицини, представники Центру зайнятості, педагоги, юристи, голова Національної ради людей з інвалідністю, керівник секретаріату та юридичний представник Урядового комітету з питань осіб з обмеженими можливостями, готує Закон про комплексну реабілітацію.

ЦЕЙ ЗАКОН МАЄ МІСТИТИ:

- права та обов'язки клієнтів та закладів;
- вступні умови та результати в реабілітації;
- систему та організацію реабілітації;
- взаємодію між компонентами реабілітації, такими як:
 - медицина;
 - соціальна реабілітація;
 - педагогічна реабілітація;
 - трудова реабілітація;
- фінансування.

ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ЗАКОНУ ПРО КОМПЛЕКСНУ РЕАБІЛІТАЦІЮ

1. СВОЄЧАСНІСТЬ

Своєчасний початок реабілітації у всіх сферах є основною передумовою успішного досягнення її мети та призводить до необхідної активізації та мотивації пацієнта з інвалідністю при вирішенні конкретної ситуації, соціальної інтеграції особи.

2. КОМПЛЕКСНІСТЬ, ПОВ'ЯЗАНІСТЬ ТА КООРДИНОВАНІСТЬ

Комплексність, пов'язаність та координованість — це основні атрибути ефективного функціонування системи реабілітації. Відсутність будь-якого з них може призвести до втрати функціональності системи та до незаздання фінансових витрат, або навіть до їхнього значного перевищення.

3. ДОСТУПНІСТЬ

Необхідно забезпечити якомога ширшу доступність знань про реабілітацію й наблизити опосередковане надання інформації особам, що її потребують.

4. ІНДИВІДУАЛЬНИЙ ПІДХІД

Проведення реабілітації має відповідати конкретним умовам і потребам особи з порушенням стану здоров'я, що підкреслює бажану адресність запропонованої системи.

5. МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНЕ ОЦІНЮВАННЯ

В обґрунтованих випадках індивідуальний підхід, зокрема до осіб із більш важкою інвалідністю, має ґрунтуватися на результатах мультидисциплінарного оцінювання, яке є основою для визначення відповідних засобів реабілітації.

2. ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНИЙ ПРОЦЕС

Цей розділ базується на наукових працях автора М. Кривошікової.

Основні етапи ерготерапевтичного процесу (Кривошікова, 2011):

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

ЗНАЙОМСТВО — встановлення першого контакту з клієнтом, розмова з клієнтом, початок відносин на рівні клієнт — терапевт. Ерготерапевт інформує пацієнта про сферу діяльності спеціальності. На цьому етапі ерготерапевт отримує базову інформацію про пацієнта (з документації, від інших фахівців, попередніх обстежень лікарів), приймає рішення про подальше обстеження пацієнта (Кривошікова, 2011).

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

ОЦІНЮВАННЯ — на підставі обстежень, коли терапевт проводить базове первинне обстеження. Виявляє проблемні сфери, здібності та можливості пацієнта (сімейні обставини, друзі, соціальна ситуація) (Кривошікова, 2011). Цей етап є основою для подальшого втручання, допомагає визначити конкретні завдання й очікувані результати втручання, обрати правильну послідовність дій та методи (Creek, 1997).

Мета: Зібрати якомога більше необхідної інформації про пацієнта.

ПЛАН — це послідовність запланованих методів втручання, коли на підставі оцінювання терапевт зважає та вирішує, які методи, техніки та засоби використовуватиме для виконання

поставлених завдань. Терапевт визначає очікувану зміну, яку він хоче досягти разом з пацієнтом. Виявивши проблемні сфери пацієнта, проаналізувавши поведінку й активність впродовж занять, з'ясувавши очікування пацієнта, ерготерапевт визначає короткотермінові та довготермінові завдання та плани (Кривошікова, 2011). Пацієнт бере участь у розробці плану, також можуть бути залучені близькі особи чи інші члени команди.

Завдання мають бути конкретними, наприклад, жінка з агорафобією наприкінці втручання буде здатна піти на закупи і завершити їх без панічної атаки (Creek, 1997).

ВТРУЧАННЯ — в залежності від завдань, які прагне реалізувати пацієнт, втручання складається з 3 етапів: формулювання плану, власне втручання й оцінювання його успішності. Терапевтичний план потім реалізовується на практиці, контролюється, й, за необхідності, коригується. Ерготерапевт веде записи про перебіг втручання, регулярно оцінює і фіксує зміни стану пацієнта.

Це оцінювання використовується для визначення успішності втручання, а також слугує основою для встановлення нових короткотермінових завдань.

ВИПСКА — оцінювання результатів та завершення терапії. Відбувається оцінювання ефективності втручання в залежності від попередніх тестів (початкові / регулярні / заключні) і рекомендованих подальших дій — інструктаж для пацієнта та його сім'ї, або ж може бути рекомендовано продовження терапії (Кривошікова, 2011).

3. ФУНКЦІОНАЛЬНЕ ОЦІНЮВАННЯ ТА ОБСТЕЖЕННЯ ЕРГОТЕРАПЕВТА

Для ерготерапії проведення належного функціонального оцінювання є принципово важливим через необхідність призначення ефективного втручання та всього плану ерготерапії, коротко-термінового та довготермінового. Ерготерапевт проводить втручання на підставі ерготерапевтичного оцінювання. Для того, щоб отримати комплексний погляд на оцінювання та комплексне обстеження, рекомендується ознайомитися з інформацією у розділі «Оцінювання в ерготерапії» у книзі Марії Кривошікової «Вступ до ерготерапії», початок на стор. 161 — 266. Саме тут наведено причини, чому так важливо провести оцінювання перед призначенням терапії.

- Проведення якісного ерготерапевтичного обстеження.
- Визначення індивідуальних потреб пацієнта.
- Ефективне визначення короткотермінових ерготерапевтичних планів і завдань.
- Порівняння даних з об'єктивного оцінювання та суб'єктивного погляду пацієнта і терапевта.
- Постійний контроль ефективності втручання.

Проведене оцінювання може бути:

- **ПОЧАТКОВЕ**, коли ерготерапевт отримує базову інформацію про функціональний стан пацієнта / клієнта для визначення ефективних ерготерапевтичних завдань і планів; також отримує інформацію про сімейні обставини, соціальну ситуацію, про поточний стан здоров'я пацієнта.
- **РЕГУЛЯРНЕ**, коли ерготерапевт з'ясовує поточний стан здоров'я пацієнта / клієнта і порівнює його з попередніми результатами оцінювання, щоб визначити, чи встановлена ерготерапевтична мета є ефективною, з'ясувати, чи настала зміна стану пацієнта.
- **ЗАКЛЮЧНЕ**, що допомагає визначити ефективність всієї терапії від її початку в даному закладі.
- **КОНТРОЛЬНЕ**, яке використовується для контролю подальшого перебігу змін у пацієнта / клієнта.

На практиці може використовуватися стандартизоване об'єктивне оцінювання та нестандартизоване суб'єктивне оцінювання. Якість проведеного оцінювання обумовлена обстеженням, можливістю зібрати інформацію про пацієнта / клієнта, про його функціональний стан і про поточну ситуацію в цілому. Ерготерапевт проводить обстеження шляхом збору анамнезу (розмова), спостереження, пальпації (Кривошікова, 2011).

4. АНАМНЕЗ (РОЗМОВА)

Додаткову інформацію до цього розділу можна також знайти у книзі «Ерготерапія» авторів Яни Єлінкової, Марії Кривошікової та Людмили Шайтарової на стор. 145–147.

Анамнез походить від грецького слова й означає «згадування». Найчастіше його отримують під час розмови з пацієнтом, за винятком випадків, коли до співпраці залучається сім'я; джерелом інформації може слугувати також документація пацієнта. Перш за все, ерготерапевт зосереджується на зборі відомостей про поточний стан здоров'я, про захворювання та час виникнення захворювання (**поточне захворювання**), захворювання членів сім'ї (**сімейний анамнез**), отримання необхідних соціальних виплат, пільг і пенсії по інвалідності, де і з ким пацієнт живе, які у нього сімейні відносини і т. п. (**соціальний анамнез**), де пацієнт живе, на якому поверсі, які бар'єри існують у квартирі (**житлова ситуація**), трудовий і шкільний анамнез. Важливою та невід'ємною частиною є виявлення **інтересів та розпорядку дня** пацієнта (до та після захворювання або травмування). Спеціальна частина — коли в якості інструмента оцінювання використовують розмову разом із спостереженням — це частина, зосереджена на активності повсякденного життя, на обстеженні постурального контролю, дрібної та великої функціональної моторики верхніх кінцівок, мобільності пацієнта, когнітивних функцій пацієнта, чутливості, сенсорного сприйняття. При першому контакті з пацієнтом терапевт не має забувати про приємну посмішку та правила етикету (привітання, рукостискання). Терапевту також необхідно представити себе та свою професію. Під час контакту з пацієнтом дуже важливо звертатися до нього шанобливо (не забувати про академічні титули), запитати, як пацієнт бажає, щоб до нього зверталися. Терапевт має брати до уваги завдання, яких бажає досягти, власне, сам пацієнт.

В цілому розмову можна характеризувати як взаємодію людини з людиною за допомогою питань і відповідей, де передбачається активна участь двох і більше людей.

ПЕРЕВАГИ:

- отримання необхідної інформації;
- пряма взаємодія з пацієнтом, з родичами тощо.

НЕДОЛІКИ:

- приховування інформації пацієнтом / клієнтом (або ж його сім'єю);
- у разі інформаційного перевантаження — можлива втрата важливої інформації;
- вплив терапевта на розмову (завжди).

ЗАВДАННЯ

- слугує інформаційним інструментом;
- виявлення думок, поглядів і суджень пацієнта / клієнта;
- розуміння історії, життєвої ситуації, досвіду;
- розмова стосується подій минулих і майбутніх (анамнезу та прогнозів).

Розмову можна класифікувати за кількома аспектами.

За структурою Ференчік поділяє розмови на:

СТРУКТУРОВАНІ

питання терапевта мають точно визначену послідовність. Структура питання є чітко сформульованою.

НАПІВСТРУКТУРОВАНІ

заздалегідь визначені деякі питання, заздалегідь визначені тематичні кола, які потребують відповідей. Питання в розмові цього типу поділяють на первинні та вторинні. Зберігати послідовність питань та їх структуру необов'язково.

НЕСТРУКТУРОВАНІ

вільна розмова, терапевт використовує випадкові запитання, що не були заздалегідь визначені.

У залежності від типу подальшого спілкування розрізняють розмови:

- формальні;
- неформальні;
- консультативні;
- ділові;
- терапевтичні;
- дослідницькі.

За способом поставлених питань розмови є:

ПРЯМІ

терапевт ставить питання безпосередньо про проблемну сферу.

НЕПРЯМІ

терапевт ставить непрямі питання про проблемну сферу.

ПЕРЕБІГ РОЗМОВ МАЄ КІЛЬКА ЕТАПІВ:

ПІДГОТОВКА

У кожній розмові ставляться певні вимоги до підготовки. Необхідно спочатку усвідомити, з ким вестимуть розмову, в якому місці її буде проведено; потрібно попередньо визначити тему, також чітко обумовити час на ведення розмови. Конче необхідно, щоб терапевт підготував способи проведення розмови та здійснював її запис.

ВСТУПНА ЧАСТИНА

На цьому етапі слід спочатку створити відповідну атмосферу, коли терапевт вітає пацієнта / клієнта, знайомиться з ним, пояснює причину зустрічі та інформує його про те, що відбуватиметься (до цього етапу належить також питання, чи пацієнт / клієнт ознайомлений з галуззю ерготерапії та, у разі необхідності, пояснення суті цієї професії).

ОСНОВНА ЧАСТИНА РОЗМОВИ

Терапевт з'ясовує інформацію про суть проблеми пацієнта. Цей етап терапевт починає з простих питань, які поступово ускладнює («Чи не могли б ви для початку розповісти мені, звідки ви родом?»).

ЗАКЛЮЧНА ЧАСТИНА

Узагальнення отриманої інформації.

ВИСНОВОК, ОЦІНЮВАННЯ

Терапевт аналізує отриману інформацію, проводить оцінювання та підсумовує рекомендації, необхідні для його подальшого втручання, або визначає ерготерапевтичні завдання і план, або ж додає інші засоби оцінювання.

ТИПИ ПИТАНЬ ПРОТЯГОМ ОБСТЕЖЕННЯ ТА РОЗМОВИ:

ВІДКРИТІ

Не обмежують можливість відповіді пацієнта.

«Як би ви охарактеризували свій теперішній стан порівняно з минулорічним?»

ЗАКРИТІ

Пацієнт може вибрати один з варіантів відповіді, заздалегідь підготовлених та запропонованих, а терапевт таким чином отримає більше інформації за менший час. Цей тип запитання дозволяє усунути неконтрольований потік мовлення занадто балакучих пацієнтів.

«Ви згодні чи не згодні з тим, щоб члени вашої сім'ї брали участь у ваших візитах до нашого закладу?»

ВИБІР ПИТАНЬ

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

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

ПОМИЛКИ ПІД ЧАС РОЗМОВИ

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

«...у вас же іноді поболює шлунок?»

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

«Ви не думаєте, що сучасна молодь є дійсно нестерпною?»

Якщо терапевт формулює питання занадто широко (загально про все та ні про що конкретне), пацієнт губиться й не знає, про що терапевт запитує, і тому не здатний відповісти. Занадто балакучий ерготерапевт може обмежувати пацієнта у спілкуванні. Іноді буває, що на практиці терапевт зустрінеється із занадто говірким пацієнтом. Під час розмови з пацієнтом терапевт не має висловлювати жодних оцінок або суджень, а навпаки, має прислухатися до пацієнта, спостерігати за ним та сприймати його.

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

5. СПОСТЕРЕЖЕНИЯ

СПОСТЕРЕЖЕННЯ Є ДЛЯ ЛЮДИНИ ПРИРОДНИМ СПОСОБОМ ЗБОРУ ІНФОРМАЦІЇ. ЙОГО МОЖНА ОПИСАТИ ЯК:

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

ПЕРЕД ПОЧАТКОМ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ТЕРАПЕВТУ СЛІД УСВІДОМИТИ І ВИКОНАТИ ТАКІ КРОКИ:

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

ПЕРЕВАГИ СПОСТЕРЕЖЕННЯ

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

НЕДОЛІКИ СПОСТЕРЕЖЕННЯ

- Поведінка людини не обов'язково виражає емоційний стан (терапевт бачить радість, але всередині пацієнт може відчувати смуток).
- У процесі можуть відігравати роль культурні аспекти (залишається відкритим питання: чи відомі вони терапевтові).
- Існує ймовірність хибної інтерпретації інформації.
- Зосередженість терапевта може бути порушена (втома, відволікання).

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

СПОСТЕРЕЖЕННЯ МОЖНА РОЗДІЛИТИ ТАКИМ ЧИНОМ:



ІНТРОСПЕКЦІЯ — це суб'єктивний метод, який полягає у пізнанні самого себе та власних переживань, наприклад, ведення щоденника (використовується в ерготерапії, психотерапії).



ЕКСТРОСПЕКЦІЯ — не стовідсотково об'єктивна (якщо одна з подій інтерпретується кількома особами, рівень об'єктивності зростає). Йдеться про спостереження іншої людини (і кількох осіб).

Може бути:

- *індивідуальним* — терапевт глибше поринає у приватне життя особи, за якою він спостерігає; може з'ясовувати інтимну інформацію, наприклад, користування туалетом;
- *груповим* — пацієнт має вільнішу поведінку;
- *короткочасним*;
- *довготерміновим*;
- *випадковим* — об'єкт випадково зацікавить;
- *систематичним* — цілеспрямовано обрана, наприклад, професійна діяльність;
- *частковим* — зосереджується на певній частині активності, процесу тощо;
- *завданнясним* — зосереджується на цілому, комплексності;
- *прямим* — терапевт знаходиться в контакт з об'єктом;
- *непрямим* — мається на увазі «приховане» спостереження.

ЗА МЕТОДАМИ МОЖНА РОЗДІЛИТИ СПОСТЕРЕЖЕННЯ НА КІЛЬКА ТИПІВ:

ІЗОМОРФНИЙ ОПИС (РОЗПОВІДЬ)

Це відкритий метод спостереження, де переважає розповідний спосіб (форма оповідання). Це хронологічний опис окремих подій, містить багато даних. За такого типу спостереження

терапевт не інтерпретує, а тільки передає комплексну отриману інформацію. Значною мірою це залежить від рівня навичок мовлення спостерігача.

ПЕРІОДИЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Метод розподілу спостереження на певні відрізки часу, коли терапевт спостерігає за видами активності на заняттях протягом певного періоду часу.

ВИБІРКОВЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Означає спостереження за активністю на заняттях у певні проміжки часу. Терапевт бере участь у діях, але, перш за все, має обрати комплексну дію, за якою він спостерігатиме.

ЕТАПИ СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Першим кроком є **підготовка**: терапевт зобов'язаний чітко знати, за ким він спостерігатиме, в якому середовищі (де), які складові нагляду в пріоритеті (що), у який спосіб, наскільки значною буде його власна участь у самому процесі (активне чи пасивне залучення), чи це буде група, чи окрема особа (групове чи індивідуальне спостереження), скільки часу триватиме спостереження, якою буде форма запису (підготовка бланка для фіксації результатів, камера).

Потім проводиться власне спостереження, яке включає в себе запис, фіксацію даних, іноді непомітність (чи має пацієнт завжди знати, що терапевт за ним спостерігає?).

Наприкінці здійснюється аналіз інформації, максимально правильне її тлумачення та формулювання висновку.

ПОМИЛКИ ПРОТЯГОМ ПРОЦЕСУ СПОСТЕРЕЖЕННЯ

- Недостатня кількість часу для спостереження за поведінкою.
- Відволікаючі чинники не дозволяють терапевтові зосередитися, він може не помітити деякі аспекти (телефонний дзвінок, рух інших людей).
- Зайве коментування ситуації («я так і знав»).
- Погане планування заняття (зосередження на всьому та ні на чому зокрема).
- Обережність при знайомстві: перше враження — не завжди правильне.
- Помилкове чи упереджене тлумачення отриманої інформації.

5.1. СТАНДАРТИЗОВАНІ ТЕСТИ, МЕТОДИ Й ІНСТРУМЕНТИ

Методи й інструменти тестування допомагають досягти об'єктивного визначення функціонального стану пацієнта, а в ідеальному випадку вони доповнюють нестандартизоване оцінювання терапевта.

Раніше ерготерапевти розробляли тести самостійно (Пфайфер, 1998). Тести не були стандартизовані та слугували лише для потреб конкретного закладу. Однак сьогодні, під час функціонального обстеження руки, нерідко використовується оцінювання її результатів на підставі різних батарей, тестів або ж біомеханічних оцінок (Хлумецька, Йерсакова, 2005). Часто йдеться про стандартизовані закордонні тести, проблемою яких є стандартизація та адаптація їх для чеського населення. Стандартизовані тести характеризуються єдиним підходом при наданні інструкцій, оцінюванні та інтерпретації результатів. Вони розроблені таким чином, щоб можна було порівнювати результати особи з результатами населення. Під час проведення таких тестів можна говорити про валідність (адекватність тесту, перевірену на практиці — тест вимірює саме те, що має вимірювати), надійність (метод є надійним, якщо при його застосуванні незалежні оцінювачі досягають однакових результатів, а повторне застосування тієї ж техніки за тих самих умов призводить до однакових результатів) та об'єктивність (виключення суб'єктивного оцінювання).

Стандартизовані тести мають задовільняти методологічні вимоги та відповідати деяким умовам стосовно якості, які потім визначають їхні властивості.

Основними властивостями стандартизованих тестів є: стандартизація, об'єктивність, надійність і валідність.

СТАНДАРТИЗАЦІЯ

означає, що до тесту поставлено вимоги єдиного підходу при наданні інструкцій, оцінюванні й інтерпретації результатів. Таким чином, тест визначає, які вказівки має давати адміністратор та яким способом, як оцінювати й інтерпретувати результати тесту (Ферйенчік, 2000).

Термін стандартизація охоплює встановлення надійності, валідності, визначення стандартів і перевірку ефективності окремих частин тесту. У більш вузькому сенсі слова цей термін найчастіше застосовується по відношенню до визначення норм тесту, т. зв. нормалізації.

НОРМАЛІЗАЦІЯ

означає порівняння результатів окремої людини з нормами, отриманими шляхом обстеження великої репрезентативної вибірки осіб. Стандартизований тест розроблено із забезпеченням можливості порівняння результатів особи з результатами популяції, до якої ця особа належить. Стандартні норми є показниками щодо позиції особи по відношенню до репрезентативної вибірки осіб (Свобода, 1992).

ОБ'ЄКТИВНІСТЬ

означає, що особа, яка надає й оцінює тест, не має можливості впливати на результати тесту. Інструкції й умови тестування однакові для всіх обстежуваних. Оцінювання результатів завжди має бути єдиним. Найбільш відповідним способом ця вимога виконується тестами, результати яких можна виміряти в об'єктивних одиницях (наприклад, кількість помилок за одиницю часу). Найбільш об'єктивними є ті тести, що не потребують для оцінювання втручання людини (наприклад, за допомогою технічного обладнання). Об'єктивність фактично доведена ще й тим, що обстежувана особа не має можливості навмисно підтасувати результати (Свобода, 1992).

НАДІЙНІСТЬ

означає, що тест достоту вимірює саме те, що має вимірювати. Надійність включає в себе кілька понять, як-от: стабільність у часі, еквівалентність та внутрішня консистентність. Стабільність у часі визначає рівень відповідності показників, отриманих у результаті цього ж тесту через певний проміжок часу. Тривалість проміжку часу може бути різною. Це так звана «test-retest» надійність (ретестова надійність).

ЕКВІВАЛЕНТНІСТЬ

встановлюється за допомогою методу паралельних тестів, причому створюються різні версії тесту. Результати таких різних версій отримуються безпосередньо один за одним або через короткий проміжок часу, їх корелюють й отримують коефіцієнт еквівалентності. Внутрішня узгодженість тесту визначається ступенем однорідності окремих його частин. Для визначення внутрішньої узгодженості тесту варто здійснити кореляцію окремих позицій, які розділені на дві половини (т. зв. метод поділу навпіл). Висока внутрішня узгодженість вимагається не для всіх тестів. Варіанти тестів, які визначають загальні риси дослідження, мають бути більш важеними, тому окремі частини тесту мають відрізнятися (Свобода, 1992).

ВАЛІДНІСТЬ

це поняття, під яким розуміють дійсність тесту, тобто визначення його практичної застосованості. Валідність показує, чи тест справді вимірює те, що має вимірювати. Визначається кореляція між тестом та зовнішнім критерієм (Свобода, 1992).

Найбільш поширеними та найчастіше використовуваними в чеській ерготерапії є стандартизовані тести для оцінювання дрібної та великої моторики, тести для оцінювання активності повсякденного життя та для оцінювання когнітивних функцій.

6. ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНЕ ОЦІНЮВАННЯ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНЕ ОБСТЕЖЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОШКОДЖЕНЬ РІЗНОГО ТИПУ (ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЇ)

6.1. ОЦІНЮВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ТОЧКИ ЗОРУ БІОМЕХАНІЧНОГО ПІДХОДУ

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

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

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

6.2. ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНЕ ОЦІНЮВАННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ НЕВРОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

Цей розділ розроблено переважно на основі лекцій Марії Кривошікової, M.Sc, для дистанційного навчання, яке проходить на 1-му медичному факультеті Карлового університету в Празі з предмета «Ерготерапія — нейророзвиваючі підходи».

До комплексного оцінювання належить не тільки оцінювання великої та дрібної моторики, функціональної моторики верхніх кінцівок, але й оцінювання чутливості, тону м'язів та балансу. Усім вищезгаданим поняттям буде присвячено відповідні розділи. Тому ці оцінювання згадуються побіжно. Частиною ерготерапевтичного функціонального оцінювання є оцінювання самостійності й активності повсякденного життя (ADL).

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

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

6.2.1. ОЦІНЮВАННЯ ВЕЛИКОЇ МОТОРИКИ

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

МОБІЛЬНІСТЬ

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

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

ПЕРЕНЕСЕННЯ ВАГИ

оцінюється у пацієнта в різних положеннях тіла: сидючи та стоячи.

ВЕЛИКА МОТОРИКА ВЕРХНІХ КІНЦІВОК

ерготерапевт виявляє, як пацієнт реагує на розміщення — *англ.* «placing» — верхніх кінцівок, тобто на здатність пацієнта нормально реагувати на пасивний рух, який виконує терапевт. Здатність розміщення є першою передумовою для успішного освоєння контролю кожної фази довільного руху. Обстеження плечового суглоба відбувається в різних положеннях тіла, коли терапевт відстежує компенсаторні рухи тулуба, наприклад, при простяганні руки за предметом, при перенесенні предмета з одного місця на інше. Частим є неправильне положення плечового суглоба в ретракції та внутрішній ротації. Потім якісно оцінюється плавність виконання руху та загальна координація верхніх кінцівок.

АМПЛІТУДА РУХУ

яку терапевт оцінює в окремих суглобах пацієнта. Для оцінювання амплітуди руху лікар використовує гоніометрію, а також виконує оцінювання сили м'язів, тонусу м'язів, координації та мимовільних рухів.

У гоніометрії у градусах визначається положення суглоба або амплітуда рухів, яких можна досягти за певних умов (пасивний, активний рух). Вимірювання окремих суглобів здійснюється у точно визначених положеннях. Позиція окремих суглобів в нейтральному положенні позначається нулем, а від цього нуля відміряються градуси кутів.

Для вимірювання використовуються гоніометри, виготовлені з різних матеріалів (метал, пластик). Це може бути важільний гоніометр або ж пальцевий, який використовується для вимірювання малих суглобів кисті. Встановлені значення записуються в бланк у градусах. При загальному оцінюванні амплітуди руху терапевт може записати також можливі причини обмеження амплітуди суглоба — біль, контрактури, деформація суглобів.

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

ОБСТЕЖЕННЯ СИЛИ М'ЯЗІВ

нерідко є частиною оцінювання амплітуди руху. Адекватна м'язова сила вимагає також адекватної активної амплітуди рухів. При обстеженні терапевт має завжди порівнювати обидві сторони

тіла (наприклад, праву та ліву верхні кінцівки). Вимірювання відбувається за шкалою 0 — 5 (Янда, 1996).

ТЕХНІЧНІ ЗАСОБИ ДЛЯ ВИМІРЮВАННЯ СИЛИ М'ЯЗІВ



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. Порушення координації називають атаксією. З патологічної картини порушень координації найбільш частим є т. зв. «переліт» — гіперметрична координація.

Оцінювання координації:

- терапевт інструктує пацієнта, як цілеспрямовано виконувати такі рухи:
 - Пальце-носова проба: Пацієнт сидить із заплющеними очима та відведеними руками і намагається вказівним пальцем доторкнутися до кінчика свого носа. Здатний чітко зупинитися безпосередньо на кінчику носа.
 - Інші можливості обстеження: тест палець — протилежне вуха, спроба вхопити склянку або ручку тощо.



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

ІНШІ СФЕРИ ОБСТЕЖЕННЯ

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

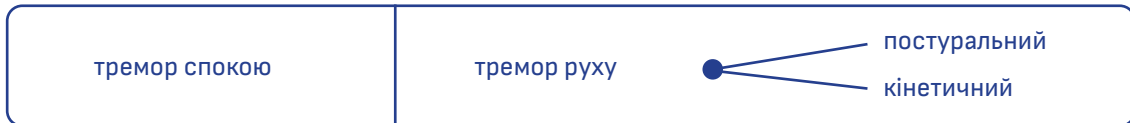


ФАСЦИКУЛЯЦІЯ — це короткочасне скорочення окремих м'язових волокон, яке створює враження неспокою на поверхні уражених м'язових груп. Може бути зафіксоване візуально та пальпаторно. Це прояв ураження верхнього мотонейрона передніх рогів спинного мозку у відповідній ділянці, а також пошкодження периферійного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



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

Класифікація тремору:



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

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

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



ДИСКІНЕЗІЯ — це мимовільні рухи, які порушують здійснення вільного руху. Найчастіше виникає у пацієнтів з хореєю, атетозом та балізмом.



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



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



БАЛІЗМ характеризується рухами, що нагадують розмахи або кидання, із залученням проксимальних груп м'язів.



ДИСТОНІЯ — це зміни м'язового тону в певних ділянках тіла (локалізовані) або генералізовані, які призводять до патологічних положень, зокрема, пов'язаних з обертанням частин тіла.

6.2.2. ОЦІНЮВАННЯ ДРІБНОЇ МОТОРИКИ

Цей розділ розроблено переважно на основі лекцій Марії Кривошікової, М.Sc для дистанційного навчання, які проходять на 1-му медичному факультеті Карлового університету в Празі з предмета «Ерготерапія — нейророзвиваючі підходи».

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

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

Потім оцінюється функціональне хапання (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).

Для оцінювання дрібної моторики можна використовувати й стандартизовані тести, деякі з них наведені далі за текстом.

КООРДИНАЦІЯ

У цьому пункті терапевт враховує, чи рухи є точними, цілеспрямованими, наскільки вони своєчасні. Деякі завдання спрямовані на перевірку швидкості та точності. У них вимірюється час, а результат початкового оцінювання можна порівняти з іншими результатами, отриманими протягом ерготерапевтичного втручання. Необхідно стежити за тим, наскільки підвищена швидкість впливає на загальну якість руху, та що змінюється у разі обмеження можливості зорового контролю.

Ерготерапевту не слід забувати про білатеральні дії, коли пацієнт використовує обидві руки одразу. 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.

Верхня кінцівка виконує 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).

6.2.2.1. ОЦІНЮВАННЯ ХАПАННЯ

Цей розділ розроблено переважно на основі лекцій Марії Кривошікової, M.Sc, для дистанційного навчання, які проходять на 1-му медичному факультеті Карлового університету в Празі з предмета «Ерготерапія — нейророзвиваючі підходи».

До обмежень, 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 хапання 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 **хапання** — простягання, хапання, маніпуляція предметами, а також **завдання** як таке.

Виконання хапання 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 хапання. Важливим є те, з яким предметом працюємо, які пацієнт має навчені патерни руху та які вимоги ставляться до результатів пацієнта:

ПРЕДМЕТ

розмір, вага, форма, матеріал, розташування в просторі, кількість предметів.

ПАТЕРНИ РУХУ

прості, повторювані, послідовності різних дій.

ВИМОГИ ДО РЕЗУЛЬТАТУ

простір, мета, час, швидкість, ритм, адаптація, витривалість, фізичне середовище.

КЛАСИФІКАЦІЯ ХАПАННЯ:

- **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 ХАПАННЯ

поділяються на хапання **двопальцеві** (*англ. bidigital*), **багатопальцеві** (*англ. pluridigital*) та **долонні**.

ДВОПАЛЬЦЕВІ ХАПАННЯ

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

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

ДИНАМІЧНІ ХАПАННЯ

можуть бути простими (приміром, із запальничкою) або складними (наприклад, з фруктову 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).

СТАДІЇ РОЗВИТКУ ХАПАННЯ

Для того, щоб мати можливість якісно оцінити хапання, терапевт має знати стадії розвитку хапання в дитини.

У неонатальному періоді створюються передумови для наближення до предметів, що знаходяться перед дитиною. Рух є неточним і зберігається флективне положення. При згинанні плечового суглоба пальці знаходяться у зігнутому положенні. У цей період (2–3 місяці від народження) відбувається розвиток зорово-рухової координації. Одночасно покращується контроль над м'язами шиї.

У віці 4-х місяців можна спостерігати стабільність тулуба, яка важлива для розвитку функціонального хапання.

Період 5-го місяця характерний домінантним зоровим контролем під час хапання.

У 9–10 місяців дитина вже виконує перші дрібні хапання (пінцетне хапання). Відбувається подальший розвиток пірамідного шляху.

Стрімкий розвиток навички хапання відбувається у віці від 8 до 9 років і у віці від 16 до 17 років, тоді настає його уповільнення. Подальше уповільнення спостерігається у літніх людей, що мають проблеми на стадії наближення при виконанні складних завдань. По-перше, тут існує деяка невпевненість у точності руху, а по-друге, нездатність інтегрувати простий рух у більш складний комплекс у робочій пам'яті.

У дорослої здорової людини хапання має кілька стадій:

Ерготерапевт має знати окремі стадії акту хапання, а також він має вміти оцінити й проаналізувати, яку зі стадій хапання порушено.

Стадії хапання:

- наближення;
- хапання — розкриття;
- стискання;
- тримання;
- випускання;
- віддалення.

Для стадій наближення та захоплення (тримання) у першу чергу важливий 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 вже на початку 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

як активація зору, голови та тільки після цього верхньої кінцівки. При цьому реакція м'язів є синхронною.

НАБЛИЖЕННЯ ТА ХАПАННЯ (ТРИМАННЯ)

це дві різні стадії функціонального хапання, що контролюються різними нервовими механізмами. Тому під час втручання ці стадії не можна тренувати одночасно.

СПРИЙНЯТТЯ ПАЦІЄНТА

є критичним для виконання функціонального хапання. Спочатку пацієнт сприймає характеристики предмета, який він має вхопити, заздалегідь програмуючи дії.

ВІЗУАЛЬНА ТА СОМАТОСЕНСОРНА ІНФОРМАЦІЯ

використовується на всіх стадіях хапання. Тому під час втручання дозавданню використовувати підходи, коли пацієнт має очі розплющені та заплющені. Під час зорового контролю пацієнт очікує на те, що має відчувати. Таким чином, зоровий контроль — очікування того, що відчуваєш.

6.2.2.2. ПОРУШЕННЯ ХАПАННЯ

Цей розділ розроблено переважно на основі лекцій Марії Кривошікової, M.Sc, для дистанційного навчання, які проходять на 1-му медичному факультеті Карлового університету в Празі з предмета «Ерготерапія — нейророзвиваючі підходи».

Порушення хапання найчастіше спостерігаємо у пацієнтів з ураженням нервової системи. Через велику кількість можливостей взаємодії на рівні центральної нервової системи на окремих стадіях хапання є необхідним комплексний терапевтичний огляд.

У процесі хапання мають бути виконані три умови. Пацієнт має мати можливість знаходити положення предмета у просторі, зорова система має функціонувати у адекватний спосіб, а останньою умовою є здатність пацієнта утримувати увагу.

Під час аналізу першої умови процесу хапання — орієнтації на завдання — терапевт має брати до уваги можливі порушення зорових шляхів або зорової моторики; порушення вестибулярної системи (перш за все, вестибуло-окулярного рефлексу), яка забезпечує рухи очей у протилежний бік від рухів голови. Також проблеми з наближенням можуть виникати через нездатність пристосувати вестибуло-окулярний рефлекс до зміни складності хапання (наприклад, при пошкодженні мозочка).

Інші порушення хапання можуть бути пов'язані з порушенням зорової системи, що впливає на моторику. Це важливо для адекватної зорово-рухової координації.

Також можливе порушення координації. Типовою є потреба у збільшенні кількості часу для виконання завдання, у якому враховується час.

Сенсорні розлади є важливим предиктором одужання і мають вплив на хапання та силу стискання.

Оцінювання зорово-рухової координації виконується спочатку в сидячому положенні. Голову пацієнта зафіксовано. Пацієнтові пропонується локалізувати та фіксувати об'єкт. Предмет спочатку знаходиться непорушно на місці, а потім рухається. У наступній частині оцінювання голова рухається, а пацієнт локалізує та фіксує об'єкт.

Терапевт спостерігає за рухами голова – тулуб, після чого оцінює рухи в іншому положенні пацієнта під час обстеження, тобто замість сидячи, оцінює пацієнта у положенні стоячи та під час ходьби.

При здійсненні оцінювання хапання під час руху пацієнта потрібно фіксувати розмір, вагу або матеріал предмета. Терапевт оцінює хапання у середовищах різного типу, з різними варіантами робочої поверхні та розташування предметів. Терапевт відстежує шлях наближення; звички, які пацієнт має у хапанні; швидкість, з якою він наближається до предмета; положення, у якому перебувають пальці, зокрема великий палець, а також тулуб.

На виконання хапання має вплив розподіл й обробка інформації в півкулях мозку.

Права півкуля обробляє візуальний зворотний зв'язок для адаптації руху. Це впливає на націлювання руху, висуває підвищені вимоги до точності. Завданням лівої півкулі є моторне програмування, тобто розрахунок часу, послідовність кроків, стадій хапання (згинання, розгинання, внутрішнє обертання тощо).

6.2.2.3. ОЦІНЮВАННЯ ДРІБНОЇ МОТОРИКИ ЗА ДОПОМОГОЮ СТАНДАРТИЗОВАНИХ ТЕСТІВ

JEBSSEN TAYLOR TEST

Оцінює дрібну моторику та функціональність руки з легкими та важкими предметами. Йдеться про симуляцію активності повсякденного життя через виконання окремих завдань: письмо, тасування карт, збір дрібних предметів, імітація приготування їжі, будівництво вежі, підйом великих легких і важких предметів. Виконання тесту триває 30 хвилин.

PURDUE PEGBOARD TEST (МОДЕЛЬ 320 20)

Purdue pegboard test широко використовується для відбору працівників на роботу, що вимагає майстерної дрібної та великої моторики, а також координації рухів. Тест оцінює два види рухів: один потребує великих рухів долонею, пальцями та руками; другий вимагає спритності кінчиків пальців. Цей тест імітує роботу на заводі та на виробництві. Завданнявою групою є пацієнти з неврологічними, ортопедичними, ревматологічними, фізичними пошкодженнями. Проведення тесту триває 30 хвилин.

Ціна: 200 €

Більш детальну інформацію наведено на сайті:

<http://www.lafayetteevaluation.com>, <http://www.benefitsnowshop.co.uk>

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ ТЕСТ МОТОРИКИ РУКИ

Професійною громадськістю сприймається як «тренувальна панель». Скоріше йдеться про орієнтовне визначення функціональності верхніх кінцівок. Це функціональний тест з обмеженням часу для виконання окремих завдань (маніпуляція предметами на дошці, самостійні завдання).

ДИНАМОМЕТР JAMAR

Обстеження сили м'язів стискання руки. Пристрій має 5 кроків: 9 см, 12 см, 14,5 см, 17 см, 20 см. Йдеться про вимірювання максимальної сили у три спроби, коли вказується середнє значення для кожного кроку. Виконання тесту триває 10 хвилин.

NINE HOLE PEG DEXTERITY TEST

Цей набір підходить для тренування дрібної моторики та зорово-рухової координації. Він був виготовлений для осіб з порушенням дрібної моторики та спритності рук.

NINE HOLE PEGBOARD

Покращує спритність пальців та координацію. Ця дошка (дошка з отворами — примітка автора) може використовуватися для тренування спритності пальців, дрібної моторики та координації. Дерев'яна дошка має площу 120 мм². Вона містить два відділення для зберігання кілочків. Для зручності хапання дерев'яні кілочки мають діаметр 6,4 мм і довжину 38 мм.

O'CONNOR FINGER DEXTERITY TEST

Оцінює швидкість маніпуляції дрібними деталями. Також може бути використаний для тренування дрібної моторики та координації. Частиною дошки з розмірами 28 см та 14 см є неглибока ємність для кілочків і 100 отворів. У набір входить інструкція з нормами для екзаменатора.

ROEDER MANIPULATIVE APTITUDE TEST

Оцінює швидкість і спритність рухів рук, долонь та пальців. Може використовуватися для ергодіагностичних завдань. Виготовлений з міцного пластику з чотирма заглибленнями для підкладок, паличок, кришок і гайок. Містить інструкцію, норми та бланк для записів.

Більш детальну інформацію наведено на сайті:

Benefit snow shop. Abledata [online]. ©2012 [cit. 2012-01-02].

Доступно з: <http://www.abledata.com>, <http://www.benefitsnowshop.co.uk>.

GROOVED PEG BOARD DEXTERITY TEST

Цей тест ставить високі вимоги до маніпуляції та спритності. Вимагає більш досконалої зорово-рухової координації. Містить 25 отворів із неправильно розташованими пазами. Перш ніж штифти можна буде вставити в окремі отвори, їх необхідно обертати.

BOX AND BLOCK DEXTERITY TEST

Це портативна версія стандартизованого тесту. Оцінюється спритність рук, велика моторика та координація верхніх кінцівок. Тест є швидким і простим в проведенні. Підходить для осіб з когнітивними розладами та/або з обмеженою спритністю рук. Тест містить кольорові дерев'яні кубики та ящики, які можна закрити та легко транспортувати, а також зберігати.

MINNESOTA MANUAL DEXTERITY TEST

Вимірює здатність швидкої зорово-рухової координації для роботи, що вимагає навичок маніпулювання. Перевіряє унілатеральні або білатеральні рухи. Містить інструкцію з нормами, 60 циліндрів, дошку, переносний ящик і п'ятдесят аркушів для запису.

Більш детальну інформацію наведено на сайті:

<http://www.benefitsnowshop.co.uk>

VCWS 9 WHOLE BODY RANGE OF MOTION

Оцінює амплітуду рухів всього тіла, спритність і стійкість, які залежать від рухів тулуба, рук, долонь, ніг і пальців. Оцінюють такі рухи: ставання на коліна, згинання тулуба, здатність багаторазово згорнутися у клубочок та дотягування над головою у діях різного типу.

Більш детальну інформацію наведено на сайті: <http://www.valparint.com>

6.3. ОЦІНЮВАННЯ ЧУТЛИВОСТІ

Цей розділ розроблено переважно на основі лекцій Марії Кривошікової, М.Сс, для дистанційного навчання, які проходять на 1-му медичному факультеті Карлового університету в Празі з предмета «Ерготерапія – нейророзвиваючі підходи».

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

Чутливість поділяється на:

- **поверхневу;**
- **глибоку.**

ПОВЕРХНЕВА ЧУТЛИВІСТЬ

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

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

Більова поверхнева чутливість — це оцінювання реакції пацієнта на болісний подразник: укол або ущипування.

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

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

ГЛИБОКА ЧУТЛИВІСТЬ

оцінюється значно складніше, ніж поверхнева. Мова йде про сприйняття **кінестезії та статестезії**.

Особа, яка обстежується, визначає напрям і кут при пасивних рухах в окремих суглобах кінцівок або копіює рух іншою кінцівкою. Різниця між статестезією та кінестезією полягає у тому, що при оцінюванні статестезії пацієнт копіює рух кінцівкою, яка не обстежується, а у кінестезії — весь рух повністю.

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

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

Обстеження всіх видів чутливості вимагає повної співпраці з боку пацієнта, який має бути здатним принаймні незначною мірою підтримувати увагу (мова йде про когнітивні функції), має бути при повній свідомості та адекватно співпрацювати (спілкування). Як правило, під час обстеження пацієнт тримає очі заплющеними. Для деяких пацієнтів похилого віку або неспокійних можна під час обстеження застосувати спочатку декілька стимулів під зоровим контролем. Приміщення, де відбувається оцінювання чутливості, має бути тихим, добре освітленим, з відповідною температурою повітря, терапевт має уникати будь-яких моментів, що заважають (наприклад, стукіт, рух, телефонні дзвінки тощо). При обстеженні чутливості слід завжди порівнювати місця на обох сторонах тіла, тобто досліджуються обидві верхні та нижні кінцівки. Важливим при обстеженні чутливості є й положення кінцівок. Кінцівка має бути не у патологічному положенні тіла, а максимально розслаблена, крім того, кінцівка, що обстежується, повинна мати нормальну температуру.

Перед оцінюванням пацієнта слід попросити, щоб він сам сказав, чи щось відчуває, щоб визначив якість, інтенсивність і локалізацію (розташування) застосованого подразника. Бажано також використовувати різної довжини інтервали при стимулюванні, коли терапевт спочатку обирає більш сильні подразники, які можна комбінувати з рухом.

Недоліком є залежність терапевта від суб'єктивної відповіді пацієнта і те, що у лікаря немає можливості переконатися в правильності отриманого повідомлення. Під час обстеження не

рекомендується використовувати питання, які можуть ініціювати відповідь (наприклад, «*Тепер ви відчували тиск?*»). Краще використовувати форму, коли терапевт просить пацієнта повідомити, коли той відчує подразник, а потім описати його.

Обстеження стереогнозії вимагає певного ступеня моторної функції, достатньої амплітуди руху, функціонального хапання, щоб можна було оцінити розпізнавання предметів, які ерготерапевти вкладають в руку пацієнта. У пацієнтів у гострому періоді з більш масштабною дисфункцією оцінювання чутливості не проводиться. Часто також виникають ускладнення при обстеженні пацієнтів із синдромом неглекту, апраксією чи афазією.

Результати обстеження чутливості рекомендується записувати на підготований бланк, який є частиною клінічної документації пацієнта.

СЕНСОРНІ ФУНКЦІЇ верхніх кінцівок можна описати в такій послідовності:

- *виявлення* (англ. detection) — здатність виявити простий одинарний стимул;
- *розрізнення* (англ. discrimination) — здатність відрізнити стимул А від стимулу Б;
- *оцінювання та впорядкування* (англ. quantification) — здатність організувати тактильні відчуття за ступенем (наприклад, незначний тиск, важкий, легкий тощо);
- *розпізнавання* — розпізнавання предметів за дотиком.

Наслідки сенсорних порушень є очевидними:

- інгібіція моторних функцій (коли пацієнт не відчуває кінцівку, не має мотивації нею рухати, часто з рук випадають предмети);
- ігнорування ураженої сторони (типове, наприклад, при синдромі неглекту: пацієнти можуть наштовхуватися на меблі);
- проблеми з координацією під час рухової активності, що збільшує ризик отримання травми.

При порушенні чутливості пацієнти занадто сильно покладаються на зорову систему, чим її перевантажують. Затримка сприйняття чуттєвих подразників може також призвести до травми пацієнта



СТЕРЕОГНОЗІЯ — це здатність визначати (ідентифікувати) матеріал, форму та предмет за допомогою дотику, без участі зорового контролю. Обстеження і подальша терапія відбуваються у три етапи. Початковим завданням пацієнта буде ідентифікувати матеріал, потім форму і як останній крок — предмет.

Якщо моторне пошкодження не дозволяє пацієнтові вхопити матеріал або предмет у руки, то терапевт йому допомагає. При обстеженні не рекомендується вживати ті ж самі засоби (предмети, матеріали тощо), які використовуються під час втручання. Рекомендована інтенсивність тренування стереогнозії — 3 рази на тиждень / 1 година протягом 2–3 місяців.

6.4. ФОРМА ДЛЯ ЗАПISУ РЕЗУЛЬТАТІВ ОБСТЕЖЕНЬ ТА ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНЕ ОБСТЕЖЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПАЦІЄНТІВ З НЕВРОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Терапевт здійснює оцінювання функціонального стану пацієнтів на основі обстежень та інформації, отриманої найчастіше шляхом спостереження та інтерв'ю. Для здійснення якісного оцінювання, ерготерапевт може використовувати для фіксування інформації обстеження такі інструменти, як власна пам'ять, ручка — папір, аудіозапис, відеозапис.

На практиці найчастіше інформація фіксується на папері. Тобто використовуються бланки для запису інформації, на підставі яких ерготерапевт пише звіт для лікаря, інших медичних працівників, або ж для пацієнта та його сім'ї. Цим звітом також може послуговуватися інший ерготерапевт, який продовжуватиме роботу після попереднього ерготерапевта.

Під час початкового обстеження лікар отримує багато цінної інформації, на якій може базуватися його подальше терапевтичне втручання.

Дуже важливим аспектом є максимально можливий термін втручання, який часто залежить від заведеної практики закладу. Суттєвим при вирішенні цього питання є, чи це заклад медичної, чи соціальної сфери. Оскільки, згідно з чеським законодавством, професія «ерготерапевт» належить до медичних, подальші бланки запису результатів обстеження орієнтовані на медичну сферу.

Ще одним важливим аспектом є інформація від лікаря та пацієнта про те, чи візит є «одноразовим» — консультування, або ж сам пацієнт чи медичний заклад мають можливість забезпечити для пацієнта регулярне ерготерапевтичне втручання.

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

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

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

ОСОБИСТИЙ АНАМНЕЗ ТА ТЕПЕРІШНЄ ЗАХВОРЮВАННЯ — ім'я, прізвище, академічний титул, контактні дані, основний діагноз, супутні діагнози та захворювання, дата початку поточних проблем (попередня госпіталізація, втручання, реабілітація).

Попередження про протипоказання до застосування деяких терапевтичних методів, алергії.

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

СІМЕЙНИЙ АНАМНЕЗ — захворювання батька, матері і т. д.

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

АНАМНЕЗ ОСВІТИ — здобута освіта, або ж які курси пацієнт пройшов, чи має водійське посвідчення тощо.

ПОПЕРЕДНІЙ ДОСВІД РОБОТИ — попередні професії, можливості й очікування, варто написати всі посади, які пацієнт обіймав і їхню тривалість, записати також усі випадки другої або тим-

часової зайнятості пацієнта. Важливо також дізнатися, чи працює пацієнт тепер, якщо ні, то записати, коли він востаннє працював.

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

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

РЕЖИМ ДНЯ — важливо зафіксувати щоденний звичайний режим пацієнта, чи є у нього протягом тижня якісь обов'язки і т. д.

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

- **мобільність у ліжку** — повертання у ліжку, сидання на край ліжка (чи пацієнт здатний це зробити самостійно, чи потребує допомоги, і наскільки значну допомогу: словесну або й фізичну, протягом усієї дії або тільки на початку);
- **сидіння** — чи є стабільним при відсутності опори для спини, або потребує допомоги, якої саме і наскільки значної;
- **стояння** — стабільне, нестабільне, не виконає, з опорою, наскільки тримає рівновагу стоячи;
- **переміщення** (з крісла колісного на стілець або на ліжку, на туалет);
- **чи пацієнт здатний встати з положення сидячи / лежачи долі** (наприклад, якщо впаде на землю);
- **ходьба (приміщення, поза приміщенням, сходи)** — відстань, яку пацієнт здатен пройти; чи по-

требує перерви під час подолання певної відстані, по кількох сходинках пацієнт здатен піднятися / спуститися (чи потребує допомоги з триманням за поручні), чи потребує допоміжного засобу та якого саме;

- **допоміжні засоби для пересування** — різновид, якщо це крісло колісне, то який тип (механічний, електричний), чи пацієнт його має, коли його було призначено лікарем, чи його надано за рахунок медичної страхової компанії, чи відповідає своїми параметрами потребам пацієнта, чи пацієнт здатний самостійно керувати кріслом колісним, або ж наскільки значної допомоги потребує.

ЕЛЕМЕНТИ АКТИВНОСТЕЙ ПОВСЯКДЕННОГО ЖИТТЯ (ADL)

є головним предметом ерготерапевтичного обстеження та форми для запису. Ерготерапевт оцінює як персональні, так і інструментальні види рухової активності у повсякденному житті. Важливо, щоб ерготерапевт не забув вказати рівень допомоги, якої пацієнт потребує. На практиці часто так стається, що терапевт вказує тільки те, що пацієнт потребує допомоги, але вже без уточнення у чому та як. Якщо яка-небудь рухова активність є для пацієнта проблемною, то необхідно детально описати, у чому полягає проблема.

ПЕРСОНАЛЬНІ ADL

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

ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ ADL

- **приготування їжі** – прості чи складні страви, допоміжні роботи на кухні, якою була ситуація до хвороби або травми;

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

ДОПОМІЖНІ ЗАСОБИ

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

ОБСТЕЖЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ МОТОРИКИ ВЕРХНІХ КІНЦІВОК

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

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

- **положення** – у якому положенні знаходяться верхні кінцівки, їх положення у стані спокою та під час активності, наприклад, ліктьовий суглоб у положенні згинання, поза Верніке–Манна;
- **координація**;
- **діадохокінезія** (заплющені очі);
- **амплітуда руху** – активна, пасивна, важливо зазначати положення тіла або кінцівки, в якому ерготерапевт проводить обстеження. Враховуючи те, що йдеться про функціональну амплітуду, важливо, у якому положенні пацієнт використовує верхні кінцівки. Найчастішим є положення сидячи, в лежачих пацієнтів, навпаки, лежачи. Якщо ерготерапевт обстежує пацієнта й у сидячому, й у лежачому положенні, то досить часто у підсумку вийдуть різні значення. Для ерготерапевта вкрай важливо отримати інформацію про функціональну амплітуду руху, на відміну від обстеження фізичного терапевта, коли фізіотерапевт обстежує пацієнта, в основному, в положенні лежачи.
- **Плечовий суглоб** – з'ясовуючи амплітуду руху з функціональної точки зору, терапевт інструктує пацієнта, щоб той підняв руки вперед, у сторони, вгору, заклав руки за голову, руки (покроково обидві) за спину.
- **Ліктьовий суглоб** – ерготерапевт визначає амплітуду руху з функціональної точки зору шляхом інструктування пацієнта, щоб той поклав руки на коліно, на контралатеральне коліно, на плече, на контралатеральне плече, на рот. Терапевт визначає у ліктьовому суглобі згинання, розгинання, у рухах передпліччя – пронацію і супінацію.
- **Кисть** – амплітуду руху з функціональної точки зору ерготерапевт з'ясовує шляхом інструктування пацієнта, щоб він виконав дію згинання зап'ястя в обидва боки (тильне згинання та долонне згинання), згинання руки в зап'ясті у боки (ульнарна девіація та радіальна девіація), випрямлення та згинання пальців (згинання та розгинання), торкання великим пальцем мізинця або інших пальців (опозиція).

Після того, як пацієнт закінчив усі необхідні дії, ерготерапевт записує у бланк обстеження наскільки якісно пацієнт їх виконав чи не виконав. У звіті про обстеження ерготерапевт не вживає ту ж термінологію, з якою звертається до пацієнта (руки за голову, руки на коліна тощо), а використовує професійну термінологію, наприклад: «При функціональній амплітуді руху ліктьового суглоба згинання обмежене в діапазоні до 90°».

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

- клацнути пальцями;
- стиснути руку в кулак;

- поплескати в долоні;
- імітувати гру на піаніно;
- жест «ОК».

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

Інші аспекти охоплюють:

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

КОГНІТИВНІ ФУНКЦІЇ

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

- **орієнтацію** – місце, час, особа, ситуація;
- **короткотривалу пам'ять** – зорова, слухова й інші види пам'яті;
- **довготривалу пам'ять** – зорова, слухова;
- **розуміння інструкцій** – завдання на один або більше кроків. Ерготерапевт дає пацієнту інструкції та просить його виконати певне завдання, а потім спостерігає за тим, чи пацієнт зрозумів його завдання (наприклад, сядьте на ліжку, зніміть взуття, ляжте та поверніться на правий бік);
- **увагу** – терапевт оцінює, чи пацієнт зберігав увагу протягом всього обстеження;
- **планування** – терапевт питає в пацієнта, як би він виконав певне завдання і що при цьому необхідно запланувати (наприклад, питання: *«Що ви мають були б зробити, якби захотіли піти в театр?»*);
- **вирішення проблем** – ерготерапевт питає в пацієнта, яким чином він вирішив би конкретну ситуацію;
- **мовлення** – зв'язність, згадування слів, розуміння пацієнта;
- **невербальне спілкування**;
- **читання** – ерготерапевт з'ясовує, чи пацієнт вміє читати, чи розуміє прочитані тексти, чи здатний читати вголос або тільки про себе;

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

СФЕРА ОБСТЕЖЕННЯ ВІДЧУТТІВ

Тут терапевт з'ясовує інформацію про аспекти:

- **зір** – чи пацієнт має окуляри, лінзи, чи справді ними користується;
- **слух** – чи пацієнт має порушення слуху, чи має слуховий апарат і чи використовує він його самостійно або з допомогою, чи не використовує взагалі;
- **смак і запах**;
- **дотик** – детальнішу інформацію наведено в розділі про обстеження чутливості.

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

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

6.5. ОЦІНЮВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПСИХОСОЦІАЛЬНИМИ РОЗЛАДАМИ

Психосоціальні проблеми найчастіше мають пацієнти з психічними захворюваннями. Для уніфікації термінології необхідно навести декілька визначень різних термінів:

Визначення психічного здоров'я:

- це не тільки відсутність психічного розладу. Визначається як стан благополуччя (*англ.* well-being), у якому кожна людина реалізує свій власний потенціал, вміє впоратись із стандартними стресовими життєвими ситуаціями, може продуктивно та корисно працювати, і таким чином здатна сприяти своєму суспільству (ВООЗ);
- це здатність реалізації власних життєвих цінностей, можливостей людини, досягнення реальних оптимумів людського буття, одна з основних передумов багатостороннього розвитку особистості та складова самореалізації людини. Сучасні тенденції передбачають у здорових людей певний «потенціал хвороби», а у хворих – «потенціал здоров'я» (Стикс, 2003);
- більшість експертів погоджуються з тим, що психічно здорова людина має такі риси: реалістичне сприйняття себе, прийняття своїх сильних і слабких сторін, інтерес до інших, здатність керуватися у своїх діях більше внутрішніми переконаннями, ніж зовнішніми цінностями, здатність задовольнити свої потреби, не шкодячи іншим, здатність адекватно реагувати на різноманітні життєві ситуації (Стикс, 2003).

ПСИХІЧНА СТІЙКІСТЬ

до важких життєвих ситуацій залежить від:

- **особистісних рис** – характеристика людини, емоційна стабільність (також темперамент), психічні механізми захисту та стратегія подолання серйозних ситуацій, система цінностей, інтелект;
- **джерел зовнішньої впевненості** – міцна сім'я та значуща продуктивна активність;
- **типу власне ситуації** – індивідуальна чутливість до різних ситуацій, вплив досвіду (Виметал, 2003).

СТИГМАТИЗАЦІЯ

Стигматизація — це один із наслідків стереотипу при оцінюванні певних груп людей. Таке стереотипне оцінювання може бути спрямоване на групи людей, соціальні класи, народи чи інших

представників суспільства (наприклад — ромів, євреїв, селян, осіб з інвалідністю тощо). Стереотип може мати позитивний (захисний) характер, наприклад, співчуття, зменшення вимог, або негативний характер, наприклад, саме у формі стигматизації (Прашко, 2001).

СТИГМА

(з грецької stigma = знак, клеймо)

У загальному сенсі слова означає зневажливий атрибут, який буває причиною дискримінації носія. За часів раннього християнства стигма була ознакою духовності та божественності (стигмати Ісуса Христа), або ж ознакою захворювання, що загрожує іншим людям (наприклад, прокази). Стигма є також певним знаком ганьби або неповноцінності, який призводить до того, що інші люди нехтують його носієм. Має радше негативний вплив, адже оточення очікує від людини незвичної поведінки (небезпека, безвідповідальність, агресія тощо), а це міняє й ставлення оточення до неї та може призвести до ізоляції людини. Психічне захворювання виступає як сильна соціальна стигма, міняє роль свого носія, його соціальний статус, а у результаті цього і його особистість. Люди намагаються уникати стигматизованих людей у різних ситуаціях (житло, робота, інтереси, партнерські відносини). На психічно хвору людину дивляться як на особу недієздатну, яка неспроможна приймати рішення, відповідно до цього з нею й поводяться (наприклад, спосіб спілкування, небажання поважати її думку). Стигматизація психіатричних пацієнтів ще більше відраджує цілий ряд хворих від втручання (Прашко, 2001).

В епоху середньовіччя душевнохворих вважали одержимими дияволом, звідси — ув'язнення, тортури. У період нацизму та комунізму психіатрією зловживали для ліквідації «незручних» людей. Психіатричних пацієнтів до сьогодні називають шаленими, вони нерідко стоять на краю суспільства.

Можливість зміни стигми:

- освіта та виховання у галузі охорони здоров'я – підвищення рівня обізнаності серед громадськості та професіоналів;
- ЗМІ – деякі невідповідно представлені відомості викликають у людей занепокоєння;
- сімейна терапія або навчання сім'ї;
- застосування когнітивних технік у терапії, які допоможуть усунути сприйняття самого себе як неповноцінного;
- тренування соціальних навичок (Прашко, 2001).

Приклади дій для дестигматизації: Громадське об'єднання «Fokus Praha» – «Тижні духовного

здоров'я», «Божеволієш? Ну і!», соціальні фірми; Психіатрична лікарня Богніце — «Між огорожами»; Громадське об'єднання «Greendoors» – залучення душевнохворих у тренувальні кав'ярні і подібне.

Психічні та соціальні функції взаємопов'язані, але різні. Соціальні функції можна спостерігати, психічні функції визначаються на підставі поведінки й опису людини. Модель рухової активності людини (МОНО — Model of Human Occupation) відокремлює психосоціальні функції стосовно волі (цінності, інтереси) та звичок (ролі та звички). До психосоціальних функцій належить здатність контролювати емоції (реакція на емоції, тривалість, контроль, прояви, застосування) і здатність соціальної взаємодії (жести, особистий простір, ініціація спілкування, вербальне спілкування, прийняття інших поглядів, реакція на зміни) (Кривошікова, 2011).

Визначення психосоціальних функцій є досить складним (Кривошікова, 2011).

ПСИХІЧНІ ФУНКЦІЇ

стосуються внутрішніх процесів, це сила ініціювати дії та виконувати їх, внутрішні процеси оцінювання (задоволення / незадоволення, пристосування, продовження), мотивація, інтереси, сприймання самого себе, самовпевненість.

СОЦІАЛЬНА ФУНКЦІЯ

знання, вміння спілкуватися, встановлювати та підтримувати стосунки, соціальна активність (членство у групі за інтересами, сімейні відносини).

Оцінюючи психосоціальні функції, терапевт з'ясовує у пацієнта:

■ *Здібності, навички й інтереси*

- компетенція виконувати активність повсякденного життя, продуктивну діяльність, дозвілля;
- оцінювання умінь і навичок (можуть змінюватися в залежності від соціальних ролей);
- особистісні риси;
- мережі підтримки, які дозволяють пацієнту нормально функціонувати (сім'я);
- очікування в сфері інтересів (потреба займатися дозвіллям, колишні інтереси).

Сфери дисфункції — визначення функціонального рівня пацієнта до хвороби та на момент обстеження – теперішні проблеми, очікуваний функціональний рівень, якого хочуть досягти.

■ *Рівновага в активності повсякденного життя*

- власні критерії та сприйняття;
- щоденний режим дня – яку рухову активність пацієнт виконує із задоволенням, яку змушений виконувати, оцінювання проблем з руховим балансом – порожні місця, незаповнений час, накопичення діяльності і т.д.

■ *Ролі*

- ролі, рухова активність й основні зміни в звичках за останній час;
- організація часу, корисні звички, витрачена енергія, задоволення потреб, здатність виконувати соціальні ролі;
- зміни у сфері рухової активності та ролей за останній час.

■ *Потенціал змін*

- суб'єктивне обстеження терапевта;
- особистісні чинники, рівень пошкодження, здатність впоратися з проблемами та зовнішні впливи.

■ *Мотивація*

- внутрішня мотивація пацієнта;
- можливість впливу оточення на мотивацію;
- незадоволені потреби, що відволікають увагу від завдань лікування;
- змістовна рухова активність – важлива для пацієнта.

■ *Оцінювання середовища*

- оцінювання можливостей життєвого середовища пацієнта;
- стимулююче / малостимулююче середовище / захисне середовище;
- пропозиції щодо змін у середовищі – соціальні очікування, фізичні зміни, економічні умови;

■ *Стандартизоване оцінювання активностей повсякденного життя (ADL) — приклади інструментів оцінювання:*

- Assessment of Motor and Process Skills (AMPS);
- Kohlman Evaluation of Living Skills (KELS).

■ *Нестандартизоване оцінювання ролей, поведінки та рухової участі:*

- Occupational Performance History Interview (OPHI);
- Occupational Questionnaire — анкета щоденної активності;
- Comprehensive Occupational Therapy Evaluation (COTE).

■ *Оцінювання психосоціальних функцій первинно з іншої сфери*

- геріатрична шкала депресії;
- особистісні анкети.

6.6. ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНЕ ОЦІНЮВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ПОРУШЕННЯМ КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ

Цей розділ розроблено переважно на основі лекцій Марії Кривошікової, M.Sc, для дистанційного навчання, які проходять на 1-му медичному факультеті Карлового університету в Празі з предмета «Ерготерапія та реабілітація для когнітивних функцій».

У якості основи для розуміння обстеження та терапії когнітивних функцій ерготерапевт має знати опис, пояснення, класифікацію окремих когнітивних функцій. Пропонований підручник цю тему не розглядає, адже зосереджується безпосередньо на обстеженні та терапії когнітивних функцій з точки зору професійного ерготерапевта. Однак перед цими розділами рекомендується ознайомитись з основною інформацією про когнітивні функції у літературі:

Куліштяк, П. *Нейропсихологія*. Прага: Портал, 2003. ISBN 978–80–7178–554–5.

ВИЗНАЧЕННЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ



РЕАБІЛІТАЦІЯ КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ – це систематично та функціонально орієнтована сукупність терапевтичних видів діяльності, які засновані на оцінюванні та розумінні поведінкових дефіцитів мозку людини (Academy of Rehabilitation Medicine, 1992).

Куліштяк визначає реабілітацію когнітивних функцій у більш широкому значенні цього слова як функціональну адаптацію людини з пошкодженням головного мозку до повсякденної діяльності (самообслуговування, проведення дозвілля, рекреаційна діяльність, виконання професійної діяльності повною або ж адаптованою мірою, а також виконання інших соціальних і приватних функцій). Цей погляд є дуже близьким для ерготерапії.

У вужчому сенсі під когнітивним ретренуванням (реабілітацією, тренуванням, відновленням вищих психічних функцій) розуміють систематичні зусилля, спрямовані на покращення дефіцитів мозку, які на деяких рівнях порушують обробку інформації, що приходить у мозок зсередини і ззовні організму (Куліштяк, 2003).

ЗАВДАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ

Завдання охоплює відновлені функції, які були втрачені або порушені внаслідок пошкодження мозку. Завдання полягає у тому, щоб лікувати «реальну людину» у «реальному світі».

У першу чергу реабілітацією когнітивних функцій займаються клінічний психолог і нейропсихолог. Основний обсяг їхньої роботи стосується, перш за все, діагностики, яка, завдяки початку застосування методів візуалізації, повільно відступає на задній план. У сфері розробки плану лікування, його оцінювання та регулярного контролю особа клінічного психолога незамінна.

Власне регулярне проведення терапії у світі часто забезпечують інші професії зі сфери охорони здоров'я з відповідною освітою (наприклад, спеціальні педагоги, клінічні логопеди, ерготерапевти). Ерготерапевти є відповідними особами для проведення реабілітації когнітивних функцій, бо сприймають пацієнта завданнєсно (суть професії ерготерапевта базується на завданнєсному погляді на людину), а в обстеженні та терапії вони, переважно, зосереджуються на функціональних видах діяльності, які пацієнти не здатні самостійно виконувати через порушення когнітивних функцій.

Метою ерготерапії є досягнення максимальної самостійності та незалежності людини в руховій активності (у домашньому, робочому та соціальному середовищі).

Ерготерапія ґрунтується на припущенні, що залучення людини до занять підтримує процес зцілення. Тобто унікальність професії визначається використанням рухової активності як терапевтичного інструменту не тільки для реабілітації моторних функцій, а саме для реабілітації когнітивних функцій. Зосередження на руховій активності і мінливості середовища є принципово важливим при застосуванні ерготерапії у цій сфері.

У пацієнтів після пошкодження мозку щоденна рутина, обов'язкова для виконання активності повсякденного життя часто забута, і пацієнти мають проблеми з виконанням автоматизованих раніше рухів і з плануванням повсякденної діяльності. У такому разі рутинна повсякденна рухова активність являє собою нездоланну проблему не тільки для пацієнта, але й для сім'ї та всього його оточення.

Можливості реалізації ерготерапевта у сфері реабілітації когнітивних функцій є досить широкими і фокусуються переважно на окремих повсякденних діях й активності, в якій проявляється вплив порушення основних когнітивних функцій. Одна рухова активність може вимагати функціонування кількох когнітивних систем. Наприклад, похід на покупки передбачає ініціювання дії, планування, запам'ятовування окремих пунктів переліку покупок, орієнтацію у при-

міщенні магазину, пригадування пунктів зі списку покупок і реалізацію покупки. Кожен окремий акт у цій руховій активності має різні когнітивні вимоги, а також спосіб та обрані стратегії є індивідуальними для кожної людини.

Ерготерапевт повсякчас використовує у своїй роботі взаємодію з пацієнтом, здійснює аналіз активності та середовища. Пацієнт певним способом реагує на умови в залежності від стану захворювання й особистих уподобань. Середовище може як стимулювати, так і обмежувати пацієнта.

Ерготерапевт має вміти аналізувати кожну нову ситуацію, а також належним чином пристосувати середовище до потреб пацієнта. Зміни у середовищі часто просто необхідні в процесі одужання пацієнта. Пацієнт вчиться реагувати на зміни та відповідним чином коригувати свою поведінку. Пацієнт або терапевт також можуть застосувати нову стратегію в терапії когнітивних функцій.

Не в останню чергу ерготерапевт пропонує підтримку в межах своєї терапії, причому не тільки пацієнтові, але і його сім'ї. Не слід забувати, що йдеться про відносно великі проблеми пацієнта та його сім'ї, які іноді важко розпізнати, і які викликають різну реакцію оточення. Для пацієнта важливо спочатку виокремити його проблеми та знайти основні ресурси, якими він може користуватися під час терапії. Цим ерготерапевт допомагає пацієнтові прийняти ситуацію та впоратися з його інвалідністю.

ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ ОБСТЕЖЕННЯ КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ

- Покладатися на клінічне мислення.
- Спостереження часто більш важливі, ніж результат тестування в балах.
- Враховувати важливість особистого анамнезу.
- Оцінювати динаміку сім'ї та соціальних стрес-чинників.
- Очікувати мінливості.

ЧИННИКИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ОБСТЕЖЕННЯ ТА ТЕРАПІЮ КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ

Йдеться про мінливі чинники з точки зору:

- пацієнта (вік, мотивація / афект, преморбідна особистість, стан пам'яті та навчання перед хворобою, медикаментозна терапія);

- пам'яті (розпізнавання, простір, часовий погляд, контекст, асоціація, амнезія);
- завдання (інтеграція інформації, обстеження, тривалість завдання, рухова складова завдання, комплексність, швидкість, сприйняття, значимість).

ОЦІНЮВАННЯ ПРОГРЕСУ ТЕРАПІЇ

Оцінювання прогресу терапії охоплює такі пункти:

- самооцінку пацієнта;
- оцінювання з боку інших пацієнтів (наприклад, у групі, під час регулярних щотижневих, щомісячних зустрічей);
- опитування членів сім'ї й опікунів (наприклад, у формі анкети, інтерв'ю);
- самостійність при використанні відповідних стратегій (з одного боку старих стратегій, які вже використовувалися пацієнтом перед хворобою, а також нових, яких він навчився під час терапії);
- підвищений рівень усвідомлення;
- подолання ситуацій у повсякденному житті.

Під час розробки плану втручання для когнітивних функцій ерготерапевт спирається на результати **психологічного (або логопедичного) обстеження**, але одночасно використовує й свої **власні діагностичні процедури**, які, безумовно, краще відповідають потребам професії.

Оцінювання є частиною всіх етапів лікування, від початкових етапів спостереження до оцінювання результатів лікування.

ВСТУПНА РОЗМОВА

з пацієнтом та його сім'єю дозволяє уточнити й доповнити медичне й психологічне обстеження. На підставі розмови ерготерапевт може з'ясувати мотивацію пацієнта до певної рухової активності, наприклад, зі сфери продуктивної діяльності або дозвілля (хобі чи спорту). Потім лікар суб'єктивно оцінює здібності та можливі недоліки пацієнта, які він сам усвідомлює та які перешкоджають йому у виконанні обраної діяльності. Терапевт також може обговорити у розмові з пацієнтом та його сім'єю різні стратегії, які пацієнт використовує, щоб подолати певний дефіцит тощо. Одночасно можна також визначити погляд пацієнта на його ситуацію.

При обстеженні когнітивних функцій ерготерапевт може обрати один з двох підходів:

ПІДХІД ЗНИЗУ – ВГОРУ (BOTTOM – UP)

оцінювання окремих когнітивних функцій (пам'ять, увага, просторове сприйняття тощо);

ПІДХІД ЗГОРИ – ВНИЗ (TOP – DOWN)

використання цілеспрямованої та значущої рухової активності, коли терапевт структуровано спостерігає за пацієнтом, який виконує певне заняття. Вибір підходу завжди залежить від можливостей ерготерапевта та стану здоров'я пацієнта.

АНАЛІЗ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ

Основним методом оцінювання та втручання в ерготерапії є аналіз рухової активності, що означає розподіл завдання на окремі етапи й оцінювання їхнього терапевтичного потенціалу. У більшості випадків погіршене виконання завдання легко визначається на підставі спостереження, якщо труднощі викликані проблемами в області моторики, а когнітивні або пізнавальні проблеми приховані. Включення аналізу перцептивних і когнітивних складових кожного заняття у загальне функціональне оцінювання залежить від того, наскільки ерготерапевт розуміє проблематику відновлення когнітивних функцій.

ВИБІР ЧАСУ ПРОВЕДЕННЯ АНАЛІЗУ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ

- для виявлення складності обраного заняття, його терапевтичного потенціалу;
- для «фазування» рухової активності (визначити, з якою фазою пацієнт впорається самостійно, або з допомогою);
- для визначення стратегій, які пацієнт обирає для виконання рухової активності, або її частини;
- для можливості підвищення складності заняття.

Аналіз рухової активності охоплює широкий спектр дій зі сфери самодогляду (персональної та інструментальної активності повсякденного життя (ADL та IADL), продуктивної діяльності чи дозвілля.

Існує кілька загальних когнітивних вимог, які є необхідними для кожної рухової активності:

- орієнтація та планування на початку заняття;
- вирішення проблем і спостереження протягом заняття;
- впорядкування дій – послідовність заняття й оцінювання виконаного завдання.

Необхідно усвідомлювати, що при виконанні деяких видів повсякденної діяльності та робочих завдань існує більше можливостей впорядкування окремих етапів. Тому слід враховувати попередні звички конкретного пацієнта. Наприклад, при одяганні пацієнт може починати з майки, білизни або шарпеток.

ОЦІНЮВАННЯ ЗОРОВОГО СПРИЙНЯТТЯ

Оцінювання зорового сприйняття не може відбутися до моменту, поки пацієнт буде здатний реагувати на стимул комплексно, а не генералізовано та локалізовано. Тобто ерготерапевт скоріше спостерігає за спонтанними рухами. Нездатність перетину серединної осі, ігнорування кінцівки, некоординовані рухи у просторі можуть свідчити про зорове та просторове порушення або про порушення схеми тіла. Протягом тренування ADL ерготерапевт може побачити також порушення схеми тіла, апраксію, порушення зорово-рухової інтеграції.

Специфічні тести для оцінювання перцепції проводять тільки у більш пізній період, коли пацієнт здатний зберігати увагу та достатньо розуміти інструкції тесту.

ОЦІНЮВАННЯ КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ

На початку захворювання ерготерапевт може тільки спостерігати відсутні або порушені когнітивні здатності, наприклад, погіршену орієнтацію, концентрацію уваги, дефіцит пам'яті, планування, рівень спонтанної поведінки.

У пацієнтів після пошкодження мозку також часто виникають порушення в афективній області. Можна спостерігати часті зміни настрою, плаксивість, емоційні прояви, депресію або агресивну поведінку пацієнта. Рекомендується відразу звертати увагу на цю область й обговорити цілковито всю проблему в межах міжпрофесійного колективу. Потім ерготерапевт може за допомогою аналізу рухової активності запропонувати іншу стратегію або умови таким чином, щоб досягти полегшення симптомів пацієнта в цій області.

Окрім спостереження й аналізу рухової активності, ерготерапевт використовує, зокрема, на більш пізніх етапах реабілітації також **тестові методи оцінювання**.

Загалом їх можна розділити на чотири групи:

- **Традиційні методи оцінювання.**
- **Безпосереднє спостереження за функцією (діяльністю).**
- **Динамічне оцінювання.**
- **Традиційні методи обстеження.**

СТАНДАРТИЗОВАНІ ТЕСТОВІ МЕТОДИ,

що визначаються даним способом виконання, потребують дотримання заздалегідь визначених правил (проведення, підрахунок балів й оцінювання результатів тесту). До стандартизованих тестів належать:

ПОВЕДІНКОВИЙ ТЕСТ ПАМ'ЯТІ РІВЕРМІД (RIVERMEAD BEHAVIORAL MEMORY TEST, RBMT)

Цей тест слугує для оцінювання порушення пам'яті у пацієнтів з набутим або непрогресуючим ушкодженням мозку та здійснює моніторинг змін, що настають перед, протягом та після тренування пам'яті. Оцінює необхідні можливості пам'яті для адекватного функціонування в повсякденному житті. На думку авторів, RBMT має так звану екологічну валідність (дійсність тесту), коли результати тесту можуть багато чого сказати про те, як пацієнт справляється з потребами повсякденного життя. Існує кілька варіантів тесту (для літніх людей, базовий тестовий набір, призначений для дорослих 16–65 років). Існує також дитяча версія і так звана розширена версія RBMT–E, що є більш складною через подвоєння використаного матеріалу.

RBMT містить 11 підтестів і 4 паралельні форми, що включають вербальну, зорову та візуально-просторову пам'ять та кілька завдань на перспективну пам'ять. Стандартизований тест дозволяє здійснити категоризацію пам'яті на нормальну, погіршену, середньо пошкоджену та сильно пошкоджену.

Тест містить підтести – наприклад, згадування імені, дати, місця, розпізнавання представленого зображення й обличчя, здатність відтворити коротку розповідь, опис дороги та пошук прихованого предмета.

ТЕСТ ПОВЕДІНКОВИХ ПОРУШЕНЬ УВАГИ (BEHAVIORAL INATTENTION TEST, BIT)

Тест виявляє й оцінює односторонній неглект, а також загальну увагу, може бути використаний для виявлення інших проблемних областей, наприклад, порушення сприйняття. Тест містить у цілому 15 підтестів, розділених на дві частини:

- 6 звичайних завдань слугують для виявлення наявності або відсутності одностороннього зорового синдрому неглекту. Це, наприклад, викреслювання ліній, поділ лінії навпіл, обведення фігури та форм, а також малювання згідно з уявою.
- Метою 9-ти поведінкових підтестів є визначення проблемних сфер у повсякденні, які, ймовірно, з'являться у повсякденному житті у зв'язку з неглектом. Наприклад, телефонування, читання газет, визначення часу, читання меню та переписування адреси чи речення.

СКРИНІНГОВІ МЕТОДИ ТЕСТУВАННЯ,

метою яких є отримати за короткий час відомостей, що вимагають більш детального обстеження. До цієї групи належать:

LOWENSTEIN OCCUPATIONAL THERAPY COGNITIVE ASSESSMENT, LOTCA

Зосереджена переважно на декількох пізнавальних функціях.

Для оцінювання специфічних сфер або специфічної популяції можуть бути використані:

MIDDLESEX ELDERLY ASSESSMENT OF MENTAL STATE (MEAMS)

Слугує для оцінювання конкретної області або специфічної популяції для виявлення серйозних порушень специфічних когнітивних навичок у літніх людей.

Тест розроблено для того, щоб відрізнити функціональні захворювання від когнітивних порушень, що виникли на органічній основі. Кожен підтест перевіряє певну сферу когнітивних функцій.

Містить 2 версії тесту, у кожній знаходиться 12 версій підтестів: орієнтація, запам'ятовування імен, іменування, розуміння, запам'ятовування зображень, підрахунок, просторове конструювання, сприйняття частин літер, незвичайні знімки, звичайні знімки, вербальна зв'язність, моторна персеверація (повторення).

RIVERMEAD PERCEPTUAL ASSESSMENT BATTERY (RPAB)

Тест розроблено для обстеження зорового та просторового сприйняття у пацієнтів з інсультом або ураженням головного мозку.

Батарею також можна використовувати для контролю змін у часі. Можна оцінити спонтанне повернення функції або ефект лікування перцептивних розладів. Це достатньо вдалий вступний тест для скринінгу всіх пацієнтів з неврологічними захворюваннями.

Охоплює 16 перцептивних тестів, поділених на 8 сфер; наприклад, сталість форм, сталість кольору, послідовність (впорядкування зображень), доповнення предметів, розпізнавання фігури та фону, схема тіла, ігнорування, просторове сприйняття.

Первинний тест було стандартизовано на здорових особах у віці 16–69 років (Cocburn та ін., 1982) та на групі пацієнтів після інсульту або після травми головного мозку.

Наступна доповнена версія призначена для старших осіб у віці 70–92 років.

ОЦІНЮВАННЯ ПСИХІЧНОГО СТАНУ

Для оцінювання психічного стану часто застосовуються тести, легкодоступні та популярні на практиці, які, однак, мають деякі недоліки. Справа в тому, що більшість підтестів часто орієнтовані виключно на вербальні здатності та нерідко надає хибні, негативні результати (тобто такі, що порушення когнітивних функцій не виявлять).

До цієї групи тестів можна віднести:

КОРОТКА ШКАЛА ОЦІНЮВАННЯ ПСИХІЧНИХ ФУНКЦІЙ (MINI MENTAL STATE EXAMINATION, MMSE) АБО ТЕСТ ФОЛШТЕЙНА

Найчастіше він використовується для оцінювання психічного стану, зокрема, застосовується у геронтопсихіатрії. Метою тестування є визначення серйозності деменції та відстеження змін когнітивних функцій протягом терапії.

АДДЕНБРУКСЬКА КОГНІТИВНА ШКАЛА (ADDENBROOKE'S COGNITIVE EXAMINATION, ACE)

Комплексний тест, що використовується в діагностиці синдрому деменції та для диференціації типів деменції. Його перевага полягає в тому, що він включає MMSE та Тест з годинником.

МОНРЕАЛЬСЬКА ШКАЛА ОЦІНЮВАННЯ КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ (MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT, MOCA)

Призначається для виявлення когнітивних порушень або легкої деменції.

БЕЗПОСЕРЕДНЄ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА ФУНКЦІЮ (ДІЯЛЬНІСТЮ)

Це поєднання оцінювання функціональної активності з тестовим оцінюванням когнітивних функцій. Цей метод часто виявляє приховані проблеми, які за інших умов могли залишитись поза увагою ерготерапевта.

ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНЕ НЕЙРОПОВЕДІНКОВЕ ОБСТЕЖЕННЯ АКТИВНОСТЕЙ ПОВСЯКДЕННОГО ЖИТТЯ (OT ADL NEUROBEHAVIORAL EVALUATION, A ONE)

Обстеження впливу нейроповедінкових розладів на виконання ADL у п'яти областях. Відомості про можливі когнітивні порушення ерготерапевт отримує шляхом прямого спостереження за пацієнтом під час виконання заняття (наприклад, при одяганні можна виявити проблеми з просторовою орієнтацією або ігнорування однієї сторони тіла чи простору).

ДИНАМІЧНЕ ОЦІНЮВАННЯ

орієнтується на результати пацієнта й оцінює його навчальний потенціал і здатність перенесення та генералізації нових навичок у повсякденне життя. Так оцінювання дозволяє ерготерапевтові у різний спосіб змінювати та пристосовувати заняття і середовище, в якому відбувається обстеження. Орієнтується не на завдання, а на процедуру та процес виконання рухової активності.

КОНТЕКСТНИЙ ТЕСТ ПАМ'ЯТІ (CONTEXTUAL MEMORY TEST, CMT)

Виявляє ставлення пацієнта до можливостей власної пам'яті. Мова йде про обстеження ментальної та більш пізньої реакції, оцінювання поставлених завдань. Цей тест не є діагностичним. Цей тест менше підходить для пацієнтів з середньо важкою або важкою афазією чи з порушенням зорового сприйняття, його виконання займає близько 30 хвилин, використовують звичайні предмети в частині запам'ятовування й реакції.

ІНШІ ЗАСОБИ ДЛЯ ОЦІНЮВАННЯ КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ

Під час обстеження ерготерапевт може використати також [анкети](#), що дозволяють отримати інформацію, яку в інший спосіб неможливо виявити. Це може бути, наприклад, інформація з домашнього середовища або відомості за більш тривалий час. Використовуються анкети переважно під час [оцінювання уваги та пам'яті](#). Такий опитувальник часто має форму структурованої розмови, яку веде терапевт (питання – відповідь). Анкети, що заповнює сам пацієнт та / або особа, яка за ним доглядає, є простими, вимагають від терапевта менше часу. Питання мають відповідати здатності пацієнта розуміти та надавати інформацію. Опитувальник, що заповнюється пацієнтом самостійно, є суб'єктивним обстеженням.

На наведену тут інформацію впливає його мотивація та розуміння.

Інформація від особи, що здійснює догляд, є вкрай важливою; особливо тоді, коли пацієнт не усвідомлює, що у нього є якісь функціональні проблеми. Анкети мають бути розроблені таким чином, щоб надавати надійну інформацію (тобто пряме питання, однозначна відповідь). Анкету можна використовувати як метод пошуку конкретних проблем або як засіб для постійного відстеження впливу дефіциту на повсякденне життя.

Для пацієнтів після ушкодження головного мозку дозавданняно застосовувати Анкету EBIQ-S та EBIQ-R (European Brain Injury Questionnaire), яку самостійно заповнює пацієнт, а в другій частині – сім'я пацієнта. Ще одним прикладом опитувальника є Анкета порушень пам'яті. До такого опитувальника пацієнт, сім'я або особа, що виконує догляд, записують де, коли та за яких обставин у пацієнта з'явилися проблеми з пам'яттю.

ДОПОМІЖНІ ПИТАННЯ ПРИ ВИРІШЕННІ СТРАТЕГІЇ ПОДАЛЬШОГО ПРОЦЕСУ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Наведені нижче питання можуть прислужитися ерготерапевту в якості корисного допоміжного інструменту для вибору подальших кроків реабілітації.

- Наскільки уражені інші сфери? (моторні – маніпуляція предметами, письмо; сенсорні – зір, чутливість тощо).
- Чи пацієнт демонструє мотивацію? (якщо ні, то необхідні компенсаторні методи).
- Чи пацієнт здатний вивчити компенсаторну стратегію?
- Які інші проблеми перешкоджають відновленню когнітивних функцій? (емоційні, поведінкові, фізичні).
- Чи є необхідною зміна середовища? (середовище тихе, спокійне або таке, що більше подразнює органи відчуттів).

6.6.1. ОБСТЕЖЕННЯ Й ОЦІНЮВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ПОРУШЕННЯМ ЗОРОВОГО СПРИЙНЯТТЯ

ЗМІШУВАННЯ КОЛЬОРІВ (ПІДТЕСТИ ТЕСТУ ПЕРЦЕПТИВНОЇ ТЕСТОВОЇ БАТАРЕЇ РІВЕРМІД – RPAB 3)

Під час дослідження використовується завдання поєднання кольорів, оцінюється здатність відрізнити різні відтінки одного кольору, що з'являються на жетонах або кубках тієї ж форми. Терапевт кладе перед пацієнтом чотири основні кольори (червоний, синій, жовтий та зелений). Він просить пацієнта поєднати з кожним із кольорів інші жетони, що мають різні відтінки відповідного базового кольору.

ОБСТЕЖЕННЯ Й ОЦІНЮВАННЯ СПРИЙНЯТТЯ ГЛИБИНИ

При дослідженні терапевт, наприклад, просить пацієнта показати серед кольорових предметів, розміщених на столі перед ним, котрий з предметів лежить якнайдалі, котрий – найближче тощо. Ще одним прикладом завдання на оцінювання сприйняття глибини є переливання води з чайника у склянку неуразеною рукою.

ОБСТЕЖЕННЯ Й ОЦІНЮВАННЯ ПОРУШЕННЯ СПРИЙНЯТТЯ КОНТРАСТУ ФІГУРИ ТА ФОНУ

РОЗПІЗНАВАННЯ ФІГУРИ ТА ФОНУ (RPAB 8)

На головній картці зображено п'ять предметів (англійська шпилька, якір, ніж, чайник та відкривачка для пляшок). Поряд на купці лежать 10 карток. На п'яти з них завжди є один із предметів, зображених на головній картці, на інших п'яти – предмети, зображень яких немає на головній картці. Терапевт просить пацієнта співставити кожну з десяти карток із головною картокою і з'ясувати, чи зображення є на обидвох картках чи тільки на одній.

ПРИХОВАНІ ФІГУРИ

(завдання тесту Чесінгтонська батарея для неврологічного обстеження в ерготерапії COTNAV частина 1, тест II)

Тест містить п'ять пар прикладів. Кожна пара складається з намальованого простою лінією зображення та зі складного зображення, що містить у собі просте зображення. Терапевт просить пацієнта обвести рукою просту форму на більш складному зображенні.

ОБСТЕЖЕННЯ Й ОЦІНЮВАННЯ ПОРУШЕННЯ СПРИЙНЯТТЯ СТАЛОСТІ ФОРМ ТА РОЗПІЗНАВАННЯ РОЗМІРІВ

ПОЄДНАННЯ ЗОБРАЖЕНЬ (РРАВ 2)

Здатність поєднувати у пару однакові зображення та розрізняти інші подібні.

ПОЄДНАННЯ ПРЕДМЕТІВ (РРАВ 2)

Здатність поєднати реальні предмети за формою. Усі мають однаковий колір (зубна щітка, сірникова коробка, машина, чашка, гребінець).

Ще одним прикладом корисного оцінювання здатності розпізнавати форми є **використання дошки для оцінювання форм**. Терапевт просить пацієнта вкладати кольорові фігури різної форми у відповідні за формою заглиблення у дошці.

РОЗПІЗНАВАННЯ РОЗМІРІВ (РРАВ 4)

Здатність розпізнавати та поєднувати двовимірні предмети, якщо вони представлені в різних розмірах. Використовують картки із зображеннями таких предметів: годинник, черевик, будинок, капелюх і стілець. Кожен предмет представлений у великому та малому варіанті на різних картках. Пацієнта просять вибрати пару однакових предметів з карток, розкладених перед ним.

6.6.2. ОЦІНЮВАННЯ Й ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З ПОРУШЕННЯМ ЗОРУ, ЗОРОВЕ РОЗПІЗНАВАННЯ ПРЕДМЕТІВ ТА ОБЛИЧ, АГНОЗІЯ

ОБСТЕЖЕННЯ Й ОЦІНЮВАННЯ ЗОРОВОЇ АГНОЗІЇ

ТЕСТ ПОЄДНУВАННЯ ПРЕДМЕТІВ (РРАВ 2)

У цьому тесті ерготерапевт спочатку оцінює поєднання предметів у пари перед власне розпізнаванням предметів. Під час розпізнавання предметів він показує пацієнту кілька предме-

тів і кладе їх перед ним (наприклад, ключ, гребінець, монета, зубна щітка). Пацієнт називає предмет, описує або демонструє його використання, вживання. На наступному етапі терапевт просить пацієнта вибирати предмети, які він називає. Якщо пацієнт має афазію, то цей етап терапевт пропускає. Можна використовувати малюнки або фотографії звичайних предметів.

ПОЛОВИНИ ТВАРИН (ДОПОВНЕННЯ ОБ'ЄКТІВ – РРАВ 6)

Здатність скласти разом дві відокремлені частини відомих тварин так, щоб отримати цілу тварину. Перед пацієнтом розкладають картки. На кожній з них зображено половину однієї з п'яти тварин (слон, зебра, бегемот, верблюд і лев). Пацієнта просять вибрати дві половини, які разом складають одну тварину.

ВІДСУТНЯ ЧАСТИНА (ДОПОВНЕННЯ ОБ'ЄКТІВ – РРАВ 7)

Здатність вибрати відсутню частину предмета. Терапевт кладе перед пацієнтом зображення п'яти предметів, у яких завжди якась частина відсутня, і картки, на яких зображено відсутні частини. Наприклад кішка / хвіст, стіл / одна ніжка, качка / лапа, пальто / рукав і риба / хвіст. Пацієнта просять з'єднати відсутню частину з відповідним предметом або твариною.

ОБСТЕЖЕННЯ Й ОЦІНЮВАННЯ ТАКТИЛЬНОЇ АГНОЗІЇ

При дослідженні тактильної агнозії спостерігається здатність пацієнта розпізнавати текстуру на дотик. Для цього використовуються певні допоміжні засоби (наприклад, дотикове пексе-со) або ж підтести зі стандартизованих тестів. Прикладом є **підтест тактильної дискримінації COTNAV – Чесінгтонська батарея для неврологічного обстеження в ерготерапії**.

Підтест містить 5 предметів і 5 різних поверхонь для кожної руки. Терапевт пропонує пацієнту з заплющеними очима поступово доторкнутися до предметів.

ОБСТЕЖЕННЯ Й ОЦІНЮВАННЯ ПРОЗОПАГНОЗІЇ (НЕЗДАТНІСТЬ РОЗПІЗНАВАТИ ЗНАЙОМІ ОБЛИЧЧЯ ЛЮДЕЙ)

СХЕМА ТІЛА (РРАВ 10Б)

Здатність розпізнавати окремі частини обличчя та розмістити їх у правильному порядку стосовно інших. Ерготерапевт кладе перед пацієнтом контур голови з волоссям, а під нього – окремі частини обличчя (брови, очі, ніс, рот), потім просить пацієнта розмістити окремі частини на правильних місцях на контурі голови.

ПОЄДНАННЯ ОСІБ І ЇХ РОЗПІЗНАВАННЯ

Здатність поєднувати та/або розпізнавати фотографії членів сім'ї, терапевтичного персоналу й знаменитостей. Терапевт готує пари фотографій людей, яких пацієнт добре знає. Фотографії у довільному порядку розкладені перед пацієнтом, завданням якого є поступово вибрати однакові обличчя. Пацієнта, в якого немає проблем з пошуком імен, просять вибирати фотографії названих осіб. Тоді терапевт оцінює здатність розпізнавати членів сім'ї та друзів у колективі.

6.6.3. ОБСТЕЖЕННЯ Й ОЦІНЮВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ЗОРУ

ОБСТЕЖЕННЯ Й ОЦІНЮВАННЯ ЗОРОВОЇ МОТОРИКИ

Огляд проводять за допомогою маленького кольорового м'ячика. Пацієнт стежить за м'ячиком, яким терапевт повільно рухає у різних напрямках (вгору і вниз, зліва направо і справа наліво). Пацієнт фіксує погляд на м'ячі, який терапевт тримає в певній позиції. Терапевт стежить за рухами очей пацієнта.

Перед обстеженням одностороннього синдрому неглекту слід виконати обстеження погіршеного огляду однієї половини простору. Наприклад, BIT – викреслювання букв, зірок, рисок.

ДОШКА СКАНУВАННЯ

На дошці з 10-ма розкиданими цифрами пацієнт поступово показує цифри так, як він їх бачить. Терапевт записує цифри у даній послідовності. Пацієнт сам оголосить кінець обстеження. Терапевт аналізує систему огляду. У якості альтернативної заміни можна також використовувати звичайний підтест Поведінкового тесту уваги – викреслювання ліній.

ОЦІНЮВАННЯ ПРОСТОРОВОГО СПРИЙНЯТТЯ – СХЕМИ ТІЛА

СХЕМА ТІЛА – RPAB

Оцінюється схема тіла, а не уявлення пацієнта про тіло. У цьому тесті оцінюється здатність розпізнавати окремі частини тіла та збирати їх в одне ціле, де вони будуть у правильному положенні один до одного. Терапевт розміщує форму тіла у центрі робочої поверхні, і в якості

прикладу кладе одну руку у правильне положення. Пацієнта просять розмістити інші частини тіла у правильних місцях.

ЧАСТИНА ТЕСТУ РРАВ – ОРІЄНТАЦІЯ ВЛАСНОГО ТІЛА, ДИСКРИМІНАЦІЯ ПРАВО–ЛІВО

Здатність копіювати рухи тіла, рухи, що перетинають середню лінію. У тесті є такі інструкції: «Торкніться правої руки», «Торкніться лівого боку» і т. д. «Повторюйте рухи за мною», і терапевт торкається правої руки, лівого боку.

Загальне обстеження схеми тіла можна виконати таким чином. Терапевт сідає біля пацієнта та просить його:

- вказати на певну частину тіла за вербальними інструкціями або імітацією;
- зробити рух певною частиною тіла після того, як терапевт до неї доторкнувся;
- торкнутися однієї частини тіла іншою, наприклад: «Торкніться правою рукою лівого вуха».



ТОПОГРАФІЧНА ДЕЗОРІЄНТАЦІЯ – це загальний термін, що описує порушену здатність цілеспрямованого пересування (навігації) у просторі. Цілеспрямований рух у незнайомому середовищі буває частіше і більш серйозно пошкоджений, ніж цілеспрямований рух у знайомому середовищі. Обидва типи порушень нерідко поєднуються.

Конкретно топографічна дезорієнтація може означати проблеми під час пошуку шляху, або ж під час спроби пригадати впорядкування знайомого середовища у просторі.

Пацієнти з топографічною дезорієнтацією нездатні самостійно знайти дорогу в лікарні або можуть заблукати по дорозі додому. Проблеми виникають, коли пацієнт йде на покупки і в нього обмежуються соціальні контакти поза домашнім середовищем. Такі ж проблеми виникають у пацієнтів з деменцією та серйозними порушеннями пам'яті. Ці діагнози слід виключити.

Корисно спробувати виокремити пов'язані з пам'яттю та з простором складові проблеми пошуку дороги. Якщо пацієнт губиться, оскільки він не здатний розпізнати та запам'ятати знайомі характерні ознаки дороги, то при лівосторонньому геміпарезі може допомогти вербальний опис шляху, коли підкреслюються повороти ліворуч і праворуч. Людина з правостороннім геміпарезом (часто з афазією) буде здатна користуватися планом.

Якщо основною є просторова проблема, а також наявна право–ліво дискримінація, то під час реабілітації терапевт акцентує розпізнавання характерних точок шляху.

Більшість пацієнтів з топографічною дезорієнтацією має інші перцептивні проблеми, які можуть включати погіршення сприйняття глибини.

Обрати дорогу, наприклад: «Як ви потрапите до їдальні чи кухні?» Попросити пацієнта, щоб він описав словами (лівосторонній геміпарез) або намалював простий план (правосторонній геміпарез). Потім пацієнт пройде цей шлях. Це може бути дорога до відділення, додому, до найближчого магазину або до робочого місця. Одночасно досліджується здатність право-ліво дискримінації під час дороги.

Терапевт показує шлях на простому плані, що використаний у попередньому тесті. При цьому пацієнт визначає, чи треба повертати вправо або вліво. Потім проходить дорогу й знову визначає напрям руху. Топографічну дезорієнтацію необхідно відрізнити від наслідків порушень поля зору, від труднощів з оцінюванням відстані, неправильного розташування предметів у просторі.

6.6.4. ОБСТЕЖЕННЯ Й ОЦІНЮВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З АПРАКСІЄЮ



АПРАКСІЯ – малодосліджене неврологічне або невропсихіатричне порушення. Як правило, це пов'язано з тим, що воно досить часто поєднується з афазією або геміплегією.

Перш ніж почати оцінювати апраксію, слід виключити:

- значне порушення м'язового тону верхніх кінцівок (пасивні рухи);
- значне порушення сили м'язів;
- важкі форми парезу (активні рухи);
- односторонній синдром неглекту, геміанопсію;
- порушення чутливості.

У більшості випадків обстеження починається зі словесних інструкцій. Через те, що апраксія часто пов'язана з афазією, то вербальні вказівки необхідно доповнити візуальною інструкцією.

Необхідно усвідомлювати, що пацієнт, окрім виняткових випадків, обстежується у незнайомому, новому середовищі (інша кухня, інша ванна кімната), тому ймовірно, що в домашніх умовах він зміг би виконувати завдання значно краще або й бездоганно.

Тому, якщо це можливо, слід використовувати можливість працювати з пацієнтом у звичному для нього середовищі, або ж терапевт має з'ясувати, в який спосіб пацієнт виконував чи виконує справи вдома (наприклад, використовував газову плиту чи електричну, електричний чайник чи кавоварку; звик митися у ванні чи в душі тощо).

Після завершення виконання певного завдання на підставі результатів спостереження можна визначити наявність апраксії, або й визначити її тип, чи з'ясувати іншу причину проблем пацієнта.

Для оцінювання апраксії важливо, щоб пацієнт зміг:

- поєднати відповідний предмет з належною функцією й правильно його використовувати;
- впорядкувати належним чином етапи завдання.

ВЛАСНІ МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ:

СПОСТЕРІГАТИ ЗА ПАЦІЄНТОМ ПІД ЧАС ВИКОНАННЯ ЗВИЧАЙНОЇ ЩОДЕННОЇ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ:

- без попереднього пояснення завдання пацієнт діє спонтанно — роздягання, одягання (див. апраксія в одяганні), прості дії на кухні і т. д.;
- після попередньої домовленості з пацієнтом про те, як виконуватиметься завдання; наприклад, окремі стадії заварювання кави обговорюються з пацієнтом заздалегідь, необхідні предмети показані.

Під час обстеження терапевт звертає увагу на:

- спосіб, у який пацієнт вирішив виконати завдання;
- коментарі пацієнта;
- прояви емоцій під час заняття;
- вагання, нерішучість пацієнта, зміна рішення;
- типи помилок, яких припускається пацієнт (тобто здатність пацієнта виконати окремі етапи, здатність пацієнта правильно впорядкувати свої дії, вибір відповідних предметів та їхнє належне використання, плавність рухів, прояви персеверації, чи завдання завершено і чи завершено в слушний момент).

Перед спостереженням терапевт готує бланк, куди записує:

- окремі поетапні очікування протягом заняття;
- необхідні предмети;
- протягом спостереження занотовує помилки, яких припустився пацієнт; наприклад: заняття — окремі етапи — предмети, які потрібно використати — помилки пацієнта

чайник наповнити водою	чайник, водопровідний кран
ввімкнути конфорку на плиті	сірники, плита
чайник поставити на плиту	
приготувати чашку	
насипати каву і т. д.	

СТАНДАРТИЗОВАНІ МЕТОДИ:

тести, що містять частину завдань для обстеження апраксії:

- **RPAB** – Перцептивна тестова батарея Рівермід.
- **COTNAB** Чесінгтонська батарея для неврологічного обстеження в ерготерапії.

Ці тести оцінюють послідовність окремих кроків повсякденних занять й одночасно здатність пацієнта зрозуміти зміст зображень (наприклад, RPAB містить зображення росту рослин і дії на автобусній зупинці). Пацієнт має впорядкувати 5 кроків у правильній послідовності.

LOTCA (Lowenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment) – містить підтест для закріплення практики. Він має три частини: рухові імітації, використання реальних предметів і символічні дії. Дії пацієнта оцінюються за 4-бальною шкалою.

A-ONE – Ерготерапевтичне невро-поведінкове оцінювання ADL Гудрун Арнадоттір. Тест містить оцінювання моторної та ідеаторної апраксії. Це стандартизований інструмент, призначений для пацієнтів старших від 16 років з нервово-поведінковою дисфункцією кортикального походження. Метод базується на спостереженні за пацієнтом при виконанні обраних ADL. Метою A-ONE є вимірювання впливу невро-поведінкових дефіцитів на виконання цієї діяльності.

СПЕЦИФІЧНІ ТЕСТОВІ МЕТОДИ ДЛЯ ОЦІНЮВАННЯ АПРАКСІЇ

- **Тест практики – Santa Clara Valley Medical Center** – містить 8 завдань, які виконуються за вербальною інструкцією, імітуванням або з використанням реального предмета. Завдання обираються так, щоб було залучено апраксію оральну й апраксію кінцівок (моторну).
- **Solet Test для оцінювання апраксії** – цей тест містить 40 завдань. Він призначається для оцінювання ідеомоторної й ідеаторної апраксії. Тест розрізняє обидва типи апраксії на підставі способу, яким пацієнтові слід давати вказівки. Результати тесту використовуються для визначення подальшого плану втручання.

- *Бостонське оцінювання апраксії*
- *Дабульська батарея* для обстеження апраксії, яку, головним чином, застосовують логопеди для обстеження мовної апраксії. Дабульська батарея містить також частину завдань для оцінювання моторної апраксії.

Більшість тестів для оцінювання апраксії містять підтести, в яких оцінюються рухи – **різні типи жестів**:

- **ТРАНЗИТИВНІ**, що містять використання предметів (наприклад: «Покажіть мені, як ви голи-тесь»). Інші приклади: задати свічку, перевернути копійку, вдарити ногою м'яч, підмітати міт-лю тощо.
- **НЕТРАНЗИТИВНІ** (символічні), що є виразом думки або почуття (наприклад: «Покажіть мені, як ви комусь махаєте на прощання»). Інші приклади: показати язик, вклонитися.
- **РУХИ БЕЗ ПЕВНОГО ЗНАЧЕННЯ** (несимволічні) – наприклад, «Прикладіть руку до підборіддя», інші: торкнутися вуха вказівним пальцем, засвітити, повернутися тощо.
- **ЖЕСТИ ВЕЛИКОЇ МОТОРИКИ** (наприклад: «Покажіть мені, як ви кидаєте м'яч») – оцінюється рух руки, а не пальців.
- **ЖЕСТИ ДРІБНОЇ МОТОРИКИ** (наприклад: «Покажіть мені, як ви писатимете на друкарській ма-шинці»).

Пацієнти з апраксією переважно матимуть:

- менше проблем з рухами великої моторики, нетранзитивними рухами, що виконуються подалі від тіла (наприклад, махання при прощанні);
- більше проблем з дистальними рухами дрібної моторики, транзитивними жестами безпосе-редньо на тілі (наприклад, макіяж обличчя).

ПОШИРЕНІ ПОМИЛКИ, ЯКИХ ПРИПУСКАЮТЬСЯ ПАЦІЄНТИ ПРИ ДОСЛІДЖЕННІ АПРАКСІЇ

- Використання частини тіла замість предмета – тип I – наприклад, при чищенні зубів замість зубної щітки використовує свій палець.
- Використання частини тіла замість предмета – тип II – наприклад, положення руки правиль-не, але пацієнт не враховує розміри предмета. Наприклад, при чищенні зубів рухає рукою по всьому обличчі.
- Орієнтація – не може зосередитися на положенні руки відносно тіла чи інших предметів, які використовуються.

- Взаємозв'язок між долонею та рукою — невміння зосередитися на положенні долоні відносно руки.
- Незграбність — рухи плавні, або ж пацієнт виконує їх незграбно.
- Персеверація — пацієнт затримується на попередній інструкції (не завершує рух).
- Положення — пацієнт виконує правильний рух, але в неправильному місці.
- Затримка, повільні рухи — пацієнт відповідає негайно або виконує рух через певний проміжок часу.

ДЖ. ГРІВ РОЗДІЛИЛА ОЦІНЮВАННЯ МОТОРНОЇ АПРАКСІЇ НА 3 ЧАСТИНИ:

ДЕМОНСТРАЦІЯ РУХУ З ВЕРБАЛЬНОЮ ІНСТРУКЦІЄЮ (З ПРЕДМЕТОМ / БЕЗ ПРЕДМЕТА)

коли пацієнта просять показати застосування відомих йому предметів. Рухи тестують на трьох рівнях:

- з вербальною інструкцією: *«покажіть мені, як ви будете...»* (наприклад, задувати свічку);
- наслідування – імітація дії *«покажіть мені, як ви будете так...»*;
- виконання дії зі справжнім предметом;
- пацієнт демонструє поступово 10 завдань.

Рівень 1) найскладніший. Завдання стає простішим, якщо додається інформація зорова 2) і тактильна 3).

ПОЄДНАННЯ ПРЕДМЕТІВ ЗА ФУНКЦІЄЮ

коли перед пацієнтом лежать 4 вибрані предмети, два з яких мають однакову функцію, а два інші схожі на основний предмет. Пацієнтові пропонується вказати, який предмет може мати ту саму функцію, що й вибраний предмет. Наприклад: основний предмет (викрутка), інші предмети – монета, пташине перо, олівець.

Терапевт питає в пацієнта: *«Яким предметом ви б скористалися, щоб загвинтити гвинт у дерево?»*

ВПОРЯДКУВАННЯ КРОКІВ У ПРАВИЛЬНІЙ ПОСЛІДОВНОСТІ

це оцінювання з'являється як завдання у стандартизованих тестах:

- *RPAB (Rivermead Perceptual Assessment Battery)* – впорядкування зображень.

— *COTNAB (Chesington Occupational Therapy Neurological Assessment Battery) частина 1, III.*

Ці тести досліджують впорядкування кроків дій у стандартних ситуаціях й одночасно здатність пацієнта зрозуміти суть зображення.

RPAB тест частина 9 містить зображення росту рослини й дії на автобусній зупинці. Пацієнт має впорядкувати 5 кроків у правильній послідовності.

В ОЦІНЮВАННІ КОНСТРУКТИВНОЇ АПРАКСІЇ ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ ДВА ТИПИ КОНСТРУКТИВНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ:

ГРАФІЧНЕ ЗАВДАННЯ – обведення геометричних форм (пацієнт поступово переходить від найпростіших до більш складних), а також малювання без зразка (наприклад, будинок, годинник, квітка тощо).

Завдання, під час якого пацієнт має **СКЛАСТИ ДВОВИМІРНИЙ І ТРИВИМІРНИЙ ОБ'ЄКТ** – складання двовимірного зображення з паличок, сірників, а також створення тривимірного об'єкта з кубиків. (Стандартні помилки пацієнта: вибір палички неправильної довжини або ігнорування деякої частини шаблону (особливо крайньої), або ж він намагається використати частину моделі для створення копії, чи створює копію безпосередньо на моделі).

Ці два типи мають завжди бути включені в тестування

Значною проблемою під час дослідження конструктивної апраксії є його суб'єктивність, оскільки стандартизованих тестів існує дуже мало.

Тести для оцінювання конструктивної апраксії ідентичні тестам, що описані в частині про конструктивні дефіцити. Багато інформації можна отримати, спостерігаючи за пацієнтом під час виконання тестів. Для пацієнта з апраксією буде проблематичним взагалі почати тест, а протягом тесту виникатимуть персеверації.

НАЙЧАСТІШЕ ВИКОРИСТОВУВАНИМИ СТАНДАРТИЗОВАНИМИ ТЕСТАМИ Є:

LOTCA

містить частину, призначену для оцінювання зорово-рухової координації. Підтест складається з копіювання, малювання та складання малюнка з кубиків.

РРАВ

для оцінювання конструктивної апраксії застосовуються підтести: копіювання 2D форм і слів або копіювання 3D об'єктів.

СОТНАВ

містить оцінювання конструктивних умінь – двовимірне й тривимірне копіювання (обведення та складання 3D моделі з кубиків і копіювання шаблону з використанням штампів), а в 4-й частині завдання: складання дротяної вішалки-плечиків за зразком та письмовими вказівками. Цей тест можна використовувати лише у тому разі, якщо пацієнт не має проблем з мовленням. Складність письмових вказівок зростає як за формою, так і за змістом. Кілька перших етапів можна використовувати для оцінювання інтеграції просторових і конструктивних здібностей.

ДЛЯ ОЦІНЮВАННЯ КОНСТРУКТИВНОЇ АПРАКСІЇ ТАКОЖ ЗАСТОСОВУЮТЬ:

- **ЧАСТИНУ «ГРАФІЧНІ ЗРАЗКИ» З НЕСТАНДАРТИЗОВАНОГО КОМПЛЕКТУ SANTA CLARA VALLEY MEDICAL CENTER.** У цьому тесті пацієнта просять обвести за підготовленими картками кожен з таких форм: горизонтальна та вертикальна лінії, хрест, круг, квадрат, трикутник, ромб, куб, будинок і годинник. Кожна форма оцінюється окремо за 3-бальною шкалою.
- **КОПІЮВАННЯ ДВОВИМІРНИХ ФОРМ.** Завдання таке ж, як у попередньому оцінюванні. Ця частина оцінювання має цілу низку варіантів, однак вони не стандартизовані. Наприклад, обвести за зразком зображення будинку, квітки, циферблата. Або ж обвести за зразком геометричні фігури. Спосіб оцінювання однаковий в обох частинах.
- **СКЛАДАННЯ ФОРМ ІЗ СІРНИКІВ (2D):** терапевт поступово складає з сірників 10 фігур і просить пацієнта скопіювати його дії. Фігури мають відрізнятися за складністю. Використовують від 2 до 9 сірників. Оцінювання є суб'єктивним. Нормою вважається, якщо пацієнт складе всі фігури у межах визначеного часу.
- **ТЕСТ БЕНТОНА (3D):** містить тривимірне завдання на конструювання, коли пацієнт поступово будує об'єкт із кубиків за трьома моделями. За допомогою комплекту з 29 кубиків пацієнт складає копію представлених моделей. За кожен правильно розміщений кубик пацієнт отримує бал. Максимальна кількість балів – 29.

Також обстеження часто проводиться шляхом спостереження під час одягання.

Ерготерапевт стежить за тим, чи пацієнт знає, з чого починати, чи знайде правильний предмет одягу або рукав. Чи не забуває він одягти одну половину тіла (частіше ліву), або чи не вдягає одяг навиворіт, чи правильно застібає ґудзики.

Для більш точного збору матеріалів про апраксію можна також скористатися: тестами схеми тіла, тестами для одностороннього синдрому неглекту або тестами для виявлення конструктивної апраксії.

6.6.5. ОЦІНЮВАННЯ Й ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З ПОРУШЕННЯМ УВАГИ, СИНДРОМ «ПРОСТОРОВОГО ІГНОРУВАННЯ»

Порушення уваги можуть стати головною проблемою під час реабілітації пацієнтів з неврологічними захворюваннями.

Тісний зв'язок між пам'яттю й увагою означає, що деякі очевидні проблеми з пам'яттю можуть починатися з проблем з увагою.

Під час оцінювання когнітивних функцій ерготерапевти перш за все керуються результатами оцінювання клінічного психолога. Для клінічних психологів існує низка ретельно продуманих стандартизованих тестів. Однак деякі з них не завжди відображають реальні життєві ситуації.

Для ерготерапевтів існує **Тест щоденної уваги TEA (Test of Everyday Attention)**, що видається **Thames Valley Test Corporation**. Тест досліджує зосереджену, утримувану та змінну увагу й заснований на матеріалах повсякденного життя. Містить три паралельні версії, кожна з яких включає 8 підтестів: пошук дороги на карті, підрахунок звукових сигналів, підрахунок зорових сигналів, пошук номера телефону, стеження за номерами. TEA стандартизовано для пацієнтів після травми голови, інсульту та пацієнтів з деменцією Альцгеймера.

Інші тести включають перекреслення цифр або слів, приховані зображення, призначені для тестування спрямованої (селективної) уваги. Trail making test, Stroop test — це тести на розподіл уваги.

Існують також відповідні комп'ютерні програми, які використовуються й ерготерапевтами. Наприклад, **Train the Brain** чи **Rehacom**, чи **NEURO-P2**.

Ерготерапевти часто оцінюють увагу або інші когнітивні функції, спостерігаючи за пацієнтом під час виконання певної цілеспрямованої рухової активності. Здатність аналізувати виконання завдання пацієнтом та відстежувати вплив змін у середовищі — це основні навички ерготерапевта.

Оцінювання одностороннього синдрому неглекту вимагає спостереження за поведінкою, щоб можна було відстежити окремі характеристики синдрому, наявні в конкретного пацієнта. В ерготерапії на початку оцінювання допоміжним інструментом виступає перелік проблем:

- зіткнення з предметами ураженою стороною;
- виконання справ тільки однією стороною — вдягання, миття, прийом їжі;
- читання та письмо на половині сторінки;
- нездатність повернути в один бік і втрата орієнтиру на дорозі;
- нездатність відповідати особі з ураженого боку, або фіксувати її.

У деяких пацієнтів синдром неглекту проявляється під час звичайної повсякденної активності, до якої залучаються частини тіла, наприклад: *розчісування волосся, гоління або нанесення макіяжу*. В інших пацієнтів неглект проявляється, коли вони використовують предмети в зоні маніпуляції, наприклад: *накривають на стіл, подають чай кільком особам або використовують інструменти на обох половинах робочої поверхні*. Односторонній неглект під час локомоції можна спостерігати, коли пацієнт, що здатний ходити, або такий, що пересувається на кріслі колісному, завжди рухається тією самою дорогою так, щоб повертати праворуч, або зіштовхується з предметами зліва.

СЛУХОВИЙ НЕГЛЕКТ можна виявити таким чином: терапевт плескає долонями за спиною пацієнта з одного, а потім з іншого боку.

Існує досить велика кількість способів вимірювання уваги при односторонньому синдромі неглекту. Оскільки вимірювання абсолютної уваги неможливе, то застосовуються стандартні непрямі способи. Застосовані способи вимірювання порівнюють відносну увагу, спрямовану людиною, на кожну візуальну стимуляцію.

ТЕСТИ, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ ДЛЯ ОЦІНЮВАННЯ, МОЖНА РОЗДІЛИТИ НА ТРИ КАТЕГОРІЇ:

- **ТЕСТИ МАЛЮВАННЯ**, розрізняють два типи тестів: копіювання та спонтанні тести. При копіюванні пацієнт отримує зразок зображення. Зразок зображення подається симетричним, тому потім можна порівняти праву та ліву частину скопійованого зображення й визначити, чи пацієнт нехтує однією стороною більше, ніж іншою. Найчастіше на практиці використовується зображення аналогового годинника. Як правило, нормальні люди правильно скопіюють усі частини годинника. Пацієнти з одностороннім неглектом зазвичай пропускають усю половинну або частину лівої половини зображеного годинника (наприклад, пропускають цифри зліва). При спонтанному тесті пацієнтам пропонується намалювати малюнок по пам'яті. Знову ж таки пацієнти з синдромом неглекту пропускають ліву частину малюнка.

- **У ТЕСТАХ ПОДІЛУ ЛІНІЙ НАВПІЛ** пропонуються лінії різної довжини. Пацієнтові пропонується позначити кожну з цих ліній так, щоб розділити її навпіл. Нормальні особи зазвичай поділяють лінії приблизно на дві рівних половини. Пацієнти з синдромом неглекту розташовують середину лінії виразно вправо, не звертаючи уваги на простір зліва. Ступінь ураження визначають за допомогою довжини відстані від середини лінії (що далі визначено середину, то більш значним є ураження).
- **У ТЕСТАХ ПЕРЕКРЕСЛЕННЯ** використовуються заздалегідь намальовані зображення з цифрами, літерами, словами та/або малюнками, які розташовані або рядами, або неструктуровано. Цифра, літера або лінія наявні у тій же кількості справа та зліва. Завдання пацієнта полягає в тому, щоб цифру або літеру викреслити чи інакше позначити. Терапевт оцінює кількість пропущених цифр або літер. Пацієнти з неглектом зазвичай позначають значно більшу кількість елементів справа, ніж зліва.

Приклади тестів з перекресленням:

- *перекреслення зірочок і ліній;*
- *перекреслення літер «С» і «Е»;*
- *перекреслення дзвоників;*
- *перекреслення цифр «2» і «7».*

Нещодавнє дослідження Фербера та Карната оцінювало валідність тесту на поділ лінії навпіл і 4 тести на перекреслення для оцінювання одностороннього синдрому неглекту. Результати дослідження підтвердили високу валідність тестів на перекреслення в таких пацієнтів, тоді як тест поділу лінії, на думку авторів, настільки адекватним вже не був. Автори зазначають, що на результати тесту з поділом ліній може також впливати геміанопія.

Для ранньої діагностики синдрому неглекту можна скористатися дошкою з вирізаними формами. Пацієнт доповнює форми тільки у правій частині дошки. Якщо на початку вирізані кубики розкладені з обох боків дошки, то пацієнт фіксує лише ті, що лежать праворуч.

СТАНДАРТНЕ ОЦІНЮВАННЯ ОДНОСТОРОННЬОГО СИНДРОМУ НЕГЛЕКТУ (НАПРИКЛАД, ЗА ДОПОМОГОЮ ТЕСТУ ВІТ)

містить звичайні тести (олівець — папір):

- Якщо терапевт попросить поділити лінію навпіл, то пацієнт шукатиме середину в напрямку від ураженої сторони.
- Під час тестів з перекресленням, коли пацієнт має викреслити певні цифри, літери або слова, він звертатиме увагу тільки на ті, що знаходяться на неуразеній стороні.

- Обводючи або малюючи фігури, пацієнт забуватиме про половину контуру. Такі звичайні тести є вельми корисними при діагностуванні одностороннього неглекту.

ЗАНЯТТЄВІ ТЕСТИ

використовують стимули, що пов'язані з реальними життєвими ситуаціями, наприклад, читання газет, набір номера телефону, переписування адреси або пошук шляху.

ПРИКЛАДИ З ВІТ (ТЕСТУ ПОВЕДІНКОВИХ ПОРУШЕНЬ УВАГИ):

- **ПОДІЛ ЛІНІЇ НАВПІЛ** — здатність позначити середину трьох горизонтальних ліній довжиною 204 мм. Одна лінія знаходиться в центрі сторінки, а інші зміщені ближче до однієї чи другої сторони.
- **ЗАВДАННЯ НА ПЕРЕКРЕСЛЕННЯ** — розподіл помилок при завданнях з перекресленням покаже поле зору та присутність або відсутність неглекту на одній стороні:
- **ЗДАТНІСТЬ ПЕРЕКРЕСЛИТИ 40 РИСОК** довжиною 25 мм, розкиданих на сторінці А4, а саме так, щоб була перекреслена однакова кількість рисок з обох боків середньої лінії.
- **ЗДАТНІСТЬ ПЕРЕКРЕСЛИТИ ВСІ «Е» ТА «R»** у групі випадкових літер у п'яти рядках, коли у кожному рядку — 34 літери.
- **ЗДАТНІСТЬ ВИКРЕСЛИТИ ВСІ МАЛІ ЗІРКИ** з-поміж групи малих і великих зірок, літер і коротких слів.
- **ПРАВЕ / ЛІВЕ КОПІЮВАННЯ** — здатність перемалювати об'єкти з однієї половини сторінки на іншу та форми, зображені на одній сторінці, на наступну сторінку.

ЗАНЯТТЄВІ ТЕСТИ В ВІТ

зосереджуються на завданнях, які постають перед пацієнтами в повсякденному житті. Цих дев'ять тестів містять: перегляд малюнків, набір телефонного номера, читання меню, читання газетної статті, визначення часу, розпізнавання копійок, переписування адрес і речень, просторову орієнтацію на карті та впорядкування карт.

6.6.6. ОЦІНЮВАННЯ Й ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПОРУШЕННЯМ ПАМ'ЯТІ

ОЦІНЮВАННЯ КОРОТКОТИВАЛОЇ ПАМ'ЯТІ

ПСИХОЛОГІЧНІ СТАНДАРТИЗОВАНІ ТЕСТОВІ МЕТОДИ

реалізовані психологом, передбачені для ерготерапевтів, наприклад, RBMT, Mini Mental State Examination, MEAMS.

СЕРІЯ ЦИФР

коли пацієнтові читають коротку серію цифр зі швидкістю 1 цифра за секунду. Зазвичай починається з 3-х цифр. Цифри потрібно повторити в тій же послідовності. Кількість цифр у секвенції збільшується до появи помилки або коли досягнуто кількості 8. Серія цифр у зворотний послідовності — процедура аналогічна попередньому завданню, але цифри повторюються в зворотному порядку.

КУБИКИ CORSI

(наприклад, для осіб з афазією), коли на чорну робочу поверхню у довільному порядку кладуть дев'ять чорних кубиків величиною 3,5 см. Кожен кубик позначено цифрою, щоб його можна було відрізнити від інших. Терапевт торкається пальцем кубиків у заздалегідь визначеній послідовності, а пацієнт має повторити послідовність дотиків. Кількість дотиків (цифр у послідовності) зростає по одному до помилки пацієнта. Нормою вважається дотик до шести кубиків.

ОЦІНЮВАННЯ ОСОБИСТОЇ СЕМАНТИЧНОЇ ПАМ'ЯТІ

пацієнта включає пригадування імен родичів і близьких друзів з минулого, а також добре відомих пацієнтові осіб з кінофільмів, телевізійних програм, спорту чи інших сфер. Оцінювання епізодичної пам'яті залежить від розмов з родичами, від яких можна отримати важливу інформацію про важливі події з життя пацієнта.

СТАНДАРТИЗОВАНІ МЕТОДИ ТЕСТУВАННЯ

RBMT — ПОВЕДІНКОВИЙ ТЕСТ ПАМ'ЯТІ РІВЕРМІД

У нижченаведених підтестах здійснюється обстеження семантичної пам'яті:

- Тест 1 і Тест 2 Власне ім'я й прізвище.
- Тест 5 Розпізнавання зображень.
- Тест 7 Розпізнавання облич.
- Тест 10 та 11 Орієнтація та дата.

COTNAV, частина 4, III

досліджує здатність працювати за вербальними інструкціями. Ерготерапевт голосно нешвидко читає коротке оповідання. Потім просить пацієнта вибрати з набору — 25 карток із зображеннями — 12 таких, що ілюструють розповідь. Картки необхідно покласти у правильній послідовності. На малюнку показані картки для повторення розповіді.

Цей тест визначає об'єм інформації, який здатний зберігати пацієнт, а також одночасно дозволяє спостерігати за здатністю відтворення ним подій, про які йшлося в розповіді на початку чи наприкінці.

ІНТЕРВ'Ю АВТОБІОГРАФІЧНОЇ ПАМ'ЯТІ

(Autobiographical Memory Interview (A.M.I.) Копелман 1990)

як метод збору даних використовує частково структуровану розмову. Складається з двох частин: персональна семантична інформація (факти з минулого) й автобіографічні події (особисті події з минулого). В обох частинах досліджуються три періоди життя пацієнта:

- дитинство (наприклад, де жив до того, як почав ходити до школи);
- дорослий вік (назва середньої школи або університету, в яких навчався);
- недавній період (назва лікарні, в якій лікувався).

Результати визначають величину дефіциту автобіографічної пам'яті та часові межі ретроградної амнезії.

КОМП'ЮТЕРНЕ ОЦІНЮВАННЯ ПАМ'ЯТІ (TRAIN THE BRAIN, SHUFRIED)

доступне програмне забезпечення для оцінювання зорової та вербальної пам'яті. Кількість інформації на екрані можна поступово збільшувати, а також можна дослідити миттєве відтворення або ж відтворення із затримкою.

ОЦІНЮВАННЯ ЩОДЕННОЇ ПАМ'ЯТІ

Спосіб, у який пошкодження пам'яті впливає на щоденне життя, залежить від способу життя особи. Після травми головного мозку або у випадку дегенеративного захворювання, що уражає пам'ять, настає зміна когнітивних вимог до пацієнта. Деякі пацієнти заперечують, що мають проблеми з пам'яттю, бо нове середовище ставить до їхньої пам'яті незначні вимоги (наприклад, пацієнт знаходиться в стаціонарі або в Центрі довготермінового перебування).

Здатність виконувати ADL, продуктивну діяльність й активно відпочивати залежить від того, чи вдасться ерготерапевтам створити передумови, які допоможуть пацієнтові подолати специфічні проблеми з пам'яттю. Наразі дискусійним є питання, чи вправи для пам'яті мають для її відновлення якесь значення. Набагато важливіше, щоб терапевт знайшов конкретні стратегії, які допомогли б пацієнту запам'ятати те, що він потребує знати, як-то: імена осіб чи послідовність кроків, як пересісти на крісло колісне. Особи з порушенням пам'яті використовували в минулому для запам'ятовування інформації різні стратегії. Ерготерапевт може допомогти знову їх використовувати або знайти нові стратегії й оволодіти ними.

Визначення сфер проблеми може призвести до вибору відповідних зовнішніх допоміжних засобів для пам'яті. Наприклад, для деяких пацієнтів може стати в пригоді будильник, а для інших — ні. Будильник слід розмістити близько до місця, де має виконуватися заняття, інакше пацієнт може забути, що саме він мав зробити.

Важливою частиною тестування пам'яті є отримання інформації про попередній спосіб життя пацієнта. Комп'ютерні допоміжні засоби будуть найбільш успішними для людей, які користувалися персональним комп'ютером ще до початку порушення пам'яті. Не дивлячись на це, відповідні дані у комп'ютерних календарях і щоденниках має знайти хтось інший, адже багато пацієнтів з порушеннями пам'яті не здатні запам'ятати кроки, необхідні для перегляду та стирання даних. Для багатьох пацієнтів більш корисними є звичайні щоденники, але ними слід користуватися разом з будильником, який пацієнтові нагадає, що треба подивитися в щоденник.

Пацієнт також має бути здатен пов'язати певні завдання з певними днями.

Під час **ОЦІНЮВАННЯ** порушень щоденної пам'яті принципово важливо визначити вплив цього порушення на щоденне життя, а також запропонувати відповідні компенсаторні засоби для пам'яті. При обстеженні лікарі використовують два методи: анкети та щоденні записи. Також додають спостереження за пацієнтом під час заняттєвої активності та вибирають методи тестування.

АНКЕТИ ТА ЩОДЕННІ ЗАПИСИ, об'єктивні **ОЦІНЮВАННЯ** щоденної пам'яті є складними. За допомогою суб'єктивних методів ерготерапевти можуть отримати корисну інформацію про сфери, що вимагають адаптації середовища або використання зовнішніх допоміжних засобів. Рекомендується, щоб родичі або особи, які доглядають за пацієнтом, написали список випадків втрати пам'яті в окремого пацієнта. Цим списком може потім скористатися пацієнт у зв'язку з проблемами при виконанні діяльності та при розробці стратегій компенсації.

Спостереження за поведінкою під час заняттєвої активності, коли дозавданняно застосувати для оцінювання загальні правила:

- розрізнення сфер, уражених та інтактних;
- спостереження за пацієнтом в кількох ситуаціях;
- вплив середовища та часу на виконання заняття;
- час між стимулом і пригадуванням.

Специфічні питання та завдання для пацієнта, які можуть використовуватися терапевтом під час спостереження:

- Яка сенсорна система уражена? (наприклад, миттєве відтворення може тестуватися для різних модальностей):
 - **зорова:** пацієнта просять намалювати прості геометричні форми, які він бачив 5–10 сек. Приклад: якщо в пацієнта уражено сприйняття, то в нього, ймовірно, пошкоджено також зорову пам'ять, тож він не зможе використовувати візуальні допоміжні засоби для пам'яті;
 - **кінестетична:** терапевти просять пацієнта повторити раніше продемонстровані ними положення рук;
 - **слухова:** пацієнта просять повторити кілька швидких ритмічних ударів пальцями. Якщо пацієнт має афазію, то, ймовірно, в нього уражено вербальну пам'ять, і він не зможе користуватися вербальними допоміжними засобами для пам'яті.
- Уражено невербальну пам'ять? Чи вербальну?
- У пацієнта виникають проблеми з навчанням або з виконанням занять?
Чи поліпшується ситуація в результаті тренування?
- Чи пацієнт здатен користуватися допоміжними засобами для пам'яті?
- Чи для нього є проблемним вивчення нової речі або пригадування старої?
- Які процеси пошкоджені? Пригадування чи розпізнавання?
- Чи уражено семантичну або епізодичну пам'ять?
- Чи має пацієнт проблеми із запам'ятовуванням послідовності дій?

ПОВЕДІНКОВИЙ ТЕСТ ПАМ'ЯТІ РІВЕРМІД

Екологічну валідність тесту підтверджено.

(Результати тестів свідчитимуть про здатність пацієнта впоратися з потребами повсякденного життя). Тест показує зв'язок між когнітивними проблемами та повсякденним життям у домашніх умовах.

Тести в цій батареї, які специфічно досліджують щоденну пам'ять:

- Тест 3. Прихований предмет.
- Тест 4. Зустріч.
- Тест 6. Історія.
- Тест 8. Пошук дороги.
- Тест 9. Повідомлення.

7. ВИЗНАЧЕННЯ ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНИХ ЗАВДАНЬ І ПЛАНІВ, ВТРУЧАННЯ

Перед початком терапії необхідно не тільки оцінити функціональні можливості пацієнта, але й на підставі **оцінювання** визначити для нього ерготерапевтичні завдання та плани. Під час визначення завдань і планів варто враховувати думку пацієнта та розставити пріоритети. Значний вплив на виконання ерготерапевтичних завдань має мотивація пацієнта. Якщо терапевт не враховує думку та точку зору пацієнта, то існує небезпека втратити його довіру, що може вплинути на майбутню співпрацю з ним. У разі, якщо пацієнт не висуває жодних ідей або має інакше бачення виконання ерготерапевтичного завдання, ніж лікар, терапевт має присвятити достатньо часу, щоб пояснити пацієнтові можливі ризики й подальші кроки. Лікар має неодмінно наголосити, наскільки вагоме значення мають кроки в ерготерапії та як саме вони пов'язані з досягненням мети пацієнта.

Комплексне визначення ерготерапевтичного завдання називається **ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНИМ ПЛАНОМ**, який поділяється на короткотермінові та довготермінові завдання та плани.

ДОВГОТЕРМІНОВЕ ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНЕ ЗАВДАННЯ

яке необхідно спочатку визначити. Це головний результат ерготерапії, якого терапевт разом з пацієнтом хочуть досягти наприкінці ерготерапевтичного втручання.

КОРОТКОТЕРМІНОВЕ ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНЕ ЗАВДАННЯ

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

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

- S** (specific) — специфічною;
- M** (measurable) — вимірюваною;
- A** (achievable) — досяжною;
- R** (realistic, relevant) — реалістичною;
- T** (time bound) — окресленою у часі.

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

Наприклад: *Пацієнт через 1 місяць від сьогоднішнього дня (вказують конкретну дату) буде здатний самостійно, без допомоги, попити з чашки.*

Завдання варто формулювати позитивним твердженням, вони не мають містити заперечення, тобто не мають виглядати, наприклад, таким чином:

Через 1 місяць пацієнт не потребуватиме допомоги при одяганні.

Під час визначення завдань ерготерапевт має враховувати пріоритети і терапії, й пацієнта. Занадто загально сформулювати завдання є помилкою, оскільки при узагальненні через деякий час терапевт не зможе оцінити, чи справді було виконано ерготерапевтичне завдання чи ні.

ПРИКЛАД ПОГАНО СФОРМУЛЬОВАНИХ ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНИХ ЗАВДАНЬ

Пацієнт покращить пересування.
Більша самостійність пацієнта в прийомі їжі.

ПРИКЛАД ПРАВИЛЬНО СФОРМУЛЬОВАНИХ ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНИХ ЗАВДАНЬ

Пацієнт буде здатний самостійно пересуватися з ліжка на крісло колісне через 1 місяць від сьогодні.

Пацієнт сам нарізатиме їжу (яблуко) на тарілці за допомогою столових приборів зі збільшеною модифікованою ручкою через 14 днів від сьогодні.

ДОВГОТЕРМІНОВИЙ ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНИЙ ПЛАН

пов'язаний з довготерміновим ерготерапевтичним завданням та вказує спосіб, у який його буде виконано.

КОРОТКОТЕРМІНОВИЙ ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНИЙ ПЛАН

пов'язаний з короткотерміновим ерготерапевтичним завданням та вказує спосіб, у який його буде виконано.

Різниця між формулюванням завдання та плану полягає в тому, що про завдання ерготерапевт питає:

Чого потрібно досягти?

Про ерготерапевтичний план терапевт питає:

В який спосіб цього буде досягнуто?

Це може бути спрямованість на функцію (моторна складова, когнітивна складова, амплітуда руху тощо), на активність (активність повсякденного життя). В ерготерапевтичному плані й у терапії можуть бути використані нейророзвиваючі підходи, біомеханічні підходи, психосоціальні підходи, когнітивні підходи тощо. Окрім підходів, можна вказувати в плані конкретні застосовані методи, наприклад, концепцію Бобата, метод Аффольтер, тренування з м'ячиком, тренування пам'яті й інші.

ПРИКЛАД ПРАВИЛЬНОГО ФОРМУЛЮВАННЯ ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНОГО ЗАВДАННЯ ТА ПЛАНУ

Короткотермінове ерготерапевтичне завдання:

Пацієнт за 4 тижні збільшить м'язову силу стискання настільки, щоб утримати в руці порожню чашку протягом 60 секунд.

Короткотерміновий ерготерапевтичний план до наведеного вище завдання:

- Пацієнт тренуватиме фазу поперечного хапання протягом повсякденної активності — пиття щоранку під час сніданку.
- Терапія з пацієнтом спрямовуватиметься на тренування м'язової сили стискання за допомогою поролонових м'ячиків.
- Терапія з пацієнтом спрямовуватиметься на тренування м'язової сили шляхом хапання великих кілочків та їх перенесення.

При визначенні завдань ерготерапевт керується вже визначеними сильними і слабкими сторонами пацієнта, з'ясованими ним під час обстеження. Сильні та слабкі сторони, короткотермінові та довготермінові ерготерапевтичні завдання та плани мають взаємно доповнюватися як частини цілого (пазли) і взаємно базуватися один на одному. Іноді трапляється, що короткотермінове завдання може бути водночас і завданням довготерміновим.

8. ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНЕ ВТРУЧАННЯ ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ З РІЗНИМИ ТИПАМИ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ

8.1. ЕРГОТЕРАПІЯ ПАЦІЄНТІВ З РУХОВИМИ ПОРУШЕННЯМИ

Одним із підходів, що застосовується при ерготерапії у пацієнтів з фізичними вадами, є біо-механічний підхід.

8.1.1. НЕЙРОРОЗВИВАЮЧІ ПІДХОДИ

8.1.1.1. КОНЦЕПЦІЯ БОБАТ-ТЕРАПІЇ

У 40-х роках 20-го століття її заснували Берта і Карл Бобати. Це не методика, а концепція, що постійно розвивається (NDT — neurodevelopmental therapy). У цій концепції особливо важливим є досвід терапевта, оскільки це не серія вправ, а терапевтичний підхід, адаптований лікарем до конкретного пацієнта.

Основними принципами концепції Бобатів є:

- 24-годинний підхід, що вимагає співпраці міжпрофесійного колективу (фізичний терапевт, ерготерапевт, логопед, лікар, медсестра, члени сім'ї);
- білатеральний підхід під час лікування геміплегії або спастичності, де застосовуються: положення, навантаження, інгібіція рефлексів і сенсорна фасилітація;
- уникання патологічних моделей згинання для верхньої кінцівки та патологічних моделей розгинання для нижньої кінцівки;
- метою є максимізація стимуляції центральної нервової системи за допомогою правильно й індивідуальної інформації для підтримки формування нових нейронних мереж і центрів заміщення в мозку;
- мета концепції — нормальний рух, а отже, і нормалізація функції;
- завдання терапії полягає в оптимізації функції шляхом покращення постурального контролю та вибіркового руху з використанням фасилітації (IBITA 2008).

РОБОТА ЗА КОНЦЕПЦІЄЮ БОБАТІВ

На початку необхідним є детальне обстеження пацієнта, яке слід проводити у контексті загальної функції та середовища. На підставі обстеження терапевт визначить конкретні завдання, відбувається власне терапія, а наприкінці терапевт має провести контрольне обстеження. У межах цієї концепції варто використовувати принципи практики на основі доказів (Evidence-based practice), а також використовувати стандартизовані інструменти оцінювання як на початку, так і в кінці співпраці з пацієнтом. Концепція Бобатів використовує визначення часткових завдань для кожної терапії (конкретна функція, наприклад, пацієнт потребує навчитися зачісуватися, ходити в туалет), цю функцію терапевт коротко досліджує на початку й у кінці кожного втручання.

ВИКОРИСТОВУВАНІ ТЕХНІКИ

Під час роботи за концепцією Бобатів використовуються такі техніки:

- *placing* — розміщення (рух, який виконує терапевт із кінцівкою або тулубом, розміщення кінцівок і тулуба служить для обстеження постуральних реакцій і для терапії);
- *guiding* — скерування (рух, який скеровує терапевт і дає пацієнту відчуття нормального руху), *handling* — тримання (спосіб тримання, використання рук терапевта);
- *зовнішня опора* (пасивна опора, що полегшує рух, наприклад, ортез, опора на стіл тощо, але й активна — тіло терапевта служить підтримкою для полегшення розвитку інших видів активності);
- *degrees of freedom* — ступені свободи (які можна зменшити або збільшити відповідно до можливостей пацієнта);
- *постуральний контроль*;
- *динамічна стабільність й апроксимація / наближення* (тиск на суглоби, пов'язаний з рухом, наближенням суглобових дисків покращується пропріорецепція суглоба й одночасно тонус). (Карр, Шеферд, 2003; Карраро, 2002; Девіс, 1991; Девіс, 1990).

ВИКОРИСТАННЯ БОБАТ-ТЕРАПІЇ В ЕРГОТЕРАПІЇ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ

На функцію верхньої кінцівки впливає низка інших чинників, а не тільки функціональний стан власне верхньої кінцівки (чутливість, когнітивна функція, стабільність верхньої та нижньої частини тулуба, положення всього тіла, праксис). Ці аспекти слід враховувати під час конкретної діяльності, що використовується в терапії. Важливо вибирати таку рухову активність, до якої у пацієнта є мотивація (наприклад, тренування залучення ураженої кінцівки під час споживання печива, тренування дрібної моторики верхньої кінцівки для написання електронних листів друзям або під час виготовлення подарунка для члена сім'ї).

Із досліджень та практики випливає, що, хоча під час терапії й збільшується сила м'язів та амплітуда рухів, це не означає, що пацієнт використовуватиме кінцівку протягом звичайного дня. Тому під час тренування необхідно обирати заняття, які щонайбільше відображають реальне життя пацієнта. Раніше в межах ерготерапії часто використовували різні допоміжні засоби для тренування хапання та моторики верхньої кінцівки (наприклад, зведення башти з дерев'яних кубиків, вправи з валиками, маніпуляції з кільцями, нанизуванням і т. д.). Вищезгадані види діяльності підходять для пацієнтів-дітей або для пацієнтів, що мають вдома малих дітей (їхнє домашнє тренування відбувається у формі гри з дітьми), або ж для пацієнтів, які здатні перенести / генералізувати у повсякденне життя навички, отримані під час цієї діяльності.

Переваги та недоліки використання Бобат-концепції

Перевагою цієї концепції є те, що, в разі правильного проведення, відбувається профілактика виникнення патологічних патернів руху та деформацій. У якості основних недоліків наводять те, що, у разі неправильного проведення, недостатньої інтенсивності терапії або ж незлагодженої праці міжпрофесійного колективу, результат буде неналежним. Для ефективного застосування більшості технік потрібна відповідна підготовка та практика терапевта. Ще одним недоліком є те, що повернення до функції може зайняти багато часу, а це іноді призводить до фрустрації пацієнта.

8.1.1.2. МЕТОД АФФОЛЬТЕР

Автором методу є **Феліс Аффольтер**, психолог, вчитель та логопед. Вона народилася в 1926 році у Швейцарії, у місті Ст. Галлен. Цей метод Ф. Аффольтер розробила у співпраці з доктором Бішофбергером.

Метод базується на теорії когнітивного розвитку Жана Піаже, що спочатку була розроблена для дітей з порушенням розвитку. Сьогодні він застосовується у широкому колі пацієнтів з різними типами порушень.

Жан Піаже описав у здорових дітей ієрархічну ступеневу модель розвитку:

- **Сенсомоторний період** — знайомство зі світом за допомогою рухів і почуттів, набуття усвідомлення стійкості об'єктів (0–2 роки);
- **Передопераційний період** — дитина розуміє значення символів, використовує мову, її мислення є егоцентричним (2–7 років);

- *Період конкретних операцій* — дитина здатна логічно думати про конкретні події, розуміє стійкість кількості, величини та ваги (7–12 років);
- *Період формальних операцій* — людина здатна логічно думати про абстрактні поняття (12 років і більше) (Мацкова, 2006).

На думку Піаже, ці періоди сліднують один за одним, і найвищого періоду дитина не досягне без досягнення нижчого (Нидал, 2007).

Однак Аффольтер у своїх працях дослідила, що деякі діти з чуттєвими вадами виконують дії більш високого ступеня, незважаючи на те, що в них не було зареєстровано досягнення нижчих ступенів.

Аффольтер у своїх дослідженнях встановила, що перед і після зміни положення тіла у здорових дітей відбувається фаза пошуку інформації про положення тіла. Із цим пошуком інформації пов'язана зміна м'язового тону, який збільшується під час діяльності. Після знаходження інформації про положення тіла (наприклад, відхилення назад) і створення зміни опору між тілом та опорою, тонус тіла, навпаки, зменшується. Ця фаза постійно повторюється. У дітей з різними типами інвалідності фаза пошуку інформації про положення тіла відсутня, тобто не відбувається й зміна м'язового тону. Регулювання м'язового тону є передумовою для розвитку правильних рухів у межах взаємодії між дитиною та навколишнім середовищем.

Метод ґрунтується на тому, що пацієнти з різними типами обмежень мають меншу здатність отримувати зі свого оточення інформацію, тому вони й обмежені у виконанні діяльності (Ліпперт–Грюнер, 2005).

Звісно, людина постійно потребує інформації про себе та своє оточення, яку отримує через органи почуттів, причому найважливішою для неї є тактильно-кінестетична система (Кваснічкова).

Шляхом тренування повсякденних ситуацій метод намагається збільшити спроможність прийому й обробки інформації з оточення. Ця терапія перш за все спрямована на тактильне та зорове сприйняття, тому під час виконання дій не розмовляють. Терапія виконується без вербальних підказок (Ліпперт–Грюнер, 2005).

Після узагальнення результатів досліджень, Аффольтер виходить з того, що її метод базується на:

чуттєвому сприйнятті	дотику	опорі
----------------------	--------	-------

Початкові міркування базуються на тому, що при пошкодженні чи у випадку інсульту обмежується сприйняття, а потім — і обробка інформації з навколишнього середовища.

Таким чином, метою цього методу є поліпшення сприйняття й обробки інформації.

Метод також базується на процесі навчання, коли для отримання інформації з оточення відбувається селекція інформації. Вона вкрай важлива при отриманні комплексних стимулів із навколишнього середовища.

Передумовою для будь-якої реакції є сприйняття, яке впливає на взаємодію з терапевтом. Як описано вище, здатність сприймати відомості вища при зміні стимулів з навколишнього середовища.

Процес навчання може бути полегшений шляхом повторення.

Елементи, що впливають на комплексність подразників:

- **подразники** — їх кількість, місце, звідки походять тощо;
- **чинники**, на які можна впливати під час організації навчання — наприклад, багато людей навколо викликають стрес;
- **чинники**, пов'язані з завданнями, отриманими пацієнтом — достатність інструкцій.

Інтеграція нових стимулів у вже набутий досвід викликає модель поведінки, на якій засновано планування = антиципацію (передбачення явищ).

Згідно з методом Афольтер, план є носієм руху. За умови покращення сприйняття й обробки інформації настає полегшення умов реєдукації порушених функцій.

Метод Афольтер орієнтований радше на процес, ніж на результат.

ЗАВДАННЯОВА ГРУПА ПАЦІЄНТІВ:

- з порушенням здатності до навчання;
- особи з порушеною свідомістю;
- особи з порушенням уваги, перцепції;
- особи з черепно-мозковими травмами;
- особи після інсульту;
- особи з аутизмом.

ПРИНЦИПИ МЕТОДУ

Метод базується на важливості підтримки тісного контакту між терапевтом і пацієнтом, коли терапевт торкається до пацієнта. Цей метод ґрунтується на веденні пацієнта терапевтом, коли обидві верхні кінцівки виконують певну активність одночасно. Важливо протягом всієї терапії надавати пацієнтові достатню кількість тактильної інформації, зміни опору середовища та різних матеріалів (наприклад, одягу під час тренування активності повсякденного життя) та регулярно проводити так званий «Search for information» — пошук інформації. При втручанні рекомендується мовчати (чи принаймні більшу частину часу), щоб пацієнт більше залучав мозок і думав, яка дія буде наступною.

СКЕРОВУВАННЯ

Ведення терапевтом, коли долоні терапевта лежать зверху на кисті пацієнта, і терапевт одночасно з пацієнтом виконує заздалегідь визначену вправу. Терапевт протягом всієї терапії та скеровування використовує зміну опору різних матеріалів та «пошук інформації», тобто достатню кількість тактильних відчуттів і зміну положення таза.

Ф. Аффольтер розрізняє два типи ведення:

ДОГЛЯДОВЕ СКЕРОВУВАННЯ

при такому способі скеровування терапевт надає пацієнтові матеріальну інформацію, яку останній інакше не зміг би отримати. Цей тип ведення терапевт використовує переважно для людей з дуже важким пошкодженням мозку, а також для людей з апалічним синдромом. Цей спосіб не є класичним скеровуванням, бо руки пацієнта не залучені, терапевт виконує вправи самостійно. Для пацієнта конче важливо, щоб терапія не була для нього стресовою.

Як вказує Кваснічкова, у книзі Петера Нидала наведені такі принципи та правила доглядового скеровування:

- Скеровування відбувається під час виконання щоденної діяльності. Найбільш поширені види діяльності, виконувані таким чином, — миття, пеленання, одягання.
- Все тіло пацієнта скеровується із врахуванням звичного стабільного навколишнього середовища. Лікарі намагаються дати пацієнтові якомога більше опорних точок, щоб зберегти міцне положення (Бекер, Стедінг-Альбрехт, 2006). На практиці терапевти використовують засоби позиціонування, ковдри, подушки, а також стіни та бокові стінки ліжка. Важливо, щоб пацієнт знаходився в максимально можливому контакті з твердою опорою для тіла, яка визначатиме межі його тіла та надаватиме потрібну тактильну інформацію.

- Окремі топологічні зміни стають відчутними. Це означає, що рухаючи окремими частинами тіла пацієнта, лікарі прагнуть, щоб він якомога інтенсивніше сприймав ці рухи. Під час одягання та миття терапевт окремі частини тіла не піднімає, але пересуває вздовж поверхні, мочалку або одяг протягує між тілом пацієнта та поверхнею.
- Після кожної дії в межах заняття та вивчення змін, які настали внаслідок вправ, розглядається положення тіла, тобто пацієнт отримує інформацію про положення тіла, відомості, де він перебуває та де знаходиться навколишнє середовище (див. нижче).
- Після кожної дії та надання інформації з одного боку, виконується та ж сама послідовність з іншого. Це чергування сторін надає обом півкулям мозку інформацію та пов'язує їх разом.
- Під час занять терапевт з пацієнтом не розмовляє, щоб той міг максимально зосередитися на тактильних відчуттях.

Цей тип скеровування належить швидше до дій з догляду за пацієнтом, коли терапевт та доглядовий персонал виконують повсякденні рухи замість пацієнта. У пацієнтів з важкими пошкодженнями цей рівень ведення є необхідним для того, щоб вони набули розуміння повсякденних ситуацій і стали готовими до сприймання нової інформації.

ЕЛЕМЕНТАРНЕ СКЕРОВУВАННЯ

використовується для пацієнтів, здатних спостерігати за базовими діями з розумінням, а руки пацієнта намагаються більше залучати до процесу виконання діяльності. Пацієнт готовий до такого рівня скеровування, якщо він реагує на доглядове скеровування і знає, що відбуватиметься далі, стежить за вправою та намагається допомогти в її реалізації.

Найпоширенішим положення для елементарного скеровування є положення сидячи, щоб пацієнт був максимально стабільним. Середовище підтримує безпечне положення. Пацієнт сидить не посередині кімнати, робоче місце розташоване між жорсткими опорами. Це ще одна причина того, чому, за методом Аффольтер, пацієнта слід розміщати в кутку. В терапевтичних кабінетах ліжко або робочий стіл теж потрібно встановлювати в кутку. Якщо пацієнт сидить і працює в кутку, він має необхідну стабільність і з ним можна працювати та виконувати скеровування. Виявляється, цей метод роботи необхідний для пацієнтів з атаксією.

Отже, пацієнт має сидіти в кутку та мати у своєму розпорядженні жорстку підкладку. У скеровуванні використовуються одночасно обидві верхні кінцівки, бо й у реальному житті здорова людина залучає верхні кінцівки одночасно.

Терапевт веде праву руку пацієнта правою рукою, а ліву, відповідно, лівою. Свої руки лікар кладе зверху на кисті пацієнта, причому сам стоїть за пацієнтом. Буде ідеально, якщо терапію

проводитимуть одночасно два терапевти, оскільки метод Аффольтер є фізично вимогливим, і терапевт часто опиняється в ситуації, коли неможливо зберегти правильне положення тіла. При скеровуванні терапевт не бере до уваги домінантність кінцівок пацієнта, адже метою є надати якомога більше інформації з середовища. Терапевт надає пацієнтові інформацію зліва й справа, щоб було залучено активність обох півкуль і щоб вони навчилися співпрацювати. Терапевт веде обидві руки поперемінно, пацієнт таким чином отримує багато інформації про те, що з ним у цей момент відбувається. Він змушений сам думати про хід заняття, яких предметів для цього потребує, і поступово брати у терапії більш інтенсивну участь.

Ця терапія базується на тому, що під час її застосування терапевт з пацієнтом не розмовляють. Про мету і завдання терапії терапевт може поінформувати пацієнта заздалегідь, щоб останній не опинився у стресовій ситуації. Однак потім, під час проведення терапії, терапевт мовчить. Пацієнт змушений більше залучати мозок і продумувати, планувати подальші кроки скеровування. Скеровування виконується у стандартному темпі, який є звичним для виконання цієї справи.

Через елементарне скеровування пацієнт навчається шукати інформацію, ідентифікувати проблеми й вирішувати їх. Якщо пацієнт здатний взяти на себе більшу частину активності, то терапевт може перейти до терапії зі складнішими діями. Тут є важливою здатність терапевта розпізнати власну активність пацієнта. Лікар також має вміти визначити, як слід стимулювати пацієнта, адже застосування неправильно обраної діяльності (занадто проста чи занадто складна) може перешкоджати поліпшенню стану пацієнта. Ідеальним є стан, коли терапевт починає застосовувати метод Аффольтер вже від початку терапії. Наприклад, під час терапії іншого типу ерготерапевт привозить пацієнта на кріслі, загальмовує його і починає працювати з пацієнтом. На відміну від цього типу, згідно з методом Ф. Аффольтер, вже процес гальмування крісла здійснює терапевт разом з пацієнтом за допомогою техніки ведення скеровування. Він виконує дію не замість пацієнта, а разом з ним, тобто терапевт уникає надмірних дій (виконання дії замість пацієнта).

Ще одним необхідним елементом є надання терапевтом інформації про положення тіла, бо для того, щоб пацієнт зміг орієнтуватися у середовищі, він має бути здатним визначити положення свого тіла. Тому, застосовуючи метод Аффольтер, терапевт не тільки здійснює рухову активність, пов'язану зі скеровуванням, але й допомагає пацієнтові під час виконуваної діяльності не забувати, де той знаходиться, в якому положенні перебуває, на якому матеріалі знаходиться тощо. Це терапевт забезпечує для пацієнта опір, що виникає під час руху частин тіла, які вступають у контакт з твердою поверхнею. Тому терапевт нерідко порушує фіксоване положення тіла пацієнта, здійснюючи його зміну «трясінням» таза, т. зв. «search for informations» – пошук інформації. Тоді пацієнт змушений знову знайти фіксоване положення й усвідомити інформацію з оточення, яку він, завдяки такій зміні, відшукує. Регулярним зміщенням таза пацієнта під час терапії, ерготерапевт уникає виникнення значного м'язового напруження.

На практиці це виглядає так: терапевт використовує елементарне або доглядове скеровування під час виконання активності. Однак таке скеровування він щохвилини перериває виконанням «пошуку інформації», тобто зміщенням таза, щоб пацієнт був змушений знову віднайти інформацію про оточення (простір, середовище, опір).

Як впливає з наведеного вище, метод Аффольтер використовується для вирішення повсякденних проблем, коли в межах цього методу проводять тренування активності через повсякденні заняття. Ерготерапевт використовує досвід причинно-наслідкових зв'язків.

Дуже важливим для цього методу є відповідний вибір середовища та реальні пристосування (наприклад, тренувальна кухня).

У якості дидактичних засобів метод використовує реальні засоби та предмети з повсякденного життя, як-от: овочі, фрукти, тісто. Тобто засоби, до яких пацієнт може торкнутися, може їх понюхати, скуштувати. Саме такі, що надають людині якомога більше вражень та інформації про себе.

ДЛЯ ЦЬОГО МЕТОДУ МАЄ ВАЖЛИВЕ ЗНАЧЕННЯ:

- **СТАБІЛЬНІСТЬ ОПОРИ Й СТАБІЛЬНІСТЬ ТІЛА ПАЦІЄНТА**, коли терапевт використовує різні засоби для позиціонування та кути в кімнаті. Пацієнт поміщений у стабільне положення.
- **РОЗПІЗНАВАННЯ ЗМІНИ Й ОПОРУ МАТЕРІАЛУ**, зміна місця, тобто намагатися надати пацієнтові якомога більше відчуттів з оточення, чи шляхом зміни матеріалів (наприклад, при роздяганні, коли терапевт намагається проводити тканиною по шкірі протягом всієї дії, у повільному темпі, щоб пацієнт мав можливість усвідомити виконувану дію).
- **УНИКАТИ ВИКОНАННЯ ДІЙ ЗАМІСТЬ ПАЦІЄНТА**. Крок за кроком за допомогою скеровування виконувати необхідні дії разом з пацієнтом.

Для цього методу важливо, щоб терапевт поставив перед собою реалістичні завдання. Особливо важливими для досягнення мети є терплячість та витривалість ерготерапевта. Результати, як правило, з'являються тільки за кілька місяців або й через кілька років. Ця терапія вимагає багато часу (наприклад, пересування за Аффольтер може займати весь період тривання терапії — 60 хвилин), та вимагає здібностей та фізичної підготовки терапевта. Рекомендується, щоб у терапії брали участь 2 терапевти.

З ефективністю цього типу терапії добре ознайомлені переважно за кордоном. У Чеській Республіці ця терапія тільки почала розвиватися.

Цей метод можуть застосовувати тільки висококваліфіковані терапевти, що пройшли курс навчання. Метод викладається в Німеччині, у Therapiezentrum Burgau. Інформацію про подальше навчання всі охочі можуть знайти на сайті: www.affolterteam.de

8.1.1.3. МЕТОД БАЗАЛЬНОЇ СТИМУЛЯЦІЇ З ТОЧКИ ЗОРУ ЕРГОТЕРАПЕВТА

Додаткову інформацію до цього розділу можна знайти у наведених нижче матеріалах:

1. Carraro, L. *Obnova pohybu po CMP*. Rehalb o.p.s., Praha 2002.
2. Grangale, D. *Rehabilitace orofaciální oblasti*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80–247–0534–6.
3. Winstock, A. *The Practical Management of Eating and Drinking Difficulties in Children*. Bicester: Speechmark Publishing Ltd., 1997. ISBN 978 –0–86388–376–1.
4. Holeksová, T. *Ležící nemocný v domácím prostředí*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80–247–0212–6.
5. Friedlová, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978–80–247–1314–4.
6. Ключ: базальна стимуляція. *Чеське телебачення [онлайн]*. ČT, © 2006 [цит. 2006 –8–17]. Доступно з: <http://www.ceskatelevize.cz/ivysilani-jako-driv/205562221700017-klic/>.
7. Ключ: базальна стимуляція. *Чеське телебачення [онлайн]*. ČT, © 2006 [цит. 2006 –8–03]. Доступно з: <http://www.ceskatelevize.cz/ivysilani-jako-driv/210562221700003-klic/>.

Базальна терапія належить до групи терапії на ліжку. Тут є потрібна співпраця всього міждисциплінарного колективу та сім'ї.

Обстеження клієнта на ліжку складається зі збору анамнезу, оцінювання реакцій (на стимули терапевта), пасивних рухів, активних рухів, мобільності на ліжку, когнітивних функцій, перцептивних функцій, органів чуття та навичок самоогляду.

Концепцію базальної стимуляції розробив у 70-х роках 20-го століття спеціальний педагог Андреас Фреліх, який працював з дітьми, що мали комплексні порушення. У доглядову сферу його перенесла медсестра Крістел Біенштейн. У Чеській Республіці викладанням концепції базальної стимуляції та її розвитком опікується Інститут базальної стимуляції:

www.bazalni-stimulace.cz

Концепція базальної стимуляції застосовується насамперед у терапії та догляді за дітьми з комплексними порушеннями, за пацієнтами в апалічному стані, вегетативному стані; для пацієнтів

з мінімальним спілкуванням, для лежачих хворих, для пацієнтів неспокійних і дезорієнтованих, в інтенсивній терапії й для клієнтів з деменцією.

Метою базальної стимуляції, на думку Фрієдлової, є підтримка та надання можливості сприйняття таким чином, щоб у пацієнта наставав: «розвиток власної ідентичності, виникала можливість встановлення контактів, формування навичок орієнтування у просторі та часі й покращення функцій організму» (Фрієдлова, 2005).

Концепція базується на тому, що здатність сприйняття є різною в залежності від стадії розвитку. Плід здатний реагувати на стимули вже в ембріональній фазі з 9-го тижня. Дитина спочатку сприймає відчуття вібрації (голос матері), потім соматичні (навколоплідні води, смоктання пальця) та вестибулярні (зміни положення тіла матері). Здатність сприймати за допомогою відчуттів наявна вже протягом постнатального розвитку (слухове, нюхове, тактильне й зорове). У концепції базальної стимуляції основними вважаються канали для сприймання пацієнтом інформації: соматичні, вестибулярні та вібраційні. Стимуляція окремих відчуттів (зір, смак, нюх і дотик) розглядається як надбудова.

У результаті нездатності пацієнта сприймати якісну інформацію з оточення може наставати «дезінтерпретація реальності, хаотична поведінка, нездатність якісно спілкуватися з оточенням, виразити свої потреби, страх і неспокій (видалення катетера)» (Фрієдлова, 2005).

Отже, щоб терапія була для клієнтів якомога менше стресовою та максимально стимулюючою, було створено 10 «заповідей базальної стимуляції».

ДЕСЯТЬ ЗАПОВІДЕЙ БАЗАЛЬНОЇ СТИМУЛЯЦІЇ ЗА ФРІЄДЛОВОЮ

1. Вітайтеся та прощайтесь з пацієнтом, за можливості, завжди одними й тими ж словами.
2. Звертаючись до пацієнта, завжди торкніться до нього в тому ж місці (дотик ініціації).
3. Говоріть чітко, ясно та не дуже швидко.
4. Не піднімайте голос, говоріть звичним для пацієнта тоном.
5. Дбайте про те, щоб тон вашого голосу, ваша міміка та жести відповідали змісту ваших слів.
6. Під час розмови з пацієнтом застосовуйте таку форму спілкування, до якої він звик (анамнез).
7. Не використовуйте у вашому мовленні зменшувальні форми.
8. Не розмовляйте з кількома людьми одночасно.
9. Під час спілкування з пацієнтом спробуйте зменшити зайвий шум з навколишнього середовища.
10. Надайте пацієнтові можливість реагувати на ваші слова. (Фрієдлова, 2005)

Ці поради можуть бути корисними під час роботи терапевта з будь-яким пацієнтом на ліжку, навіть якщо терапевт використовує іншу методологію.

Терапевти при базальній стимуляції працюють з пацієнтами, які часто нездатні якісно спілкуватися вербально. Варто стежити за тілесними та невербальними сигналами пацієнта, щоб зрозуміти, приємна ця техніка для нього чи ні.

ТЕХНІКИ КОНЦЕПЦІЇ БАЗАЛЬНОЇ СТИМУЛЯЦІЇ

Основними техніками концепції базальної стимуляції є (Фрієдлова, 2005):

- **біографічний анамнез** — це форма з питаннями про звички пацієнта, яку один з членів між-професійного колективу просить заповнити членів сім'ї. Базальна стимуляція використовує знайомі та приємні пацієнтові стимули. Визначення приємності окремих стимулів займало б багато часу. Завдяки заповненому біографічному анамнезу, терапевт має можливість швидко орієнтуватися й терапія стає більш ефективною. Питання визначають, наприклад, улюблені страви й напої, улюблений аромат, улюблену музику, телевізійну або радіопрограму, режим дня тощо. Завдяки заповненню біографічного анамнезу можна залучити до терапії й членів сім'ї.
- Іншою технікою є **дотик ініціації** — це чіткий дотик з помірним тиском і з вербальним супроводом. Найчастішим місцем ініціативного дотику стає область плеча. Його мав би використовувати кожен, хто вступає в контакт з пацієнтом перед початком і після закінчення дії / терапії. Часто над ліжком або на ньому розташовують табличку, на якій зазначено місце **дотику ініціації** й звертання до клієнта.
- Техніка **модуляції** використовується у довготривало лежачих пацієнтів. Для довготривало лежачого пацієнта на протипролежневому матраці важко розпізнавати межі власного тіла. Тому базальна стимуляція використовує техніку модуляції схеми тіла. В ерготерапевтів та фізотерапевтів є дозавданням використання цієї техніки, наприклад, перед початком пасивних рухів. Таку саму техніку з використанням мокрих і сухих рушників можна застосовувати під час загальної ванни.
- У якості профілактики пролежнів і контрактур застосовується позиціонування. В основу покладено принципи нормального положення у поєднанні з використанням м'яких подушок з кульками, що дозволяють пацієнтові сприймати свою тілесну схему.
- Дуже важливою є **стимуляція вібраціями** за допомогою вібраційних засобів, наприклад, подушок, камертона та ін.; та стимуляція вестибулярного апарата, яка відбувається під час зміни положення тіла пацієнта при інших вправах (переміщення, позиціонування).

Надбудова до базових технік:

- **стимуляція відчуттів** (зору, слуху, смаку, нюху й дотику). Перед початком стимулюючої терапії слід з'ясувати наявність алергії в пацієнта, стимуляцію здійснювати кілька разів на день протягом коротшого періоду, стимули змінювати, під час однієї терапії використовувати максимум 3–5 стимулів. Якщо використовується телевізор або радіо, то їх не слід вмикати на цілий день, а тільки на вибрані програми. Рекомендується вимикати пристрої під час терапії, щоб пацієнт мав можливість сприймати терапію, а не відволікаючі впливи.
- Для зорової стимуляції можна використовувати знайомі фотографії (фотографії сім'ї, будинку, домашніх тварин), фільми, предмети, іграшки, інструменти, продукти харчування, предмети щоденного вжитку, як-от: олівець, гребінець, гаманець, дзеркало, зубна щітка; різні види освітлення (сонячне, електричне, ліхтарик) і різні кольори (контрасти, одяг, предмети).
- Для слухової стимуляції можна використовувати: мовлення (терапевт, сім'я, CD-диск, аудіо-книга), музику (пісні, музичний інструмент) і загальні звуки (домашні — на вулиці, записані на CD або стукіт принесеними предметами).
- Для смакової стимуляції можна використовувати: улюблені та знайомі смаки їжі (наприклад, полуниця, банани, цитрусові, яблука, виноград, шоколад) та напоїв (кава, чай, лимонад, молоко, пиво; рекомендована кількість: чайна ложечка). Слід заздалегідь з'ясувати наявність алергії в пацієнта, звертати увагу на розлади ковтання (аспірація). Шматочок фрукта можна загорнути у марлю або змочити ватну паличку в розчині.
- Для стимуляції нюху можна скористатися знайомими запахами, наприклад: парфуми, туалетна вода після гоління, молочко для тіла, запахи продуктів харчування та спецій, запахи матеріалів, з якими клієнт раніше працював. Перед застосуванням стимуляції нюху важливо подумати про те, чи обраний стимул підходить для місця проведення стимуляції (наприклад, відділення анестезіології та реанімації, палата інтенсивної терапії — сюди не слід приносити квіти, ароматичні палички тощо).
- Для тактильної стимуляції можна використовувати дотики до тіла (тримання, погладжування, масаж, постукування, розчісування волосся, пензлик для малювання), різні матеріали (пір'я, наждачний папір, мочалка, квіти, щітка, хутро), предмети з різною температурою (теплі — холодні — нейтральні). Знову ж таки варто з'ясувати наявність в пацієнта алергії.

8.1.2. БІОМЕХАНІЧНИЙ ПІДХІД

Цей розділ розроблено переважно на основі лекцій Марії Кривошікової, М.Сс для дистанційного навчання, які проходять на 1—му медичному факультеті Карлового університету в Празі для предмета «Ерготерапія — біомеханічні підходи» та «Ерготерапія — нейророзвиваючі підходи».

«Біо» в назві методу є посиланням на кінезіологію, поєднання нейро-м'язової фізіології, скелетно-м'язової медицини та біомеханіки. Друга частина назви — «механічний» — вказує на відношення до законів механіки, тобто законів, що стосуються, наприклад, важелів, тяжіння, тертя та міцності. При застосуванні цього методу ерготерапевт зосереджується «на тілі як на інструменті» й намагається зазвичай покращити рухомість, силу м'язів, стабільність, витримку й швидкість з метою покращення функції. Використання біомеханічного методу є досить широким, застосовується у сферах ортопедії, ревматології, хірургії та травматології, зокрема, у хронічно хворих, коли лікування проводиться амбулаторно.

При застосуванні біомеханічного методу значну увагу приділяють цілеспрямованості виконуваної діяльності, наприклад, метою може бути поліпшення певного складного руху, тренування певної групи м'язів або збільшення витримки під час стояння, сидіння або ходьби.

Ізотонічні чи ізометричні вправи застосовуються:

- для підвищення сили м'язів;
- об'єму маси м'язів;
- для збільшення витримки та толерантності до навантаження.

Повторення вправ використовується також для збільшення або відновлення амплітуди рухів у суглобах.

Щоб настало поліпшення функції, пацієнт має тренуватися і працювати на верхній межі своїх можливостей. Протягом типової тренувальної одиниці пацієнт змушений без втоми працювати в межах своїх функціональних можливостей. Коли функція покращується, завдання поступово адаптується. Збільшення складності, наприклад, шляхом додавання елементів до тренувальної програми або збільшення опору, амплітуди й швидкості, найчастіше є основними завданнями терапевта.

ПЕРЕВАГИ ВИКОРИСТАННЯ БІОМЕХАНІЧНОГО ПІДХОДУ:

Біомеханічні методи вже добре вивчені, тож їхня перевага в тому, що можна підтвердити поліпшення фізичної функції. Оскільки покращення функції настає відносно швидко, пацієнт бачить позитивні результати лікування, і це мотивує його продовжувати. Ще однією перевагою біомеханічного методу є те, що залишкові проблеми можна вирішити за допомогою компенсаторних засобів та ортезів.

НЕДОЛІКИ ВИКОРИСТАННЯ БІОМЕХАНІЧНОГО ПІДХОДУ:

Прикладом недоліку підходу є чітка направленість діяльності, а, отже, й значне зменшення можливості вибору видів занять та дій для пацієнта. Згодом виникає ризик того, що програма стане стереотипною. Враховуючи те, що підготовка заняття вимагає багато часу, це досить не вигідно, якщо час терапії обмежений. Також недоліком біомеханічного методу є надмірне акцентування на фізичній ваді. Внаслідок цього може статися, що більш серйозні соціальні чи психологічні проблеми залишаться непоміченими.

БІОМЕХАНІЧНИЙ ПІДХІД ВИКОРИСТОВУЄ:



ЗБІЛЬШЕННЯ СКЛАДНОСТІ ДІЙ — це підхід з поступовим зростанням інтенсивності, який використовує заняття для терапевтичних завдань. На практиці найчастіше використовуються тренувальні одиниці, що містять ізотонічні та ізометричні вправи.

Рухова активність включає, наприклад, ручну та творчу роботу, а також різні види спорту й ігри. Щоб цей підхід був ефективним, окремі елементи заняття потрібно чітко контролювати та збільшувати їх складність. Це вимагає від терапевта не тільки нових ідей та винахідливості, але й щоденної ретельної підготовки до терапії. Якщо вибрані види діяльності спрямовані виключно на проблемну сферу, то вони можуть стати надто поверхневими та загальними. Таким чином, весь терапевтичний процес втрачає сенс.

Підхід активностей повсякденного життя (ADL) займається руховою складовою функціональної діяльності. Він використовує біомеханічні принципи для покращення навичок людини у повсякденній діяльності. Основна передумова цього підходу полягає в тому, що «повторенням можна досягти досконалості» — повторюючи та постійно заохочуючи пацієнта до кращого виконання та зміцнення отриманих навичок, досягнемо покращення функції.

Прикладом діяльності є тренування персональної та інструментальної активності повсякденного життя з метою збільшення амплітуди руху, покращення сили м'язів та витривалості, або ж це може бути тренування ефективного та безпечного виконання ADL.

Компенсаційний підхід намагається якомога краще використати залишкові можливості пацієнта за допомогою адаптивних і технічних допоміжних засобів, ортезів і протезів. Цей підхід, як правило, можна застосовувати на початку терапії, коли можливості пацієнта обмежені, тому допоміжні засоби є необхідними. Після того, як стан пацієнта покращиться, поступово припиняють використання деяких допоміжних засобів. В іншому випадку застосовують цей підхід протягом або після закінчення втручання, наприклад, шляхом адаптації домашнього середовища; таким чином терапевт намагається вирішити залишкові проблеми ще перед тим, як пацієнт повернеться додому або на роботу.

Цей підхід, крім наведених вище прикладів, може включати також освоєння нових навичок. Вимагає чіткого планування, вирішення проблемних ситуацій та винахідливості як від терапевта, так і від пацієнта. У більш широкому контексті цей підхід також поєднує інші форми компенсації, включаючи управління часом та енергією, програму захисту суглобів або коригування способу життя пацієнта.

8.1.2.1. ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНЕ ВТРУЧАННЯ ДЛЯ ХВОРИХ З ПОРУШЕННЯМ ФУНКЦІЇ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ – ЗДАТНОСТІ ХАПАТИ

Цей розділ розроблено переважно на основі лекцій Марії Кривошівкової, M.Sc, для дистанційного навчання, які проходять на 1—му медичному факультеті Карлового університету в Празі для предмета «Ерготерапія — біомеханічні підходи» та «Ерготерапія — нейророзвиваючі підходи».

Під час ерготерапевтичного втручання ерготерапевт намагається обмежити вторинне пошкодження або вплинути на нього (наприклад, через контрактуру чи біль). Він дає пацієнтові та його сім'ї інструкції щодо правильного використання ураженої верхньої кінцівки та пояснює вплив невикористання ураженої кінцівки під час щоденної активності на загальне одужання пацієнта.

Ще однією метою ерготерапії щодо хапання є покращення функції як такої. Терапевт додає вправи, які стимулювали б сенсорне сприйняття. Наприклад, використовує кошики для сенсорних матеріалів. Пацієнт тренує силу м'язів тим, що терапевт збільшує навантаження та зменшує кількість повторень. До терапії додається тренування витривалості, коли зменшується загальне навантаження й збільшується кількість повторень. Частиною загальної терапії хапання є вплив на м'язовий тонус, наприклад, за допомогою деяких технік чи елементів нейророзвиваючих методів (Бобат-концепція).

У терапії хапання принципово важливим є правильне положення руки, чи в стані спокою, чи в русі. Також важливими аспектами є тверда опора та стабілізація верхньої кінцівки й верхньої частини тулуба. Спочатку тренується етап наближення, а пізніше — етап хапання предмета. Тренування координації око—голова—рука використовується в різному середовищі та з предметом у різних положеннях тіла. У залежності від стану пацієнта ерготерапевт альтернативними способами адаптує та змінює завдання або середовище.

У терапії при тренуванні хапання є принципово важливим правильне положення тіла пацієнта та правильне сидіння (якщо тренуємо в такому положенні). Ерготерапевт має враховувати під час вправ положення шийного відділу хребта, положення та рух плечового суглоба, одночасне згинання тулуба, і, за можливості, використовувати правильне скерування пацієнта під час виконання руху (guiding — Бобат-концепція).

8.1.2.2. ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНЕ ВТРУЧАННЯ ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ З ПОРУШЕННЯМ ЧУТЛИВОСТІ

Цей розділ розроблено переважно на основі лекцій Марії Кривошікової, M.Sc, для дистанційного навчання, які проходять на 1—му медичному факультеті Карлового університету в Празі для предмета «Ерготерапія — біомеханічні підходи» та «Ерготерапія — нейророзвиваючі підходи».

СЕНСОРНЕ ПЕРЕНАВЧАННЯ

ТРЕНУВАННЯ СТЕРЕОГНОЗУ

ерготерапевт починає з розпізнавання матеріалу на дотик без залучення зору. Він може використовувати тактильні кубики або циліндри з такими матеріалами, як бавовна, оксамит, мереживо, тюль, вата, корок, гума, дерево, метал, липучка тощо. Потім пацієнт тренує розпізнавання форм і поверхонь (пряма, гладенька, жорстка, тепла, геометричні фігури). Останньою стадією тренування є розпізнавання предметів. Терапевт може довільно розкласти предмети на столі, або сховати їх у миску з намистинами чи сочевицею, а завданням пацієнта буде знайти їх.

ТРЕНУВАННЯ ЛОКАЛІЗАЦІЇ

(розпізнавальна функція) — пацієнт визначає розташування подразника на досліджуваній кінцівці.

ТРЕНУВАННЯ РОЗПІЗНАВАННЯ

(розпізнавальна функція) — для двох різних стимулів (наприклад, холодильний і больовий стимул).

Сенсорне навчання може проходити або в межах частини ерготерапевтичного заняття, або протягом усього заняття (втручання для відновлення чутливості). Сенсорна терапія вимагає повної зосередженості пацієнта та тихого приміщення.

Під час застосування подразників використовується повторення, варіації або ж зміна інтенсивності. Дозавданняно також поєднувати сприйняття різних модальностей.

8.1.2.3. БІОМЕХАНІЧНИЙ ПІДХІД ДО ПАЦІЄНТІВ З РЕВМАТИЧНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ

Цей розділ базується переважно на лекціях дистанційного навчання бакалавра Ольги Новокової, М. Sc, що проходять на 1-у медичному факультеті Карлового університету в Празі для предмета «Ерготерапія — біомеханічні підходи».

Роль ерготерапевта при ревматичних захворюваннях верхніх кінцівок полягає у точному визначенні завдань ерготерапії на окремих стадіях ревматичного захворювання, якому передують детальне обстеження. Надалі ерготерапевт займається тренуванням компенсаторних механізмів під час повсякденної активності, й, не в останню чергу, рекомендує допоміжні засоби.

Ревматологія займається лікуванням переважно запальних захворювань. Найпоширенішим захворюванням є ревматоїдний артрит (надалі — РА). Крім того, до цієї групи належать так звані серонегативні спондилоартрити, найбільш відомим з яких є хвороба Бехтерева. Сюди ж відносять і запальні захворювання сполучної тканини. У межах ревматології лікують дегенеративні захворювання, так званий позасуглобовий ревматизм, різні метаболічні захворювання кісток і групу захворювань ювенільних форм.

У випадку РА йдеться про хронічний запальний процес, що протікає симетрично, переважно через периферійні суглоби з подальшим руйнуванням суглобового хряща й виникненням деформацій уражених суглобів. Захворювання найчастіше зачіпає невеликі суглоби рук і ніг, починається із запалення синовії або оточення суглобів. Суглоби опухлі, гарячі, почервонілі та дуже чутливі. набряк вражає суглобову капсулу й навколишні зв'язки, які розтягує. Одночасно настає ослаблення м'язів, що спричиняє тиск або втягнення кісток і суглобів у деформоване положення. Деформації виникають при повсякденній діяльності, для якої використовується силове хапання або ж дрібне пінцетне хапання (наприклад, при в'язанні, викручуванні одягу тощо).

У дорослих осіб РА найчастіше спостерігається між 20 і 40 роками, у жінок утричі частіше, ніж у чоловіків. Окрім дрібних суглобів руки, які хвороба вражає найчастіше, можуть бути уражені й інші суглоби.

Суглоби руки набувають зігнутого положення, з'являється ригідність пальців і відбувається розвиток ульнарної девіації. З'являється сублюксація метакарпофалангового (МП) суглоба, сублюксація великого пальця та загальна нестабільність.

У ліктьовому суглобі розвивається синовіт, так звані ревматичні вузлики; також існує ризик пошкодження ліктьового нерва.

Плечовий суглоб також уражає синовіт, бусит, плечелопатковий періартрит (periartrosis humeroscapularis) або ж синдром замороженого плеча.

РА уражає й суглоби нижніх кінцівок. Типовим є так званий «hallux valgus». У кульшовому суглобі може виникати згинально-розгинальна контрактура. Коліно буває ригідним у зігнутому положенні. Суглоби ноги потрапляють у положення: метатарзофаланговий суглоб у дорсальній флексії, міжфаланговий суглоб у плантарній флексії, палець у позиції галус-вальгус. Весь хребет знаходиться у зігнутому положенні.

Загострення РА проявляється типовими симптомами й на шкірі: почервоніння, підвищення температури, помітний набряк.

За функціональною недостатністю поділяють РА на 4 стадії:

- *стадія рання* — рентгенівські зміни відсутні, повна незалежність;
- *стадія середня* — на рентгенограмі виявлено остеопороз і початок деструкції хрящів, зниження самостійності у деяких діях, компенсація допоміжним засобом;
- *стадія важка* — на рентгенограмі з'являється деструкція хрящів і кісток, деформації суглобів, самостійність значно знижена, допоміжні засоби необхідні;
- *стадія кінцева* — на рентгенограмі виявляється анкілоз, наявна суглобова нерухомість, повна залежність.

Початковими завданнями терапії є зменшення набряку, зменшення болю, збереження функції суглобів і запобігання деформаціям (пізніше — корекція вже виниклих). До принципів, яких під час щоденної діяльності має дотримуватися пацієнт, належить обмеження високого навантаження та перевантаження суглобів. Тому ерготерапевт вчить клієнта методів щадного використання суглобів та економії енергії. Ерготерапевтичне втручання, однак, завжди залежить від індивідуальних потреб особи, відповідно до окремих стадій захворювання.

ГОСТРА СТАДІЯ

У гострій стадії спостерігається набряк суглобів, з'являється біль при пальпації, суглоби — ригідні, гарячі, почервонілі. Пасивна й активна рухомість обмежені через наявність рідини в суглобі. У гострій стадії важливо зберегти амплітуду руху, оскільки відбувається процес виникнення суглобових деструкцій, а іноді й формування так званого паннусу (хрящова васкуляризація).

Під час гострої стадії, коли уражені суглоби є дуже болючими, ерготерапевт виготовляє ортези відпочинку, які допомагають підтримувати амплітуду руху сегментів і зменшують біль. У цій стадії також важливо інструктувати пацієнта щодо догляду за шкірою.

ПІДГОСТРА СТАДІЯ

У підгострій стадії терапевт використовує легкі пасивні вправи, починаючи з ізотонічних вправ, дозавданняним є використання корекційного ортезу для впливу на суглобові деформації.

ХРОНІЧНА СТАДІЯ

У хронічній стадії ерготерапевт застосовує різні ортези проти суглобових деформацій. Згодом ерготерапевт зосереджується на тренуванні функції хапання.

Під час обстеження людини з РА ерготерапевт оцінює:

- амплітуду руху;
- силу м'язів;
- опис деформації (набряки, сублюксація, зміни трофіки шкіри);
- чутливість;
- біль;
- рADL + іADL (наприклад, догляд за дитиною — тримання під час годування, купання), домашня робота;
- допоміжні пристосування — тип, використання, дозавданняність;
- адаптація середовища;
- когніція — наприклад, розуміння вказівок щодо техніки захисту суглобів, економії енергії;
- інтереси — використання часу для хобі;
- фізичний стан, витривалість.

Метою терапії є покращення та підтримка мобільності всіх суглобів, запобігання виникненню небажаних деформацій, компенсація м'язового дисбалансу, збереження функціональних мож-

ливостей та сили м'язів, які можуть бути використані при ADL, під час дозвілля й продуктивної діяльності, внаслідок чого настає поліпшення якості життя.

Допоміжні засоби, які ерготерапевт рекомендує людям з РА, загалом відповідають 4-м основним характеристикам, і їх використання призводить до:

- зменшення болю;
- зменшення пошкодження суглоба;
- підвищення незалежності;
- спрощення занять (принципи захисту суглобів, вивчення методів збереження енергії).

Інші компенсаційні засоби можуть допомогти пацієнтам з РА:

- полегшити хапання (наприклад, м'які насадки на ручки інструментів);
- компенсувати обмеження чи втрати амплітуди руху в суглобах (наприклад, ложки для взуття, пристосування для надягання шкарпеток, подовжені щітки, насадки для гребінця, пристосування для подачі речей тощо);
- полегшити виконання занять (наприклад, легкий кухонний інвентар, використання електричних приладів);
- стабілізувати допоміжні засоби чи обладнання (наприклад, підкладки проти ковзання);
- запобігти перевантаженню суглобів (наприклад, подовжені ручки, насадки);
- запобігти довгим статичним контракціям (підставка для книги).

Через обмеження рухливості активність повсякденного життя може бути складною для виконання, особливо включаючи дії: згинання, діставання предметів з поверхонь різної висоти, піднімання та перенесення предметів.

При виконанні ADL ерготерапевт має завжди пам'ятати про кілька загальних принципів, яких він зобов'язаний дотримуватися:

- дозування рухової активності — намагатися обмежувати тривале згинання суглобів;
- підтримувати / покращувати навички, необхідні для виконання активності повсякденного життя;
- за можливості, навчання пацієнта на ранніх стадіях хвороби, адже профілактичне лікування краще, ніж терапія після виникнення деформацій.

Принципи, яких має дотримуватися ерготерапевт при терапії пацієнтів з РА:

- **ПРОВОДИТИ НАВЧАННЯ** пацієнтів для самостійного виконання занять вдома.
- **ЗАПОБІГАТИ НАПРУЖЕННЮ ДРІБНИХ М'ЯЗІВ КИСТІ** — тиск великого пальця проти пальців, ульнарні девіації → виникнення деформації дрібних суглобів кисті (дії для обох рук: закривати

й відкривати контейнери, відчиняти й зачиняти двері, викручувати тканину шляхом скручування, захоплювати предмети долонями — чашку, миску, закручувати кришки, носити сумки, опиратися на долоні, піднімаючись з крісла тощо).

- **НЕ ЗАСТОСОВУВАТИ ДІЇ З ОПОРОМ**, але використовувати види активності, які допоможуть підтримувати або збільшувати амплітуду руху, силу м'язів та витривалість (ADL — прасувати на дошці з регульованою висотою, підмітати й мити підлогу інструментом з довгою ручкою).
- **ПРИНЦИПИ ЗАХИСТУ СУГЛОБІВ** — використовуються під час занять за інтересами, продуктивної діяльності й під час ADL (залучення суглобів у найбільш природній анатомічній позиції — правильні рухові стереотипи).
- **ВИКОРИСТОВУВАТИ ВЕЛИКІ СУГЛОБИ ДЛЯ РУХУ** (замість спини — стегна та коліна при вставанні, важкі предмети штовхати, переносити обома руками в долонях).
- **ЗАПОБІГАТИ ДОВГОТРИВАЛОМУ СТАТИЧНОМУ ПОЛОЖЕННЮ СУГЛОБІВ ПІД ЧАС ДІЯЛЬНОСТІ** — періодично змінювати положення тіла, використовувати допоміжні засоби.
- **БРАТИ ДО УВАГИ БІЛЬ** — якщо біль не припиняється протягом (і більше) години після закінчення активності → краще планувати, розподіляти активні вправи, влаштовувати перерви.

Також важливо створити щоденний режим пацієнта за допомогою ерготерапевта для забезпечення чергування відпочинку з активністю, толерування активності й навантаження, здійснення контролю за системними або суглобовими проблемами, які впливають на виконання рухової активності.

Окрім уваги до рухових функцій, слід сприяти оптимальному психологічному стану, підтримувати соціальну активність, рекомендувати відповідні зміни у домашньому й робочому середовищі для підвищення безпеки та полегшення виконання домашніх справ. Також ерготерапевт намагається оцінити інтереси та спланувати дозвілля на основі захоплень та фізичних можливостей людини з РА.

Для захисту суглобів під час окремих дій ADL у терапії слід дотримуватися порад:

У СИДЯЧОМУ ПОЛОЖЕННІ

- стілець і стіл на відповідній висоті;
- уникати вузьких диванів, м'яких крісел;
- рекомендувати періодично змінювати положення для запобігання суглобовій ригідності, особливо у положенні сидючи;
- у положенні сидючи класти руки зручно на коліна, з випростаними та злегка розведеними пальцями;

- під час вставання використовувати в якості опори підлокітники крісла.

У ПОЛОЖЕННІ СТОЯЧИ

- уникати довгого стояння;
- відповідне зручне взуття;
- обмежити згинання — використовувати пристосування для подачі предметів.

ДЛЯ СНУ

- високе ліжко, твердий матрац;
- обмежити спання з важкою ковдрою на ногах пацієнта.

ЗДІЙСНЕННЯ ЗАКУПІВ

- кошик у магазині краще штовхати, не тягнути;
- купувати краще менше, але частіше;
- не носити покупки в руці, краще скористатися сумкою на плече чи наплічником;
- для носіння покупок скористатися допомогою іншої людини або службою доставки (енергозбереження, захист суглобів).

ПРАННЯ, ПРАСУВАННЯ

- завантаження пральної машини спереду є кращим, ніж завантаження згори, бо можна вкласти білизну в положенні сидючи, це дозволяє витягувати мокру білизну через край, що краще, ніж піднімати її й перекидати у кошик для білизни;
- прати краще меншу кількість білизни;
- поставити кошик на стілець і виймати білизну безпосередньо у нього, уникаючи надмірного згинання тіла;
- користуватися легкою праскою;
- під час прасування краще сидіти (барний стілець);
- не викручувати білизну вручну.

ПОБУТОВІ ЗАНЯТТЯ

- зберігати м'які засоби там, де їх безпосередньо використовуватимуть, щоб обмежити їхнє перенесення;
- по квартирі речі краще перевозити у візку (заощаджуючи енергію);
- під час чищення низьких поверхонь краще сидіти (наприклад, туалет, умивальник, душовий піддон);

- використовувати довгі насадки для предметів (наприклад, використання швабри для миття підлоги обмежує часте згинання = збереження енергії, амплітуди руху);
- обирати такі перемикачі або вимикачі ламп, які мають більший діаметр або реагують тільки на дотик (дрібна моторика, захоплення);
- обирати меблі, які легко пересувати під час прибирання пилососом (захист суглобів).

МИТТЯ ТА ПРИЙОМ ДУШУ

- користуватися щіткою або мочалкою з довгою ручкою (амплітуда руху);
- користуватися сидінням для ванни або душової kabіни, щоб можна було митися сидячи (енергозбереження);
- у ванні чи в душі мати протиковзкий килимок для профілактики падіння (безпека);
- розглянути можливість встановлення поручнів для полегшення входу / виходу з ванни / душової kabіни (безпека);
- використовувати довгий душовий шланг для полегшення миття в душі (амплітуда руху);
- користуватися халатом для полегшення витирання тіла (енергозбереження);
- поручні біля унітаза для зручності сидіння та вставання (безпека).

КУХНЯ

- мікрохвильова піч заощаджує час та енергію, розташована на відповідній висоті;
- уникати піднімання важких каструль з їжею та водою;
- користуватися полегшеними пристосуваннями для приготування їжі, не користуватися важкими керамічними мисками й чавунними сковорідками для смаження;
- користуватися відкривачками для кришок; відкриваючи слоїки, пляшки, контейнери, використовувати обидві верхні кінцівки;
- використовувати електричні відкривачки для консервів (енергозбереження, для одноруких);
- вибирати прилади, якими легко керувати, розташувати їх так, щоб вони були легко доступними, щоб їх можна було легко увімкнути та вимкнути (безпека, амплітуда руху, енергозбереження);
- впорядкувати продукти так, щоб вони були легко доступними та з розбірливими написами;
- використовувати одноразові пристосування, паперові тарілки, чашки, щоб обмежити миття посуду або ж користуватися посудомийною машиною;
- зварити подвійну порцію їжі та частину страви заморозити на день, коли пацієнт буде більш зайнятий;
- користуватися сковорідкою з антипригарним покриттям для зменшення часу миття посуду;
- переносити предмети, тримаючи їх долонями, а не тільки пальцями;
- розмістити важкі харчові продукти, такі як борошно, цукор і т. д. так, щоб їх не потрібно було піднімати, відбираючи меншу кількість, або ж купувати менші пакети;

- використовувати протиковзкі підкладки, щоб мати можливість працювати обома ВКК.
- користуватися різними допоміжними пристосуваннями для обробки харчових продуктів (наприклад, різки, терки, міксери).

ПРИЙОМ ЇЖІ

- подовжити ручку прибору або ж збільшити її товщину для полегшення хапання;
- особам з лише однією функціональною верхньою кінцівкою дозавданнано користуватися комбінованою виделкою з ножем;
- особам з обмеженим хапанням краще підходять склянки з меншим діаметром;
- використання небиткого посуду (безпека);
- особам з однією функціональною верхньою кінцівкою або з неконтрольованими рухами рекомендується користуватися нековзкими підкладками;
- особам з обмеженим хапанням буде зручніше користуватися чашками з більшим вушком;
- для осіб з однією верхньою кінцівкою або для тих, хто має неконтрольовані рухи верхніх кінцівок для полегшення прийому їжі краще підходять тарілки з вищим краєм;
- людям з обмеженою амплітудою рухів слід користуватися довгою трубочкою;
- для осіб з неконтрольованими рухами можна використовувати спеціальні тримачі для столових приборів (долоневі паски).

ОДЯГАННЯ

- використовувати липучки замість невеликих ґудзиків;
- обирати одяг, який легко одягати, використовувати застібки спереду;
- користуватися подовженою ложкою для взуття;
- використовувати шнурівку, яку не треба зав'язувати (дрібна моторика) або липучки, краще придбати взуття без шнурівки;
- на блискавку закріпити кільце, щоб полегшити застібання блискавки;
- використовувати пристосування для подачі речей, щоб полегшити одягання білизни, вирівнювання спідниці;
- не носити взуття на високих підборах (безпека);
- надавати перевагу взуттю з м'яким верхнім матеріалом (безпека).

ДОГЛЯД ЗА ЗОВНІШНІСТЮ

- сидіти на стільці під час гоління або особистої гігієни, якщо це можливо, спираючись на лікті;
- мати достатньо часу, аби влаштовувати перерви;
- при обмеженій амплітуді руху використовувати для гребінця чи щітки довгу ручку;
- розширити ручки використовуваних предметів для полегшення тримання;

- зубну пасту вичавлювати долонею або використовувати дозатор, а не пальці (дрібна моторика);
- користуватися електричною зубною щіткою.

Ерготерапевтичне втручання для зменшення набряку:

- правильне положення;
- масаж із натиском (на пальцях, руки повністю — повільно, точно, незмащена рука);
- від дистальної частини пальців хвилю тиску в напрямку до проксимальної, далі до зап'ястя та передпліччя;
- прикладання льоду, вправи з м'ячем.

На набряки треба впливати за допомогою компресійних рукавиць чи обмотування; позиція тіла — ідеально в горизонтальному положенні.

РОЗРИВИ СУХОЖИЛЛЯ (НАБУТІ ДЕФОРМАЦІЇ)

На практиці можна зустрітися з розривами сухожилля різного типу, а саме: розриви типу «лебедина ший», деформація по типу «бутоньєрки». Більш детальну інформацію можна знайти у спеціалізованій літературі. Тут наведено тільки приблизний перелік.

Розрив «лебедина шия» — це травма бокових частин розгинача, розрив fl. dig. superficialis, від-рив від IP1, тягнення ext. dig. profundus IP1, гіперекстензія суглоба.

Деформація по типу «бутоньєрки» — розрив середньої смуги розгинача.

8.2. ЕРГОТЕРАПІЯ ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПСИХОСОЦІАЛЬНИМИ РОЗЛАДАМИ

В основному пацієнти з психосоціальними проблемами звертаються до закладів, що займаються психіатричною проблематикою. Проявом психічних захворювань є розлади (Клусоньова, 2011):

- сприйняття;
- почуттів та емоцій;
- інстинктів;
- пам'яті;
- мислення;
- інтелекту;
- свідомості;
- активності;
- особистості.

Ерготерапія як цілеспрямований метод лікування була вперше застосована саме в психіатрії (вже у XVIII столітті). Д-р Пінел запровадив трудотерапію в психіатричній лікарні поблизу Парижа. Фізичні вправи та ручна робота мали забезпечити моральність і дисципліну серед пацієнтів. Повернення до діяльності за інтересами та зайнятості вважалося ознакою зцілення. У XIX столітті ця тенденція поширювалася по всій Європі. У Німеччині Йохан Крістіан Рейл рекомендував лікарям використовувати працю та художнє й театральне мистецтво. В Англії Самуель Туке у притулку для психічно хворих запровадив трудотерапію й гуманний підхід до пацієнтів (пацієнти мають власну міру самоконтролю та дисципліни). Перша комплексна книга, присвячена ерготерапії, була зі сфери психіатрії: «Введення в ерготерапію у психіатрії» (1954), її авторами були ерготерапевт Гейл С. Фідлер і психіатр Джай У. Фідлер (Кривошікова, 2011).

Чехія в цій галузі має такі здобутки:

В Інституті для психічно хворих у Празі (1850; д-р. Ріедл) використовували працю з лікувальною метою. У Психіатричній лікарні в Брно (проф. Чермак) запровадили роботу в саду та в майстернях з різною ремісничою спрямованістю. У 1903 році було засновано Психіатричний інститут у Празі — Богніце, де проводилася ерготерапія на фермі, що була частиною лікарні (Кривошікова, 2011).

Сьогодні ерготерапія наявна на таких етапах:

- госпіталізація — гостра стадія;
- госпіталізація — середньо- та довготермінове перебування;
- суспільний догляд — домашнє середовище, денні центри.

У Чеській Республіці традиція творчих занять застосовується, зокрема, при гострих стадіях. А громадські програми спрямовані більше на звичайну щоденну діяльність, ресоціалізацію, реалізацію в сфері зайнятості та відпочинку.

8.2.1. ЕРГОТЕРАПІЯ ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПСИХІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ В ЧЕСЬКІЙ РЕСПУБЛІЦІ (ІНСТИТУЦІЙНА ТА СОЦІАЛЬНА ЕРГОТЕРАПІЯ)

У 2011 році (ÚZIS, 2011) в Чеській Республіці було зареєстровано 843 амбулаторних відділення і психіатричних кабінети. Загалом у 2011 році в психіатричних відділеннях і психіатричних кабінетах було проведено 2 799 191 обстежень і терапевтичних втручань (на 133 тисячі більше, ніж у 2010 році). Порівняно з 2000 роком збільшення кількості пацієнтів серед дорослого населення становить майже 54 %, причому швидше зростає кількість хворих жінок, ніж чоловіків. Кількість пацієнтів у віці від 0 до 19 років зросла більше ніж на 8 %. Найбільш поширеними є невротичні розлади (39 %) та афективні розлади (18 %), шизофренія (близько 8 %) і порушення, викликані наркотичними речовинами (також близько 8 %). Досить велику групу завжди формували органічні психічні розлади (наприклад, деменція Альцгеймера), але в 2011 році вони були поділені на три групи й спостерігаються окремо. Порівняно з 2010 роком у всіх відстежуваних діагнозах зросла кількість пацієнтів, серед них найбільше фіксують розладів розвитку в дитинстві та підлітковому віці (на 12 %), шизофренії та інтелектуальної інвалідності — у кожного діагнозу на 1 % (ÚZIS, 2012).

Жінки страждають на афективні, невротичні та органічні психічні хвороби (61–69 % від загального числа пацієнтів) та на шизофренію (понад 54 %); найбільшу частину пацієнтів становлять жінки з порушеннями харчової поведінки (90 %). Чоловіки значно частіше лікуються у зв'язку з сексуальними розладами / відхиленнями, з порушеннями, викликаними алкоголем та іншими психоактивними речовинами, а також у зв'язку з травмами, отриманими в дитинстві та підлітковому віці, а також через патологічний потяг до азартних ігор. Найбільш поширеним діагнозом у дітей віком від 0 до 14 років є розлади розвитку в дитинстві та підлітковому віці, інтелектуальна інвалідність й невротичні розлади (ÚZIS, 2012).

Заклади, що надають допомогу психіатричним пацієнтам:

**ПСИХІАТРИЧНІ СТАЦІОНАРНІ
ВІДДІЛЕННЯ Й АМБУЛАТОРІЇ В
ЛІКАРНЯХ**

(наприклад, Загальна факультетська лікарня — психіатрична клініка, Психіатричний центр «Прага», дитяча та підліткова психіатрія в лікарні Томайера в Празі, у Факультетській лікарні Мотол).

ПСИХІАТРИЧНІ ЛІКАРНІ

(наприклад, Богніце, Добржани, Червени Двур, дитяча лікарня — Опаржани, Лоуни, Велка Бітеш).

АМБУЛАТОРНА ДОПОМОГА

лікування на ліжку, стаціонари, кризові центри й психотерапевтичні стаціонари тощо.

Дві основні сфери, де ерготерапевт виконує свою професійну діяльність:

- **ІНСТИТУЦІЙНА** (лікарні, інститути).
- **ГРОМАДА** (середовище, у якому клієнт живе).



ІНСТИТУЦІЙНЕ СЕРЕДОВИЩЕ — це лікування у стаціонарних закладах, що поділяється на невідкладну медичну допомогу та подальший догляд. Госпіталізація пацієнта може відбуватися за його згодою або без згоди (наприклад, якщо він створює загрозу для себе самого чи свого оточення, запобіжне лікування тощо) (Блатніцка, Маркова, 2006).

- **Невідкладне лікування** відбувається у відкритих чи закритих відділеннях, воно надається пацієнтам з гострим захворюванням чи з погіршенням хронічного захворювання. Метою, передусім, є диференційна діагностика, розробка плану лікування, захист пацієнта від заподіяння шкоди собі або іншим особам.
- **Подальше лікування** відбувається в основному в психіатричних лікарнях. Надається переважно пацієнтам, в яких стабілізували гостре захворювання чи погіршення їхнього стану. Метою є досягнення, за можливості, повного фізичного та психічного здоров'я пацієнта, чи хоча б якомога більшого пом'якшення наслідків захворювання (Блатніцка, Маркова, 2006).

Метою ерготерапії в сфері психіатричної допомоги є підтримка здорової функції, підвищення працездатності, корекція небажаної поведінки, відновлення соціальних контактів, терпимості до близьких і ресоціалізація (Клусоньова, 2011).

- **Невідкладна допомога.** Як вже було згадано вище, на стадії невідкладної госпіталізації може загрожувати ризик заподіяння шкоди собі або агресії по відношенню до інших людей, наявні неспростовні ознаки гострого захворювання, тобто здатність пацієнта брати участь у заняттєвій активності значно обмежена. У такі моменти переважає медикаментозне лікування, спрямоване на стабілізацію стану пацієнта.

Тим не менше, і на цьому етапі дозавданняно забезпечити для пацієнта відповідну терапевтичну активність та надати пацієнтові підтримку при збереженні набутих навичок у різних сферах, таких як самообслуговування, певний рівень соціального функціонування, продуктивна діяльність та дозвілля. Вибрані заходи мають бути цінними та значущими для пацієнта (Флуд, Гутон, 2005).

У деяких пацієнтів активність може спрямовуватись тільки на відволікання їхньої уваги від проблемних симптомів, наприклад, прослуховування музики, прогулянка, групові ігри, приготування їжі. Надалі можна застосовувати різноманітні методи релаксації, техніки для подолання гніву, арт-терапію. Заняттєва активність у процесі терапії має відповідну цінність, якщо вона правильно підібрана відповідно до індивідуальних потреб пацієнта та є досить спонтанною і розважальною. Заняттєва активність є частиною терапевтичного плану, вона має бути як спланованою та структурованою, так і спонтанною, й відбуватися як індивідуально, так і в групі (Флуд, Гутон, 2005).

Переваги терапевтичної діяльності:

- посилює почуття власної гідності;
- допомагає зберегти існуючий рівень функціонування;
- забезпечує можливість змістовного спілкування й відповідний спосіб соціалізації;
- підвищує здатність боротьби зі стресом;
- дозволяє подивитися на психічне захворювання збоку й зрозуміти його;
- надає можливість орієнтуватися в оточенні й реальності;
- зосереджує увагу на продуктивній діяльності;
- покращує мовленнєві навички;
- заохочує пацієнта взяти на себе особисту відповідальність;
- пропонує ситуації з можливістю вибору;
- пропонує режим, порядок і структуру;
- створює почуття змістовності дня та полегшує госпіталізацію;
- допоможе підвищити впевненість у собі;
- пропонує певні соціальні ролі;
- дозволяє оцінити функціонування пацієнта та його психічний стан через певний період часу;

- надає можливість розвивати навички, необхідні для життя;
- забезпечує приємні враження (Флуд, Гутон, 2005).

Заняття з активності з точки зору підтримки:

- спровокована активність (підтримка пасивного пацієнта);
- початкова активність (спрямування, заохочення пацієнта);
- спонтанна активність (непомітна підтримка, похвала, пацієнт проявляє більше ініціативи);
- ініціативна активність (самостійність пацієнта, він допомагає іншим) (Клусоньова, 2011).

— **Середній / тривалий час перебування в лікарняному середовищі.** Середньотерміновимим та довготривалим перебуванням в основному користуються пацієнти, які страждають на психози, органічні розлади (наприклад, деменція) й афективні розлади. У таких випадках довготривалої госпіталізації терапевти можуть зіштовхнутися з проблемою госпіталізму (інституціоналізації).

Госпіталізм виникає внаслідок тривалої ізоляції в закладах, де не проводиться програма забезпечення психосоціальної стимуляції. У пацієнтів, які страждають на госпіталізм, спостерігають апатію, автоматизм, зовнішньо немотивовані прояви агресії, самопошкодження тощо (Виметал, 2003).

У межах інституціонального догляду використовується як індивідуальна, так і групова ерготерапія. Для цього традиційно використовують ерготерапевтичні майстерні (деревообробну, художню, текстильну, виробництво свічок та ін.), роботу в саду, в господарстві або на фермі. Також достатньо популярне проведення тренінгів у тренувальній кухні. Необхідно також періодично проводити тренування соціальних навичок як індивідуально, так і в групі (наприклад, навички користування грошима, використання громадського транспорту, спілкування в установах, закупи тощо).

Під час підготовки до заняття ерготерапевт має обдумати, чи обрати індивідуальну, чи групову терапію, склад групи, відповідність обраної активності (із врахуванням вимог діяльності щодо часу й фізичного навантаження, можливість завершення її в межах однієї терапевтичної одиниці, наповнення заняття змістом, терапевтична мета), відповідність матеріалів і засобів (наприклад, щоб пацієнт не міг завдати собі шкоди) тощо.

Найважливіша роль ерготерапевта полягає підтриманні самостійності та функціональних навичок особистого догляду (незалежності), навичок, необхідних для перебування у власному житті (самостійне проживання) й для повернення на роботу, і, не в останню чергу, соціальних навичок і хобі. Важливою складовою залишається співпраця з сім'єю.



«СУСПІЛЬНИЙ ДОГЛЯД — це широкий спектр послуг, програм і закладів, метою яких є допомогти людям з психічними розладами жити максимально можливою мірою в умовах нормального життя, щоб якомога більше й повніше були задоволені потреби стану їхнього здоров'я, психологічні та соціальні потреби. До підходів суспільного догляду належать, окрім лікування та підтримки соціальних ролей, сфера праці, житла й соціальних контактів, а також підтримка відносин із сім'єю, друзями й іншими людьми. Завданнявою групою суспільного догляду є пацієнти з психічними розладами та інші члени громади, яким надається така підтримка, щоб вони могли забезпечувати належний догляд» (Komunitní péče, 2013).

Із середини XX століття у багатьох розвинених країнах залишається домінуючою тенденція використання суспільного догляду. Це так званий процес деінституціалізації, коли зменшується кількість великих психіатричних лікарень і вони, принаймні частково, перетворюються на суспільні послуги.

Інтеграційна концепція суспільного догляду охоплює:

- лікарів загальної практики;
- спеціалізовані амбулаторні психіатричні служби та колективи;
- психіатричні відділення загальних лікарень;
- кризові служби та денні стаціонари;
- догляд інтернатного типу в громаді;
- послуги психіатричної реабілітації.

Принципи суспільного догляду (Komunitní péče, 2013):

- мобільність послуг;
- взаємозв'язок послуг;
- догляд за пацієнтом у власному домі;
- орієнтація на права людини та потреби пацієнтів.

— **Проміжні послуги** стоять на межі між стаціонарними й амбулаторно-поліклінічними послугами та належать до сфери охорони здоров'я:

- **денні стаціонари (санаторії)** — надають психотерапевтичну програму разом з обстеженнями, лікуванням і реабілітацією;
- **кризові психіатричні центри** — невідкладне психіатричне втручання (наприклад, RIAPS Прага, Центр кризового втручання ПЛ в Богніце);

- **кризові мобільні команди** — психіатр, психолог і психіатрична сестра забезпечують невідкладну допомогу безпосередньо на місці, де пацієнт знаходиться (наприклад, вдома);
- **громадські психіатричні медсестри** — діють у природному середовищі пацієнта (Komunitní péče, 2013).
- **Міжвідомчі послуги** — як правило, надаються недержавними неприбутковими організаціями й належать до сфери соціальних послуг, однак мають радше медично-соціальний характер:
 - **послуги з підтримки праці й зайнятості** — реабілітаційні та захищені майстерні, соціальні фірми, тимчасова зайнятість, підтримувана зайнятість, підтримувана освіта, допоміжні освітні програми під час трудової реабілітації (job club);
 - **послуги з підтримки у житловій сфері** — спеціалізоване житло для інвалідів, будинки й квартири з наглядом, підтримуване житло;
 - **послуги для підтримки у сфері дозвілля й соціальних контактів** — центри денної діяльності, самостійна активність користувачів чи членів їхніх сімей;
 - **інші послуги** — до інших послуг належать соціальний супровід (case management), асертивне суспільне лікування, юридичні послуги, поради щодо надання послуг (Komunitní péče, 2013).
- **Кейс-менеджмент** — це послуга, спрямована на осіб, які потребують підтримки в багатьох сферах життя (сім'я, соціальні контакти, праця, освіта, дозвілля, житло тощо). Працівник (кейс-менеджер) допомагає клієнтові під час контакту з іншими сторонами, наприклад, з установами, родиною, іншими постачальниками послуг. Кейс-менеджер координує весь догляд і послуги, які відповідають потребам клієнта, він завжди діє в інтересах клієнта.

8.2.2. ПРИНЦИПИ СПІЛКУВАННЯ З ПАЦІЄНТАМИ ІЗ ПСИХІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Принципи поведінки терапевта стосовно психіатричних пацієнтів (Маркова, Венгларжова, 2006):

СПОКІЙНИЙ ВІДКРИТИЙ ПІДХІД

надати достатню кількість інформації у прийнятній формі, зокрема, у складних життєвих ситуаціях.

АКТИВНІСТЬ ПАЦІЄНТІВ У ТЕРАПЕВТИЧНОМУ ПРОЦЕСІ

не поводитися з пацієнтом як з пасивним об'єктом, а вимагати від нього активного підходу.

ДОТРИМАННЯ СОЦІАЛЬНИХ НОРМ

не принижувати гідність пацієнта, повсякчас зберігати повагу до нього, навіть якщо терапевт з ним не погоджується, або якщо терапевта розчулюють прояви поведінки пацієнта, чи якщо останній має прояви зміни інтелекту, є занедбаним тощо.

ВИЗНАЧЕННЯ ЧІТКИХ ПРАВИЛ

на початку лікування ознайомити пацієнта з терапевтичним режимом і правилами, яких слід неухильно дотримуватися.

КОЛЕГІАЛЬНІСТЬ СТОСОВНО ЧЛЕНІВ КОЛЕКТИВУ

з пацієнтом працює весь міжпрофесійний колектив, і відносини в колективі слугують у якості моделі для пацієнта. Проте більш близькі відносини з деякими членами команди можуть викликати у пацієнта невпевненість.

ДЕЛІКАТНО, АЛЕ ТВЕРДО ОЗНАЙОМЛЮЮТЬ З НЕПРИЄМНИМИ ВИМОГАМИ

це стосується, наприклад, постійного контролю, порушення інтимності, обмеження соціальних контактів, порушення сну тощо.

ВАРТО УНИКАТИ

зменшення значимості особи пацієнта, іронічної поведінки, невихованої поведінки, встановлення більш тісних приватних взаємин з пацієнтом чи навпаки, непрофесійних стосунків (тільки виконання обов'язків), власної нервозності й неспокою, які могли б передатися пацієнтові, негативного чи агресивного ставлення, зневіри й байдужості, надмірної турботи про пацієнта.

Інші допоміжні поради щодо спілкування з людьми з психічними захворюваннями (Асоціація допомоги психічно хворим ЧР, 2011):

- Не боятися спілкуватися — не лякатися, що людина скаже щось неприйнятне чи когось образить.
- Говорити те, що людина насправді думає та відчуває (а не те, що, ймовірно, думає та відчуває хтось інший).
- Не заперечувати й не підтверджувати те, що людина сприймає інакше.

- Можна відмовитися не від людини, а від можливого способу та теми розмови.
- Визнати, що щось є химерним, а не просто говорити самому собі — «неймовірно».
- Висловлювати подив, адже не все є очевидним, можуть статися дивні речі.
- Зупинити пацієнта / клієнта, який забагато говорить, дати собі час для міркувань та перепочинку, створити для себе простір.
- Не заперечувати, що те, що людина бачить чи чує, не відбувається наяву. З особою в її стані це справді відбувається. Наприклад, варто спробувати сказати, що намагатиметеся це перевірити й обдумати. Визнати, що «це» інший не бачить і не чує.

Принципи спілкування з пацієнтами з синдромом деменції (Національна рада інвалідів ЧР, 2008):

- Під час спілкування обмежувати вплив чинників середовища, які заважають чи відволікають, наприклад, увімкнене радіо, телебачення; слід переконатися в правильному налаштуванні допоміжних засобів (скажімо, слуховий апарат).
- Заохочувати пацієнта дружньою зацікавленістю, намагатися поводитися спокійно й зберігати позитивне налаштування — обмежувати різкі рухи, намагатися залишатися в полі зору пацієнта.
- Промовляти зрозуміло, повільно й короткими реченнями.
- У розмові уникати вживання професійних виразів, жаргону, граматично обтяжених фраз або іронічних протиріч; натомість використовувати відомі та доречні вирази.
- Вживати прямі назви, уникати займенників і, якщо це можливо, вказувати на предмети, особи, частини тіла, про які йде мова. Якщо пацієнт не розуміє — не здогадується, спробувати сформулювати та подати інформацію по-іншому.
- Активно встановлювати та підтримувати зоровий контакт, регулярно перевіряти, чи пацієнт правильно зрозумів почуті відомості. Важливу інформацію можна написати на папері.
- Використовувати невербальну комунікацію, міміку, дотики й відстежувати ці прояви та навзаєм дозволяти це й пацієнтові; бути чутливими до ознак тривоги, страху, депресії та болю.
- Чітко давати знати, коли ви відходите від пацієнта (чи лиш на якийсь час, чи якщо на сьогодні терапію закінчено).
- Пацієнта апріорі не варто недооцінювати, спілкування не обмежувати, навпаки, намагатись адаптувати заняття до його можливостей.
- Активно захищати гідність людей, які страждають на синдром деменції, не допускати, щоб їх принижували, посилювати їхню автономію та здатність приймати рішення самостійно.

Основні принципи комунікації й підходу до людей з розумовою відсталістю (Асоціація допомоги психічно хворим ЧР, 2011):

- Якщо ви розмовляєте з дорослою людиною з інтелектуальною інвалідністю, то звертайтеся до неї на «Ви» або ж домовтеся про взаємне спілкування на «ти». Коли справа стосується дорослих людей, звертайтеся до них «пані / пане» та на прізвище. Перед більш інтенсивним контактом слід представити себе й подати людині з ментальною ретардацією руку.
- Якщо повідомляєте певну інформацію, то варто переконатися, що людина з інтелектуальною інвалідністю добре бачить і чує.
- Завжди слід заздалегідь пояснити, про що йтиме мова та що відбуватиметься.
- Йти вперед невеличкими кроками та намагатися все пояснювати.
- Розмовляти головним чином з пацієнтами, вони є партнерами. Особи, що їх супроводжують, мають надавати підтримку, а не робити все замість них і все вирішувати. У деяких випадках супроводжуючі особи можуть виступати в ролі перекладачів, але й у подібних випадках слід звертатися спочатку до людини з інтелектуальною інвалідністю.
- Під час різних адміністративних дій або під час іншої діяльності допомагати людям з інтелектуальною інвалідністю впоратися зі справами самостійно.
- Намагатися якомога старанніше пристосуватися до темпу людей з інтелектуальною інвалідністю, тоді вони краще зосереджуватимуться. Достатня кількість часу й терпіння є для них дуже важливою.
- Говорити зрозуміло й повільно. Не вживати іноземні слова або складні речення. Усе, що можна, наочно показати. Ставити прості й зрозумілі питання. Завжди дочекатися відповіді — не відповідати замість них, не доповнювати своїми припущеннями.
- Людей з інтелектуальною інвалідністю не слід перевантажувати зайвою інформацією.
- Уникати іронії та двозначності — вони можуть призвести до непотрібних непорозумінь.
- Регулярно переконуватися, що людина з інтелектуальною інвалідністю добре розуміє суть розмови.

8.2.3. ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНІ МОДЕЛІ Й ПІДХОДИ, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ З ПСИХОСОЦІАЛЬНИМИ РОЗЛАДАМИ

При психосоціальних розладах ерготерапевти базуються на окремих психологічних підходах і напрямках. Розуміння психологічних теорій є основою для оцінювання та впливу на проблеми в інтра- й інтерперсональній області (Кривошікова, 2011).

ОСНОВНІ ТЕОРЕТИЧНІ МЕЖІ:

- поведінкові;
- когнітивно-поведінкові;
- психоаналітичні (психодинамічні);
- гуманістичні.

8.2.3.1. ПОВЕДІНКОВІ ТЕОРЕТИЧНІ МЕЖІ

Вони базуються на біхевіоризмі (Павлов, Торндік, Скіннер) і зосереджуються на поведінці, яку можна спостерігати й вимірювати. Терапевти спостерігають та аналізують поведінку, або наслідки поведінки для оточення (Кривошікова, 2011).

Застосовуються для людей з порушенням здатності до навчання, а також у психіатрії (фобії, тривожні розлади, залежність, інституціоналізація, після травм головного мозку). Поведінкові теоретичні межі вживаються у разі проблем, що виникли внаслідок помилкового навчання, невідповідного посилення (закріплення) середовища, коли особа навчилася невідповідної поведінки або ж не навчилася відповідної поведінки (Хагедорн, 1997).

Основні передумови поведінкових теоретичних меж (Хагедорн, 1997):

- Особистість можна вивчати тільки за посередництвом спостережень за поведінкою (наприклад, вчинки людини та її мовлення).
- Поведінка виникає на підставі імпульсів (подразників), які її підтримують або пригнічують.
- Уся поведінка є навчено-набутою (людина може навчитися поводитися, а може й не навчитися).
- Навчання відбувається як відповідь на закріплення (реакції), його забезпечено ззовні (середовищем) та зсередини (через поведінку).

- Позитивне закріплення (реакцію) слід обирати обережно, щоб воно було для цієї особи відповідним. Закріплення слід застосовувати правильно та постійно.
- Поведінку можна спростити до послідовності окремих відповідей (реакцій), яких людину можна навчити окремо, або зв'язати їх у ланцюг секвенцій.

Мойсейова підкреслює, передусім, оперантне обумовлення, а з теорії навчання — повторення, практику та закріплення. Відносини між клієнтом і терапевтом є директивними, клієнт не бере участі у визначенні завдань, і не завжди здатний повністю взаємодіяти, тому терапевт одноосібно усім керує і все контролює.

У новій модифікованій формі цих меж відносин клієнт бере участь у визначенні завдань (Хагедорн, 1997).

Ерготерапевт використовує:

«ПОВЕДІНКОВІ МОДИФІКАЦІЇ»

підхід модифікованої поведінки — тренування навичок необхідної поведінки або ж усунення невідповідної; зосереджується на оперантному обумовленні, наприклад, в осіб з порушенням здатності до навчання.

Підхід модифікованої поведінки включає:

- визначення точних поведінкових завдань, які клієнт має виконати (за аналізом активності);
- детальний аналіз заняттєвої активності, щоб елементи поведінки можна було виокремити й тренувати кожен окремо;
- створення ситуації, коли є можливість спостереження за потрібною реакцією;
- визначення нагороди за успішне виконання (похвала, вигода, їжа, розваги) = позитивний зворотний зв'язок;
- опускання й обмеження винагород (Хагедорн, 1997).

Зосереджуються ерготерапевти на оперантному обумовленні, а головне — на зміні наслідків поведінки, намагаються досягти систематичного контролю за наслідками та можуть розділити їх в залежності від того, хто забезпечує контроль і які наслідки контролює (Prochaska, Norcross, 1999):

- інституційний контроль — виправні установи, спеціальні школи, класи;
- самоконтроль;
- взаємний або договірний контроль — у межах відносин двох або більше людей;
- контроль, здійснюваний терапевтом;

- контроль за допомогою аверсивних подразників — використання негативних технік (покарання).

ТРЕНУВАННЯ НОВИХ НАВИЧОК

засноване переважно на теорії навчання. Нової поведінки пацієнт вчиться за допомогою (Прочаска, Норкросс, 1999):

- поєднання у ланцюг окремих кроків завдань;
- формування нової поведінки через закріплення;
- наприклад, тренування асертивності — як краще володіти собою в неприємних соціальних ситуаціях, як висловити свою думку, висловитися, коли щось не до вподоби тощо. Клієнт навчається словесно реагувати на специфічні соціальні ситуації шляхом виконання ролей та домашніх завдань, імітуванням;
- подібно до тренування асертивності, діючи за принципом обумовленості й тренування соціальних навичок, тренування відмови (у залежності, порушеннях харчової поведінки) і тренування навичок спілкування (активне слухання, конструктивні дії).

СИСТЕМАТИЧНА ДЕСЕНСИБІЛІЗАЦІЯ

ґрунтується на принципі анти-обумовленості та використовує (Прочаска, Норкросс, 1999).

- стратегії, що безпосередньо замінюють небажану поведінку бажаною шляхом втручання у стимулюючу ситуацію (фобії, пов'язані з предметом або ситуацією, стани тривожності);
- релаксаційний тренінг, розрізнення напружених і розслаблених м'язів, контроль за розслабленням;
- ієрархізацію неприємних почуттів — починають з тренування менш значимих (неприємних) ситуацій;
- за допомогою заспокійливих образів (сцени, наприклад, шуму моря, співу пташок, відпочинку на сонячному березі) вчать створювати відчуття розслаблення, причому одночасно пацієнтам презентують неприємні стимули (за ієрархією);
- поступово також відбувається тренування в реальних ситуаціях — десенсибілізація «in vivo». Пацієнт у своєму життєвому просторі наближається до стимулів за ієрархією від найменш інтенсивного до інтенсивного.

ПЕРЕВАГИ ПОВЕДІНКОВИХ РАМОК ВІДНОСИН (ХАГЕДОРН, 1997):

- визначені, точні, вимірювані завдання;
- учіння не обов'язково залежить від мотивації та співпраці клієнта;
- техніки й засоби адаптовані до потреб клієнта;
- окремі навички можна вчити малими кроками.

НЕДОЛІКИ ПОВЕДІНКОВИХ РАМОК ВІДНОСИН (ХАГЕДОРН, 1997):

- вимогливість щодо часу;
- вимагає спеціальної підготовки терапевтів;
- навчену поведінку неможливо генералізувати, вона може зникнути, якщо не посилюється;
- ігнорується емоційне й когнітивне пояснення поведінки;
- однозначне використання позитивного та негативного зворотного зв'язку (покарання, депривація) = етична проблема.

8.2.3.2. КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВІ ТЕОРЕТИЧНІ МЕЖІ

Вони засновані на теорії соціального навчання, когнітивної терапії й раціонально-емоційної терапії. Базуються на припущенні, що мислення, поведінка, мотивація, емоції й соціальні контексти взаємопов'язані та відіграють визначну роль у процесі навчання (Кривошікова, 2011).

Не беруть під сумнів роль середовища та досвіду, але головну роль відіграє спосіб, у який людина сприймає та інтерпретує стимули із середовища. Мета полягає у тому, щоб засобами терапії вплинути на когнітивні процеси пацієнта та досягти зміни його переконань, яка згодом проявиться зміною поведінки (Дурецова, 2004).

Застосовуються при психічних розладах, таких як тривога, депресія, нав'язливі розлади, фобії. Зазвичай вживаються при стрес-індукованих станах, як-от: хронічний біль, проблеми, пов'язані з важкими життєвими ситуаціями (вихід на пенсію і т. д.). Терапевт діє переважно як фасилітатор. Результатом має бути видиме покращення когнітивних функцій, яке веде до позитивних змін у продуктивності (Хагедорн, 1997).

Значення використання цих меж на практиці зростає, бо їхньою перевагою є засвоєння різних технік і практичних прийомів для ідентифікації та розуміння емоцій і поведінки пацієнта, які б він хотів змінити (Кривошікова, 2011).

Класична поведінкова терапія розрізняла 3 основні способи навчання — класичне обумовлення, оперантне обумовлення й соціальне навчання (навчання імітуванням). Когнітивна терапія доповнила ці форми навчанням когнітивним (Дурецова, 2004).

УМОВНИЙ РЕФЛЕКС

це модель, яка пояснює навчання за моделлю І. П. Павлова (стимул — реакція), коли людина вчиться реагувати на нові ситуації, викликаючи рефлекторну реакцію. Повторенням ситуації реакція автоматизується. Приклад: експерименти І. Павлова зі спробами викликати слиновиділення у собак.

ОПЕРАНТНИЙ УМОВНИЙ РЕФЛЕКС

це принцип, вперше розроблений Б. Ф. Скіннером. Поведінка визначається її наслідками, не є рефлексивною реакцією на стимул, а спрямована на отримання приємних відчуттів й уникання неприємних. Внаслідок такої поведінки організм вчиться, а поведінка закріплюється, або ж стає слабшою. Людина освоює та зберігає таку поведінку, яка веде до приємних наслідків. Прикладом є дресирування тварин у цирку, систематичне маніпулювання у формі винагород (їжа) і покарань (удар електричним струмом).

СОЦІАЛЬНЕ НАВЧАННЯ

(навчання шляхом імітації) базується на спостереженні за поведінкою інших людей і за наслідками цієї поведінки у різних ситуаціях. Це опосередкований досвід когнітивних процесів. Завдяки йому засвоюються нові форми поведінки. Приклад: переймання підлітками поведінки чи манер їхніх кумирів.

КОГНІТИВНЕ НАВЧАННЯ

теорія когнітивної обробки інформації. Базується на припущенні, що люди реагують не безпосередньо на своє середовище (імпульс), а на свої когнітивні уявлення про це середовище (імпульс). Тобто певну поведінку людини викликає не сам імпульс, а значення, яке людина цьому імпульсу приписує. Приклад: дві різні людини можуть реагувати на один і той же імпульс зовсім по-різному.

Когнітивно-поведінкові теоретичні межі ґрунтуються на припущенні, що мислення, поведінка й емоції тісно переплітаються, їхньою метою є допомогти людині (Хагедорн, 1997):

- розпізнати негативні емоції;
- створити зв'язок між негативними емоціями та негативним мисленням;
- бачити, як негативне мислення заважає адаптаційним реакціям;
- замінити негативні думки позитивними;
- набути контроль над своїм життям,
- визначити реальні завдання та поступово їх виконувати малими кроками;
- вирішувати проблеми або принаймні зменшити їх величину;
- застосовувати техніки подолання стресу або покращити спілкування з іншими;
- винагородити пацієнта при досягненні мети.

Основні передумови когнітивно-поведінкових теоретичних меж (Хагедорн, 1997):

- Когніція — це комплексний процес, який можна пояснити за допомогою різних теорій.
- Кожна людина має унікальний досвід та інтерпретацію свого середовища.
- Мислення пов'язане з емоціями й впливає на поведінку; на мислення впливає сприйняття минулих і майбутніх подій.
- Когнітивні процеси також впливають на сприйняття себе самого й на спосіб, яким особа сприймає події минулого та планує майбутню заняттєву активність.
- Ерготерапевти можуть впливати на дисфункцію за допомогою аналізу когнітивних процесів, засвоюючи адаптивні та позитивні стратегії для усунення малоадаптивної, негативної чи не-ефективної поведінки.

В ерготерапії можна застосувати такі техніки когнітивно-поведінкової теорії (Хагедорн, 1997; Кривошікова, 2011):

- домашнє завдання, наприклад, ведення щоденника, когнітивні вправи;
- методи створення нової поведінки — навчання на основі зразка (моделювання), заохочення, поєднання у ланцюг, формування, виконання ролей;
- техніки подолання стресу;
- техніка зупинки негативних думок (thought stopping);
- декатастрофізація автоматичних думок — негативне замінити позитивним;
- техніки релаксації;
- подолання тривожності;
- тренування асертивності;
- тренування вирішення проблем;
- візуалізація;

- техніка самоінструктування;
- психодедукційний підхід групової терапії та підхід саморегуляції.

ПЕРЕВАГИ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВИХ ТЕОРЕТИЧНИХ МЕЖ (ХАГЕДОРН, 1997):

- пропонують практичні процеси та стратегії, які залучають пацієнта до виявлення елементів своїх почуттів, думок і поведінки, котрі пацієнт бажає змінити, а потім допомагають йому вжити заходів для цих змін;
- результати з'являються відносно швидко, вони є помітними та позитивними;
- підхід не бере до уваги інтерпретацію «невідомих» причин поведінки, тому терапія є для пацієнтів більш прийнятною.

НЕДОЛІКИ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВИХ ТЕОРЕТИЧНИХ МЕЖ (ХАГЕДОРН, 1997):

- комплексність теоретичних моделей;
- методи засновані на гіпотезах, які не можуть бути «доведені», бо терапевти працюють із суб'єктивним матеріалом;
- багато пояснень когнітивних процесів і взаємозв'язку між мисленням та емоціями все ще залишається на рівні домислів.

8.2.3.3. ПСИХОАНАЛІТИЧНІ ТЕОРЕТИЧНІ МЕЖІ

Ці теоретичні межі ґрунтуються на психічному аналізі, психологічному напрямі, який був заснований З. Фройдом. Їх також називають психодинамічними або аналітичними межами відносин, теоретичними межами (Кривошікова, 2011).

Вони займаються несвідомою й підсвідомою сутністю поведінки людини, її емоцій, думок і символів, які вона пов'язує з людьми, подіями та предметами. Цей прихований матеріал можна виявити різноманітними методами. З. Фройд запровадив до вжитку багато термінів, наприклад: несвідомість, передсвідомість, ід, его, суперего або лібідо.

З. Фройд стверджував, що в основі людської поведінки лежить задоволення потреб (перш за все сексуальних). Розвиток особистості він поділяв на кілька етапів (період орально-анально-фалічний, період латентності — генітальна стадія), коли затримка чи регресія на котромусь із ранніх етапів обмежує розвиток збалансованої (інтегрованої) особистості. Прихильники цього напрямку припускають, що поведінкою керують несвідомі мотиви й емоції, і ця поведінка не підлягає контролю волі. Несвідомі мотиви, які впливають на сучасну поведінку, шукають у минулому (зокрема, у ранньому дитинстві). Складний процес аналізу може допомогти пацієнтові зрозуміти причини його почуттів і поведінки, та позбавити його тривожності. Протягом цього процесу важливу роль відіграють відносини терапевта з пацієнтом (Хагедорн, 1997).

У межах цього підходу ерготерапевт використовує творчі й проєктивні техніки (художні техніки, скульптуру, драму, пантоміму, музику, танець тощо). Із пацієнтами працюють індивідуально або в групі. Реакція пацієнта на результат його творчої діяльності та його інтерпретація можуть допомогти відкрити приховані символи й емоції, а також надати йому можливість зрозуміти психологічні механізми (провина, репресії, заперечення, конфлікти тощо). Така робота вимагає співпраці, ставить певні вимоги до інтелекту та світогляду пацієнта. Ерготерапевт не здійснює психоаналізу, але спирається на деякі ідеї цього напрямку. Дуже важливе значення мають відносини між пацієнтом і терапевтом, коли необхідно створити почуття безпеки та довіри. У сфері ерготерапії ці межі відносин вперше сформулювало подружжя Гейл і Джей Фідлерів у 60-і роки XX століття), вони вказували на роль комунікації, відносин терапевт — клієнт (пацієнт) і символічний потенціал діяльності (Кривошікова, 2011).

- **Комунікація** — діяльність працює як засіб або результат підтримки комунікації думок і почуттів, які неможливо виразити вербально.
- **Міжособистісні відносини** — надання емоційно адекватного відповідного досвіду через відносини.
- **Використання активності** — для розуміння інтрапсихіатричної структури особистості, реакція пацієнта на результат власної творчості й ставлення до нього може допомогти відкрити приховані емоції та символи (Кривошікова, 2011).

Основні припущення психоаналітичної структури відносин:

- Поведінкою керує несвідомість, ірраціональні процеси, що базуються на задоволенні основних потреб.
- Раннє дитинство, яке проходить кількома психосексуальними стадіями або стадіями розвитку відносин з людьми та речами, має тривалий вплив на особистість людини.
- Конфлікти, тривожність, почуття провини, депресії або проблеми у відносинах — це симптоми несвідомих конфліктів, що походять із приглушених спогадів дитинства.
- Підсвідомий матеріал виходить на поверхню через сни й символи, які можуть впливати на сприйняття реальності (Хагедорн, 1997).

Ці теоретичні межі можуть застосовуватися в тривожних станах, афективних розладах, сексуальних дисфункціях, порушенні розвитку позитивного сприйняття себе, почуття провини й нікчемності, фобії, порушень розвитку задовільних відносин. Першопричиною проблем пацієнта є порушення завданьності особистості — описується, наприклад, як невирішений конфлікт, регресія на попередній ступінь розвитку, нездатність прийняти свою сексуальну роль, помилковий розвиток ранніх відносин з одним із батьків.

ПЕРЕВАГИ ПСИХОАНАЛІТИЧНИХ ТЕОРЕТИЧНИХ МЕЖ:

- зосереджуються на емоціях і відносинах;
- розслабляють і роблять доступним «несвідомий матеріал»;
- визнають ірраціональну основу поведінки (Хагедорн, 1997).

НЕДОЛІКИ ПСИХОАНАЛІТИЧНИХ ТЕОРЕТИЧНИХ МЕЖ:

- складне визначення завдань і проблем (суб'єктивні процеси);
- процес відбувається повільно, результати з'являються через довгий час;
- клієнт може стати залежним від терапевта;
- застосування окремих технік вимагає спеціальної кваліфікації терапевта;
- неправильне тлумачення може зашкодити клієнту;
- вивільнення несвідомого матеріалу без подальшої роботи з ним може викликати агресію (Хагедорн, 1997).

8.2.3.4. ГУМАНІСТИЧНІ ТЕОРЕТИЧНІ МЕЖІ

Виникли вони у п'ятдесяті роки XX століття як новий гуманістичний напрям (Кривошікова, 2011). Засновником був К. Роджерс. Він запропонував новий підхід до консультування: «клієнтоцентричну терапію». Також Роджерс сформулював нову теорію особистості, наголошуючи на індивідуальності й унікальності людини. Центральним поняттям є «я» (self) (Драпела, 1997). При такому підході терапевт підтримує клієнта в максимально можливому управлінні процесом терапії, прийнятті особистої відповідальності за власні рішення. Завдання та засоби терапії вибираються пацієнтом, і мають для нього певне особисте значення. Терапевт виступає у ролі посередника, який пропонує можливості й інформацію так, щоб клієнт міг самостійно вирішити, чого він хоче (Хагедорн, 1997).

Основні поняття:

КОНЦЕПЦІЯ «SELF»

сприйняття себе, особа як індивідуальність з власними думками, почуттями, формулами поведінки, ставленнями й досвідом. Оцінюючи інших, ми посилюємо власну уяву про себе самого.

АВТОНОМІЯ

власна рушійна сила людини якимось діяти, на щось впливати, свобода прийняття рішень, вибору, прийняття відповідальності.

СУБ'ЄКТИВНИЙ ДОСВІД

важливість свідомого досвіду та суб'єктивного значення (переконання, почуття, мотивація, потреби) (Кривошікова, 2011).

Гуманістичні теоретичні межі вважають основою філософії ерготерапії. Цей спосіб є завданням. Основні проблеми клієнта походять з дисфункції, виникають на підставі ураження або розладів розвитку, недостатніх можливостей набуття навичок, браку інформації для прийняття рішень, через стресові умови, недостатню самореалізацію, брак позитивної оцінювання з на-вколишнього середовища, недостатню впевненість у собі (Хагедорн, 1997).

Основні припущення гуманістичних меж відносин:

- Особистий досвід свідомості людини — вкрай важливий.
- Людину слід сприймати як одне ціле по відношенню до фізичного та соціального середовища.
- Людина має право на особисті рішення.
- Людина, здатна керувати своїм життям, може також значною мірою управляти терапією.
- Людина здатна до позитивного розвитку (Хагедорн, 1997).

У доробку гуманістичних теоретичних меж використовуються такі методи: поради та підказки, колективна робота, спрямована на клієнта реабілітація або освіта, тренування асертивності, психодрама (виконання ролей), творчі техніки, релаксація, медитація та ін. Вибір технік залежить від домовленості між терапевтом і клієнтом, або ж клієнт обирає техніку самостійно (Хагедорн, 1997).

ПЕРЕВАГИ ГУМАНІСТИЧНИХ ТЕОРЕТИЧНИХ МЕЖ:

- прийнятні як основа філософії терапії;
- динамічний, завданнясний, гнучкий підхід, що може працювати з психологічними, фізичними дисфункціями, розладами розвитку, а також із тривалими або кінцевими станами;
- процесом керує сам пацієнт, тому й мотивація є позитивною, а результати — більш тривалими.

НЕДОЛІКИ ГУМАНІСТИЧНИХ ТЕОРЕТИЧНИХ МЕЖ:

- процес може виявитись довгочасним, завдання можуть бути невизначеними;
- ідея, що людина здатна контролювати всі рішення в житті, може бути перебільшеною та нереалістичною;
- складно оцінити результати (Хагедорн, 1997).

8.2.4. ІНШІ МОДЕЛІ ТА ПІДХОДИ, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ В ЕРГОТЕРАПІЇ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПСИХОСОЦІАЛЬНИМИ РОЗЛАДАМИ

Модель призначена для спрощення спостереження за дійсністю, для розуміння інтерпретації явища.

8.2.4.1. МОДЕЛЬ ЗАНЯТТЄВОЇ АКТИВНОСТІ ЛЮДИНИ – MODEL OF HUMAN OCCUPATION (МОНО)

Ця модель виникла у 80–90-х роках ХХ століття, коли вона вказувала на вплив середовища на людину. Тоді постало кілька теоретичних моделей, першовідкривачем яких є Гарі Кілхофнер, американський ерготерапевт і психолог. Він створив Модель Заняттєвої Активності Людини (Model of Human Occupation, 1980).



КЛЮЧОВИМ ПОНЯТТЯМ ДЛЯ ЦЬОЇ МОДЕЛІ Є «OCCUPATIONAL BEHAVIOUR» — заняттєва поведінка, центральний аспект людського існування.

Тут діє твердження, що інформаційний вплив середовища на людину поділяється на 4 етапи:

1. **ВСТУП** — потрібна інформація із середовища (від людей, із ситуації, предметів).
2. **ОБРОБКА** — сортування й обробка вступної інформації, планування та прийняття рішень.
3. **ЗВОРОТНИЙ ЗВ'ЯЗОК** — зворотна інформація про виконану заняттєву активність (наприклад, які почуття має людина щодо своєї поведінки).
4. **РЕЗУЛЬТАТ** — заняттєва поведінка розділена на роботу, ADL й інтереси (Кривошікова, 2011).

Значення:

- шляхом застосування МОНО ерготерапевт з'ясовує інформацію про поведінку людини під час заняттєвої активності, а також про те, чому вона обирає поведінку певного типу;
- найбільш широко використовується в галузі психіатрії та геріатрії;
- комплексні вказівки зі збору даних, інтерпретації та втручання (питання, ієрархія пріоритетів лікування);
- залучення клієнта до процесу, необхідна мотивація;
- для розуміння моделі потрібні значні теоретичні знання та практичний досвід;
- пропрацьовані оцінювання (докладні та довгі) (Кривошікова, 2011).

У МОНО оперують 3 підсистемами, що містять і психосоціальні навички:

воля	звички	функція (результат) (Хагедорн, 1997)
------	--------	--------------------------------------

Середовище може мати на людину різний вплив:

ДОЗВОЛЯЄ АБО Ж НАДАЄ МОЖЛИВІСТЬ ЗАЙМАТИСЬ ЧИМОСЬ. Середовище забезпечує потенціал для різних форм поведінки, дає певну свободу вибору та можливість діяти.

СТВОРЮЄ ТИСК — очікує або вимагає певної поведінки. Надто сильний тиск, надмірна стимуляція й занадто високі вимоги середовища викликають у людей стрес, тривогу, невпевненість, нездатність впоратися з ситуацією, внаслідок чого у подібному середовищі люди зазнають невдач. Занадто слабкий тиск викликає апатію, регрес і відсутність інтересу, а у такому середовищі люди також не досягають якісних результатів (прикладом є госпіталізм) (Кілхофнер, 1995; Хагедорн, 1997).

Діагностичні інструменти, що базуються на Моделі Заняттєвої Активності Людини МОНО (Крівошікова, 2001):

- **ОЦІНЮВАННЯ РУХОВИХ І ПРОЦЕСУАЛЬНИХ НАВИЧОК** (The assessment of motor and process skills — AMPS, оцінювання комунікаційних й інтерактивних навичок — ACIS);
- **ОПИТУВАЛЬНИКИ** (Role checklist, Interest checklist, анкета виконання заняттєвої активності, самооцінка функціонального результату);
- **ШКАЛИ ОЦІНЮВАННЯ**, що широко застосовуються, зокрема, в галузі психіатрії (Occupational Case Analysis Interview and Rating Scale — OCAIRS, Model of Human Occupation Screening Tool — MOHOST).
- **OCAIRS** (Occupational Case Analysis Interview and Rating Scale)
 - включає оцінювання всіх сфер, що впливають на поведінку людини, й таким чином базується на описаних вище концепціях МОНО;
 - інструмент, спочатку розроблений для запланованої виписки короточасно госпіталізованих психіатричних пацієнтів;
 - складається з напівструктурованої розмови, шкали оцінювання й зведеної форми;
 - надає структуру для збору, аналізу й оцінювання даних, що стосуються результатів людини під час діяльності;
 - формат тесту й проведення: розмова близько 20—35 хв., необхідних для проведення, 30—50 хв. для оцінювання, запису й інтерпретації отриманої інформації.
 - 3 частини:
 1. Розмова (Interview).
 2. Шкала оцінювання (Rating Scale).
 3. Бланк звіту (Summary form).
 - інструкція до розмови надає оцінні питання, спрямовані на збір даних про різні аспекти функціонування людини, що розглядаються в основних концепціях МОНО;
 - розмова містить 14 сфер оцінювання, які базуються на основних концепціях моделі;
 - 10 основних складових: особисті причини, цінності та завдання, інтереси, ролі, звички, навички, результати, фізичне середовище, соціальне середовище та зворотний зв'язок;
 - останні 4 складові вимагають створення глобального погляду на функціонування клієнта, так званий системний аналіз, що передбачає такі оцінювання:
 1. Динамічна оцінка — показує, як співпрацюють різні компоненти системи.
 2. Історична оцінка — вплив життєвого досвіду людини впродовж часу (минуле кожної людини впливає на її сучасне).

3. Оцінка контексту — взаємодія людини із середовищем (як середовище впливає на адаптацію особи та наскільки добре особа задовільняє вимоги середовища).
 4. Траєкторія системи — стосується того, куди людина прямує, на які завдання орієнтована; є найбільш широкою та ґрунтується на 3-х попередніх аналізах системи:
- За посередництвом системного аналізу здійснюється узагальнення всіх складових, щоб можна було створити профіль особи, на якій стадії лікування пацієнт знаходиться і куди він прямує;
 - для оцінювання всіх складових терапевт користується п'ятибальною лінійною шкалою, яка забезпечить подробиці до оцінювання відповідей на питання:
 - оцінка 5 означає, що ця область дозволяє вести адаптивне повсякденне життя;
 - оцінка 1 означає, що ця область перешкоджає у веденні адаптивного повсякденного життя.
 - Бланк звіту використовується для створення заняттєвого профілю людини;
 - оцінювання було розроблено для поточних спостережень клієнтів під час короткотермінової психіатричної госпіталізації;
 - ступені оцінювання описують, як пацієнти відповідають на питання про власне сприйняття діяльності та їхні ролі.

8.2.4.2. КАНАДСЬКЕ ОЦІНЮВАННЯ ВИКОНАННЯ ЗАНЯТТЄВОЇ АКТИВНОСТІ – CANADIAN OCCUPATIONAL PERFORMANCE MEASURE (COPM)

Цю модель було створено Канадською асоціацією ерготерапевтів у 1997 році, після чого її розробляла ерготерапевт Елізабет Таунсед. Мета полягала у розробці оцінювання результатів роботи ерготерапевта.

Модель базується на клієнтоцентричному підході, вона пояснює, що виконання заняттєвої активності є результатом взаємодії між людиною, середовищем і наданням роботи (Лоу, 2008).

Найважливіші принципи:

- клієнт є рівноправним партнером, бере участь в управлінні всім терапевтичним процесом;
- завданнясний погляд на людину;
- вихідним є оцінювання потреб людини;
- використання аналізу й адаптації заняттєвої активності;
- важливим чинником є життєвий етап, на якому людина знаходиться;

- враховує очікування, бажання, досвід і ролі людини;
- інформування клієнта про процес — про всі кроки, оцінювання й лікування;
- відповідальність як терапевта, так і клієнта.

Модель описує людину в трьох сферах: самообслуговування, продуктивність, інтереси. Центральною темою є духовність (основний елемент буття), яка є основою моделі та надає життю сенс.

Особа характеризується за трьома компонентами:

ФІЗИЧНИМ

дії, моторні, сенсорні й сенсомоторні навички.

ЕМОЦІЙНИМ (АФЕКТИВНИМ)

почуття, емоційна та соціальна сфера людських відносин.

КОГНІТИВНИМ

мислення, перцепція, розуміння, концентрація, судження.

Ця модель дає чітку презентацію й застосування як у клінічній, так і в громадській практиці. Вона враховує три основні концепції ерготерапії — особу, заняттєву активність і середовище. Надає діагностичний інструмент COPM — Канадське оцінювання виконання заняттєвої активності. Визначає правило, що увага зосереджена на вирішенні проблеми, а не на її причині. Проте суперечливим є її застосування до осіб з важким когнітивним порушенням без усвідомлення своєї ситуації.

Сумнівними є пункти щодо застосування COPM для пацієнтів із психічними захворюваннями:

- питання легітимності погляду пацієнта при визначенні терапевтичних завдань;
- думка пацієнта може не збігатися з думкою терапевта;
- пріоритетність думки пацієнта;
- люди з психічними захворюваннями можуть зіткнутися з проблемами при необхідності назвати та виразити свої специфічні проблеми;
- ерготерапевт може спрямовувати пацієнта до розуміння вимог повсякденного життя через заняттєву активність, дискусію.

8.2.5. МОЖЛИВОСТІ ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНОГО ВТРУЧАННЯ ДЛЯ ЛЮДЕЙ ІЗ ПСИХОСОЦІАЛЬНИМИ РОЗЛАДАМИ

Ерготерапевт може виконувати та зосереджуватися на наступних напрямках діяльності: підтримкою;

- психоедукації та сімейної психоедукації;
- психотерапії;
- RHB когнітивних функцій;
- тренування соціальних навичок;
- житло (наприклад, захищене);
- дозволя.

ПСИХОЕДУКАЦІЯ ТА СІМЕЙНА ПСИХОЕДУКАЦІЯ

є частиною комплексного лікування психічного захворювання. Мета такої терапії полягає у передачі пацієнтові та його найближчим родичам зрозумілої інформації про виникнення, симптоми й можливості лікування захворювання, що веде до глибшого розуміння захворювання та кращої співпраці. Також психоедукація сприяє відчутному зменшенню кількості рецидивів і повторень госпіталізації пацієнта, тобто веде до покращення якості життя хворих та їхніх сімей (Підрман, Масопуст, 2002).

Достатня кількість інформації допомагає краще давати раду з хворобою, сприяє своєчасному розпізнаванню попереджувальних знаків, які сигналізують про початок хвороби, а також надає інформацію про те, як діяти в гострий момент. Прикладом є, наприклад, програма PREDUKA (профілактична едукативна програма проти рецидивів психозу), що проводиться у Психіатричному центрі Праги (<http://www.pcp.lf3.cuni.cz/pcpout/PREDUKA.htm>).

Допомогу та підтримку можуть надавати самі пацієнти або їхні сім'ї в групах самопомогі.

ПСИХОТЕРАПІЯ

є важливою частиною, особливо завдяки колу проблем, яким пацієнт щоденно змушений протистояти. Він змушений впоратися з тим, що захворів; що, можливо, не досягне того, що планував втілити у життя; що втрачає друзів і т. д. Про все це він говорить з терапевтом або в групі, або під час індивідуальних зустрічей (Ян Прашко, Мартін Бареш, Їржі Горачек та кол., 2005).

Для проведення сеансів психотерапії потрібно мати спеціальну психотерапевтичну підготовку. Варіантів такої підготовки існує величезна кількість, вони відрізняються за підходом до терапії, за ціною, тривалістю тощо.

РЕАБІЛІТАЦІЯ КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ

у межах відновлення когнітивних функцій можна тренувати, наприклад, пам'ять, увагу, навички письма.

У разі психічних захворювань (наприклад, шизофренія), в осіб з інтелектуальною інвалідністю чи в осіб з пошкодженням головного мозку часто наявні порушення когнітивних функцій. Нерідко у них виникають проблеми з плануванням, початком і вибором відповідного часу для діяльності, пацієнт має проблеми з пристосуванням тощо. Тут робота ерготерапевта переплітається з роботою психолога.

ТРЕНУВАННЯ СОЦІАЛЬНИХ НАВИЧОК

слугує для вирішення щоденних міжособистісних проблем, це може бути здатність встановлювати зв'язок, не погоджуватися з думкою іншої людини. Тренування соціальних навичок підвищує стійкість до стресу, який можуть викликати незвичайні ситуації. Потрібно навчитися не тільки *що* говорити, як говорити, але й з якою мімікою, які відповідні жести вживати тощо. Люди, що страждають на психоз, дуже чутливі до стресу в міжособистісних стосунках. Стрес погіршує їхній психічний стан і може стати причиною рецидиву. Тренування соціальних навичок підвищує стійкість до цього стресу.

Відбувається тренування таких навичок: вміння правильно сприймати та розуміти; ініціація, підтримка та завершення короткої розмови; вміння відповідним чином проявляти негативні емоції; самоствердження; вміння знайти компромісне рішення; тренування вирішення конкретних проблем окремих пацієнтів у їхньому сучасному житті (Ян Прашко, Мартін Бареш, Їржі Горачек та кол., 2005).

Соціальних навичок навчають не тільки психіатричних пацієнтів, що страждають, наприклад, на психоз. Це практикується й для дітей, що страждають на аутизм, синдром Аспергера, СДУГ; для людей після пошкодження мозку та ін.

ЗАНЯТТЄВА АКТИВНІСТЬ

раніше проводилася так: на організованому робочому місці пацієнт спочатку тренує трудові навички й уміння, втрачені через хворобу; потім пробує працювати. Однак більш вдалою виявилася інша послідовність: спочатку дати пацієнтові роботу, а потім тренувати його безпосередньо на робочому місці з персональним асистентом (Ян Прашко, Мартін Бареш, Їржі Горачек та кол., 2005).

ТРУДОВА РЕАБІЛІТАЦІЯ

це, згідно з Законом № 435/2004 З. з. «Про зайнятість», постійна діяльність, спрямована на отримання та збереження належного місця роботи для людини з інвалідністю, яку, на підставі її заяви, забезпечує Центр зайнятості. Трудова реабілітація включає, зокрема, консультаційну діяльність, спрямовану на вибір професії, вибір місця роботи або іншої прибуткової діяльності, теоретичну та практичну підготовку до зайнятості, опосередкування, збереження та зміну місця роботи, а також на створення відповідних умов для працевлаштування або виконання іншої прибуткової діяльності. Трудову реабілітацію забезпечує Центр зайнятості або ж він може довірити це, наприклад, агенції із забезпечення працевлаштування інвалідів (Чеська спілка працевлаштування інвалідів).

СОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ

(згідно із Законом № 108/ 2006 З. з. «Про соціальні послуги», і відповідно до Пост. № 505/2006 З. з.) — це набір специфічних дій, спрямованих на набуття необхідних навичок для осіб з обмеженими можливостями, спрямованих на досягнення самостійності на максимально можливому рівні з урахуванням їхнього довготермінового несприятливого стану здоров'я. Метою є знайти відповідну реалізацію у трудовій сфері. Процес соціальної реабілітації є невід'ємною частиною надання соціальних послуг (МПСС). Може відбуватися у формі послуг, що надаються людині вдома чи амбулаторно, наприклад, у формі працевлаштування інвалідів, але включає й низку інших послуг. Адже саме у цій сфері особа найчастіше переходить зі сфери охорони здоров'я до соціальної, тому тут термін «пацієнт» змінюється на термін «клієнт».

Існують різні ступені зайнятості з різним ступенем підтримки з боку терапевтів:

- **МАЙСТЕРНІ З ПІДТРИМКОЮ** — це місце, де міра підтримки терапевтів для клієнтів є найвищою, сюди приходять, наприклад, пацієнти з хронічним перебігом захворювання, які лікуються вже довгий час. Згідно із законом про зайнятість (до 2011 року) захищеною майстернею чи майстернею з підтримкою є виробництво роботодавця, виділене на підставі угоди з Центром зайнятості й пристосоване для працевлаштування осіб з інвалідністю, де в середньорічному перерахунку працює принаймні 60 % таких працівників. Це визначення було дійсним до 2011 року, станом на 1.1.2012 відбулася трансформація захищених майстерень на захищені робочі місця. Згідно із Законом № 435/2004 З. з. «Про зайнятість», захищених майстерень більше не існує. Роботодавець може продовжувати називати своє виробництво захищеною майстернею, однак виплати від Центру зайнятості він отримує вже на конкретні захищені робочі місця. Також існують різні трудові майстерні в межах соціальної реабілітації (соціальна послуга;

наприклад, суспільно корисне товариство «Вона») або соціально-терапевтична майстерня (соціальна послуга; наприклад, «Fokus Praha»), тренувальна майстерня (соціальна послуга; Асоціація допомоги людям з аутизмом — APLA), терапевтичні захищені майстерні (наприклад, психіатрична лікарня Богніце). До цієї категорії можна включити також кав'ярню «13-а кімната», де можуть спробувати працювати пацієнти, госпіталізовані в психіатричній лікарні Богніце.

- **ТРЕНУВАЛЬНІ ЗАКЛАДИ**, наприклад, тренувальні кав'ярні, є послугою соціальної реабілітації. Клієнти працюють у безпосередньому контакті з громадськістю та готуються до виконання професійних обов'язків у більш реалістичних умовах (наприклад, тренувальні кав'ярні громадського об'єднання «Greendoors», тренувальний магазин громадського об'єднання «Eset-Help», трудова тренувальна програма громадського об'єднання «У нас відчинено?» — кав'ярня «Всесвітня»). Зазвичай клієнт використовує таку послугу протягом одного — двох років.
- **ТИМЧАСОВЕ ПРАЦЕВЛАШТУВАННЯ** — це соціальна послуга (соціальна реабілітація) у формі короткотермінових робочих місць (зазвичай від 3 до 6 місяців). Це «чорнова» спроба працювати, коли клієнт має можливість перевірити свої трудові й соціальні навички у звичайних умовах на відкритому ринку праці (на попередньо домовленому місці роботи) за підтримки трудового консультанта (інтенсивна підтримка переважно на початку). Фірми отримують інформацію про стан клієнта та знають, чого можна очікувати та як правильно поводитися, якщо, наприклад, стан здоров'я пацієнта погіршиться і под. Ця послуга надається, наприклад, громадським об'єднанням «Greendoors» або громадським об'єднанням «Eset-Help».
- **ПРАЦЕВЛАШТУВАННЯ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ** — це обмежена за часом соціальна послуга — соціальна реабілітація, яка допомагає клієнту знайти та, що найголовніше, зберегти роботу на відкритому ринку праці. Клієнтам надається індивідуальна та довготермінова підтримка (до 2-х років) до й після виходу на роботу. Соціальна реабілітація допомагає клієнтові у виборі, отриманні й збереженні роботи. Включає в себе допомогу, наприклад, в написанні резюме, пошуку оголошень з пропозиціями роботи, під час підготовки до співбесіди, асистуванні при підписанні трудового договору, підтримці на робочому місці (трудова підтримка), у вирішенні проблемних ситуацій на робочому місці тощо. Послугу з працевлаштування осіб з інвалідністю надають, наприклад: ГО «Eset-Help», ГО «Asistence», суспільно корисне товариство «Fosa», ГО «Greendoors», ГО «Rytmus».
- **ЕДУКАТИВНІ ПРОГРАМИ** — це, наприклад, клуби «Job club», робочі зустрічі — це навчальний курс під час пошуку праці для осіб, які хочуть до виходу на роботу набути необхідних навич-

чок для отримання й збереження її. Проводяться у формі регулярних групових зустрічей. Тут надається простір для спілкування і передачі корисної інформації. Програми включають в себе допомогу в написанні резюме, під час пошуку оголошень, в підготовці до співбесіди — теоретичної й практичної — (розглядаються типові ситуації), надають інформацію про законодавство тощо. (ГО «Greendoors» або Асоціація, що допомагає людям з аутизмом — APLA).

- **СОЦІАЛЬНА ФІРМА** — це класична фірма, що здійснює підприємницьку діяльність на звичайному ринку. Однак її метою є, окрім економічної завдання, у першу чергу працевлаштування осіб, які перебувають на ринку у не вигідному становищі. Фірма враховує їхні специфічні потреби та надає їм відповідну підтримку. Прикладом соціальної фірми є, наприклад, соціальна фірма «Júniv statek» (тобто «Ферма Юни»), соціальна фірма «Zahrada» (тобто «Сад»), соціальна фірма «Пральня у Манделіків» (ГО «Fokus Praha»), молочний бар «Біла Ворона» (громадське об'єднання «Pohoda»).
- **ПЕРЕХІДНІ ПРОГРАМИ** — в межах такої програми відбувається підготовка та надається підтримка при переході клієнта від однієї послуги до іншої, або від послуги до звичайного життя, наприклад, зі школи у самостійне життя, на роботу чи навчання (ГО «Asistence», ГО «Rytmus», у Брно це, наприклад, ГО «AGAPO»), або ж під час переходу між тренувальною роботою та роботою на відкритому ринку праці (ГО «У нас відчинено?»).

ЖИТЛО

є основою засвоєння звичайної повсякденної діяльності, коли клієнти прагнуть навчитися, відновити й закріпити навички, які вони використовуватимуть, мешкаючи самостійно та незалежно. Також житло — це база для закріплення режиму дня.

- **ОБЛАДНАНЕ ЖИТЛО** — це, згідно із Законом № 108/2006 З. з. «Про соціальні послуги», побутова послуга, що надається особам із обмеженою самостійністю через інвалідність або хронічні захворювання, включно з психічними захворюваннями; життєва ситуація яких вимагає допомоги іншої фізичної особи.

Захищене обладнане житло має форму групового (спільного) або індивідуального житла. Метою цієї послуги є допомога клієнтові в умовах, максимально наближених до повсякденних, отримання, поглиблення чи тренування практичних навичок, пов'язаних із самостійним життям (самообслуговування, ведення господарства, співіснування з іншими людьми, з сусідами тощо). Після закінчення цієї послуги клієнт має бути здатен самостійно жити у власному житлі. Послуга може мати й таку форму, коли клієнт живе сам або з 2–3 іншими людьми, вони самостійно ведуть домашнє господарство, а терапевт приходить у квартиру підтримати їх чи проконтролювати, відповідно до потреб клієнтів (наприклад, ГО «Fokus Praha», ГО «Eset-Help»). Або житло може

бути груповим (більша кількість клієнтів), й асистент може бути присутній там весь день (наприклад, ГО «Pohoda», суспільно корисне товариство «Bona»). Послуга частково оплачується клієнтом і буває обмеженою в часі (але не обов'язково, наприклад, ГО «Pohoda»).

- **ПІДТРИМКА НЕЗАЛЕЖНОГО ПРОЖИВАННЯ** подібна до захищеного житла й належить до групи послуг соціальної реабілітації згідно із Законом № 108/2006 З. з. «Про соціальні послуги»; конкретно цю послугу надає ГО «Baobab». Вона є аналогом захищеного житла.

Будинки та квартири надають згідно із Законом № 108/2006 З. з. «Про соціальні житлові послуги», як правило, особам до 26 років, які після досягнення повноліття залишають шкільні заклади для подальшого проходження інституційного або захисного виховання; або ж особам з інших закладів догляду за дітьми та молоддю; а також особам, звільненим після відбування покарання позбавленням волі або захисного лікування. Спосіб надання соціальних послуг у цих закладах адаптований до специфічних вимог таких осіб. Прикладом такої послуги є Центр Самовка (Прага), коли центр пропонує кілька рівнів самостійного житла з грошовою підтримкою, разом із послугою соціальної асистенції.

- **СПІЛЬНЕ ЖИТЛО** — це послуги групового захищеного житла, коли клієнт мешкає у спільноті інших клієнтів, а терапевт присутній цілодобово, або ж більшу частину дня. Ця послуга призначена переважно для клієнтів, які нездатні піклуватися про себе самостійно (наприклад, ГО «Pohoda», «Fokus Praha»).
- **ПІДТРИМКА САМОСТІЙНОГО ЖИТЛА (ЖИТЛО З ПІДТРИМКОЮ)** — надається згідно із Законом № 108/2006 З. з. Це послуга, що надається в місці проживання осіб, які мають обмежену самостійність через інвалідність чи хронічні захворювання, включно з психічними захворюваннями; життєва ситуація яких вимагає допомоги іншої фізичної особи. Послуга включає такі основні види діяльності: допомога при забезпеченні функціонування домашнього господарства, виховальна, освітня та активізаційна діяльність, опосередковування контактів із соціальним середовищем, соціальна терапевтична діяльність, допомога при реалізації прав, правомірних інтересів і при вирішенні особистих справ. Послуга надається за місцем проживання клієнта, де його відвідує працівник (соціальний працівник, терапевт) за домовленістю (зазвичай кілька годин на місяць). Послугу надає, наприклад, суспільно корисне товариство «Bona», «Fokus Praha».

ВІЛЬНИЙ ЧАС

на цю сферу (дозвілля й інтеграції в суспільство) орієнтується цілий спектр послуг. Це можуть бути різні гуртки за інтересами, курси й семінари, наприклад, комп'ютерні класи, курси іноземних мов, заняття спортом. Для цієї мети слугують різні клуби, центри, стаціонари, низькопоро-

гові об'єкти тощо. Програми проходять також у межах послуг соціальної реабілітації й соціальної служби активізації для літніх людей та інвалідів (наприклад, ГО «Fokus Praha», ГО «Eset-Help», ГО «Baobab», ГО «Pohoda»).

8.2.6. РОБОТА З СІМ'ЄЮ ТА ОСНОВИ СІМЕЙНОЇ ТЕРАПІЇ З ТОЧКИ ЗОРУ ЕРГОТЕРАПЕВТА

Сім'я має для людини свою незамінну роль і велике значення (Елінкова, 2009):

- Незалежно від віку, національності, соціально-економічного статусу або географічного розташування місця проживання, сім'я певною мірою бере участь у піклуванні про свого члена з інвалідністю.
- Вона є одним із найбільш значимих джерел допомоги та підтримки.
- Сім'я — це соціальна група, яка існує з давніх часів для того, щоб люди могли належним чином піклуватися про потомство, поєднує покоління, є своєрідним якорем для кожної людини (Матюшек, 2003).
- Вона обумовлює розвиток дитини та її майбутніх відносин, сім'я має функцію соціалізації (Матюшек, 2003).

СІМ'Я:

- | | |
|-------------------------------|---|
| • створює домівку; | • забезпечує безпеку; |
| • передає цінності, правила; | • забезпечує підтримку; |
| • вчить культури; | • забезпечує впевненість у собі та інше |
| • вчить вирішувати конфлікти; | (Матюшек, 2003). |

РОЛІ СІМ'Ї У ПІКЛУВАННІ ПРО ПАЦІЄНТА ПРОТЯГОМ ТРИВАЛОГО ЧАСУ:

- Зміна ролі сім'ї за останні роки.
- Раніше сім'я зазвичай самостійно піклувалася про своїх хворих.
- Перенесення догляду в заклади охорони здоров'я, згода сім'ї не вимагалася — догляд професіоналів (Бартлова, 2005).
- Сьогодні існує тенденція підтримки догляду якомога ближче до природного середовища клієнта — суспільний догляд.
- Залучення сім'ї до планування втручання.
- Необхідно відстежувати потреби клієнта та його родини (Елінкова, 2009).
- Значення родини є незамінним (Бартлова, 2005).

ВПЛИВ ХВОРОБИ НА СІМ'Ю

- Хвороба / порушення впливає на особистість людини.
- Вона має вплив на виконання діяльності, на стиль життя, психіку, соціальні ролі, стосунки, а тому й на всю сім'ю людини.
- Сім'я зазнає фінансових труднощів, стресу через страх наслідків хвороби; можуть виникати конфлікти через зміну ролей і звичок.
- Члени сім'ї часто змушені переглянути свої особистісні плани відповідно до нової ситуації. (Єлінкова, 2009)
- На реакцію сім'ї має вплив і підхід самої людини з інвалідністю.
- Повернення людини до нижчих стадій розвитку, тож виникають спалахи гніву, зростають вимоги підвищеної уваги з боку сім'ї; розпач та сум у довготерміновій перспективі створюють багато незручностей.
- Пасивне ставлення, відмова від допомоги, депресивні настрої чи замкненість хворого важко сприймаються сім'єю та можуть призвести до втрати родиною зацікавленості в участі до покращення стану пацієнта.
- Розлад у сім'ї, викликаний хворобою, залежить від ролі, яку людина виконує (мати — функціонування сім'ї, батько — фінансові труднощі).
- Якщо захворіла жінка, то існує більша ймовірність розірвання шлюбу (Матоушек, 2003).
- Вплив типу захворювання, серйозності, прогнозу, довгочасності.
- Сімейному догляду все ще недостатньо підтримки з боку держави.
- В сім'ї також може виникати синдром вигорання (Бартлова, 2005).

РЕАКЦІЯ СІМ'Ї НА ЗАХВОРЮВАННЯ / ІНВАЛІДНІСТЬ (ВАГНЕРОВА, 2002)

- Народження дитини з вадами (психічними, фізичними) є значним тягарем для батьків.
- Почуття особистого неуспіху, втрата впевненості у собі, почуття неповноцінності.
- Посилення негативних почуттів особливо внаслідок реакції оточення.
- Складна ситуація може сім'ю ослабити або зміцнити (мобілізація сил).
- Стадія шоку й заперечення — реакції на суб'єктивно неприйнятну реальність, захист власної психічної рівноваги, небажання сприймати будь-яку інформацію.
- Стадія поступового прийняття та спроби змиритися з проблемою — пошук інформації про причини та рішення майбутнього, однак більш виразні емоційні реакції (негативні почуття, як-от: відчуття провини, ганьби, безпорадності), пошук винного чи спроба боротися (пошук іншої доступної допомоги), або втеча від ситуації.
- Стадія реалізму — примирення з дійсністю, прийняття. Бути поряд із сім'єю для висловлення емоційної підтримки та надання кваліфікованої допомоги (Єлінкова, 2009).

Способи подолання стресової ситуації :

- *вибір активної позиції* — треба боротися;
- *пошук соціальної підтримки* — пошук інших осіб для вирішення ситуації (професіонали, люди у подібній ситуації);
- *пошук конкретного рішення*;
- *спроби позитивної оцінювання* — підтвердження корисності своїх вчинків, надія.

ПОТРЕБИ СІМ'Ї

- орієнтуватися в тому, що сталося, пояснити собі хворобу та її можливі наслідки для хворого й для інших членів сім'ї;
- дізнатися, як слід поводитися з хворим членом сім'ї;
- дізнатися, як родичі можуть допомогти йому одужати;
- отримати підтримку у своїх труднощах;
- переконатися, що зосереджуватися тільки на хворому неправильно, бо й інші члени сім'ї мають власні потреби та своє життя.

СІМЕЙНО ОРІЄНТОВАНІ ПОСЛУГИ (ЄЛІНКОВА, 2009)

- Стиль співпраці, за якого терапевт прислухається до слів про бажання, реагує на потреби та підтримує практичну участь сім'ї у плануванні та здійсненні втручання (Крепо і кол., 2003; Данн, 2000 за Єлінкова, 2009).
- Сім'я є джерелом цінної інформації та найкраще знає свого члена — незалежно від рівня освіти або інформованості сім'ї.

Вимоги сімейно орієнтованого підходу:

- розробка успішної стратегії спілкування з сім'єю;
- чутливість до унікальних сімейних характеристик;
- ефективна співпраця колективу — сім'я бере участь;
- сім'я визначає ступінь залучення, відповідальність за догляд за дітьми несуть батьки, повага, урахування потреб усіх членів, підтримка залучення (Роджер, Зівіані, 2006 за Єлінкова, 2009).

СПІВПРАЦЯ ЕРГОТЕРАПЕВТА З СІМ'ЄЮ (ЄЛІНКОВА, 2009)

РОЗУМІННЯ РОЛІ ПІКЛУВАННЯ

збір інформації, розгляд усіх чинників, що впливають на догляд і вибір та планування відповідного втручання.

СТРЕС ВІД ДОГЛЯДУ

запропонувати доступні джерела при ознаках стресу в членів сім'ї, вміти оцінити зусилля, цікавитися, як вони дають раду.

НАДАННЯ ІНФОРМАЦІЇ Й НАВЧАННЯ НАВИЧОК

інструктування, письмові матеріали, посилання.

НЕ НАВ'ЯЗУВАТИСЯ, НЕ НАКАЗУВАТИ, ПРОПОНУВАТИ

поважати встановлені порядки, звички, традиції та використовувати ресурси сім'ї.

ОСНОВИ СІМЕЙНОЇ ТЕРАПІЇ

Основоположною тенденцією в сімейній терапії є розмова терапевта з усією сім'єю, включно з пацієнтом (Каліна, 2001).

Часто бувають корисними розмови з важливими парами (пацієнт і матір тощо).

Використовуються також спільні зустрічі кількох сімей. У цих формах відіграє важливу роль трикутник: фахівці — пацієнт — сім'ї.

Також досить поширені групи з батьками або партнерами, однак у них пацієнт участі не бере, тому що тут вирішуються не його проблеми, а проблеми, які сім'я має з ним, з його хворобою, поведінкою.

ПОРАДИ ДЛЯ ЧЛЕНІВ СІМ'Ї (ПРАШКО, 2005)

«Вам не під силу вилікувати психічне захворювання, ви не несете відповідальність за перебіг захворювання та лікування, залиште ці ролі лікарям, не беріть на себе більше, ніж ви здатні нести, але співпрацюйте з професіоналами; не забувайте про свою основну роль — партнера, одного з батьків, братів і сестер, не змішуйте ці завдання та не виступайте в якості терапевта».

«Незважаючи на всі ваші зусилля, симптоми можуть погіршуватися або покращуватися. Будьте готові до цього. Перебіг захворювання може бути періодичним, з періодами поліпшення та загострення, причому абсолютно незалежно від ваших зусиль або сподівань».

«Якщо ви відчуваєте занадто глибоке розчарування або виснаження, значить, ви взяли на себе занадто багато. У вас теж є свої бажання, у вас є своє життя».

«Неправильно, якщо ви як члени сім'ї, повністю жертвуєте собою. І у вас є свої потреби та бажання».

«Відокремте людину від її хвороби. Любіть людину, навіть якщо її хворобу ви ненавидите».

«Ніхто в сім'ї не винен у появі хвороби!»

«Прийміть той факт, що багато з того, що пацієнт раніше робив, тепер він робити просто не зможе».

«Шукайте рівновагу між „не навантажувати взагалі“ та „навантажувати занадто“. Те, що можливості пацієнта обмежені, ще не означає, що ми не будемо очікувати від нього взагалі нічого».

«Спілкуйтеся в родині чітко та зрозуміло. Будьте чесні».

«Не слід бути по відношенню до пацієнта занадто емоційно зацікавленим, необхідно надати йому психологічний і фізичний простір».

«Намагайтеся розпізнавати моменти, коли пацієнт має бажання бути більше незалежним, або ж навпаки, коли йому потрібно більше допомоги».

«Вимагайте від лікаря, щоб він вчасно повідомив діагноз і пояснив його. Звертайтеся до фахівців, у групи самодопомоги, до сімей з подібними проблемами та не бійтеся розмовляти з хворим про пережите вами».

8.3. ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНІ МЕТОДИ, ЩО ЗАСТОСОВУЮТЬСЯ ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ З ПОРУШЕННЯМИ КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ

Цей розділ розроблено переважно на основі лекцій Марії Кривошікової, М.Сс, для дистанційного навчання, які проходять на 1-му медичному факультеті Карлового університету в Празі з предмета «Ерготерапія та реабілітація когнітивних функцій».

8.3.1. ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНІ МОДЕЛІ ТА ПІДХОДИ, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ З ПОРУШЕННЯМ ЗОРОВОГО СПРИЙНЯТТЯ

ПОРУШЕННЯ СПРИЙНЯТТЯ КОЛЬОРУ

У межах підходу відновлення застосовуються варіанти різних обстежень, у різноманітних варіаціях й інакшому середовищі.

Із видів діяльності здебільшого використовують одягання та закупи, також роботу з комп'ютером.

При застосуванні підходу адаптації для компенсації дефіциту використовують зовнішні допоміжні засоби. Пацієнтові рекомендується позначати одяг, поєднувати його та складати за певною системою. Ще одним допоміжним засобом при застосуванні методу адаптації є підкреслення інших знаків, таких як деталі одягу, або застосування для виконання завдання інших органів чуття, таких як дотик або слух.

СПРИЙНЯТТЯ ГЛИБИНИ

При застосуванні підходу відновлення рекомендується вживати, зокрема, метод сенсорної інтеграції згідно з методом Ф. Аффольтер, який використовує в терапії головним чином тактильно-кінестетичні відчуття при тілесному скеровуванні пацієнта. Аффольтер висловлює припущення, що людина найкраще вчиться, самостійно виконуючи завдання. Метод зосереджений

переважно на вступній інформації та на власне процесі діяльності. Основними характеристиками є застосування зорового контакту, міміки, під час тренування не розмовляють, наявне кінестетичне ведення. Терапевти стимулюють пацієнта під час виконання завдань сприймати глибину, відстань, розміри предмета тощо. Це відбувається шляхом застосування суворо кінестетичного ведення. Наприклад, пацієнт попередньо обмацує стілець, на який він сяде, перш ніж пересісти на крісло колісне; чайник на столі, перш ніж налити собі чай, і т. д.

Якщо застосовується підхід адаптації, обираються такі елементи, як адаптація середовища, щоб пацієнт мав можливість компенсувати свій дефіцит (наприклад, на край кожної сходинки у будинку закріплюють кольорову стрічку). Рекомендують пацієнтові користуватися замість зору іншими сенсорними системами (наприклад, наливаючи воду у склянку, пацієнт користуватиметься дотиком, для пересування сходами він скористається палицею). Якщо існує ризик падіння або травми, то слід рекомендувати використовувати словесні вказівки й аудіозаписи інструкцій. При застосуванні цього методу ерготерапевт одночасно надає консультування не тільки пацієнтові, але й сім'ї та доглядальникам.

ПОРУШЕННЯ СПРИЙНЯТТЯ КОНТРАСТУ ФІГУРИ ТА ФОНУ

При застосуванні підходу відновлення терапевт розташовує предмети перед пацієнтом у довільному порядку. Пацієнт показує предмети на малюнку з контрастним фоном у тій послідовності, в якій терапевт їх називає. Також можна використовувати попередньо надруковані тренувальні аркуші (доступні, наприклад, у видавництві «Портал») або програми для ПК.

При застосуванні у терапії сприйняття контрасту та фону методу адаптації дає хороші результати підхід динамічної взаємодії. При застосуванні цього підходу терапевт ставить такі основні питання:

- Якою стратегією користується пацієнт? Чи пам'ятає він послідовність, чи систематично переглядає тренувальні зображення?
- Терапевт просить пацієнта пояснити його стратегію.
- Так терапевт моделює ситуації, в якій він буде посилювати стратегію — бажано в ADL.
- Більш складні завдання терапевт не дає, доки не побачить покращення.

Ще одним прикладом застосування підходу адаптації є зміна середовища (наприклад, рекомендується обмежити кількість предметів на столі, тумбочці; впорядкувати речі в шухлядах і виділити окремі предмети; або зробити кольорові позначення на важливих частинах предметів — наприклад, на гальмі механічного крісла колісного).

Терапевт має навчати пацієнта:

- систематичності під час перегляду, сповільнення дії, не бути імпульсивним;
- усе ретельно оглянути, до всього доторкнутися (наприклад, кухонний стіл і предмети на ньому, раковина тощо).

Слід дати сім'ї та пацієнтові настанови щодо дефіциту, безпеки й можливих ризиків травми, а також щодо компенсації дефіциту.

ПОРУШЕННЯ СПРИЙНЯТТЯ СТАБІЛЬНОСТІ ФОРМИ ТА РОЗПІЗНАВАННЯ РОЗМІРІВ

ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ПІДХОДУ ВІДНОВЛЕННЯ

терапевт обирає поєднання малюнків, предметів, розпізнавання розмірів, використовує двовимірні, тривимірні об'єкти. Спочатку рекомендується працювати з простими предметами (формами), а потім з предметами щоденного використання.

Під час тренування варто дозволити пацієнту обмацати предмет, або ж буде дозавданням використати, наприклад, інакшу поверхню кубика — наклеїти стрічки-липучки, щоб вона стала жорсткою — а потім пацієнт обмацає поверхню. Треба приділити увагу вправам на сортування предметів (наприклад, конструктор, столові прибори тощо), працювати під час тренування з розплющеними або заплющеними очима.

ЗА АДАПТИВНОГО ПІДХОДУ

терапевт користується тим, що предмети легше розпізнавати у вертикальному положенні, тому дозавданням використовувати цю позицію й під час терапії. Пацієнт має побачити предмети повністю. Бажано починати з меншої кількості предметів. Важливим є позначення предметів наклейкою або ж різними кольорами. Предмети впорядкувати та підтримувати порядок, тобто розрізняти за місцем.

8.3.2. ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНІ МОДЕЛІ ТА ПІДХОДИ, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ З ПОРУШЕННЯМ ЗОРОВОГО РОЗПІЗНАВАННЯ ПРЕДМЕТІВ Й ОБЛИЧ, АГНОЗІЯ

ЗОРОВА АГНОЗІЯ

У МЕЖАХ ПІДХОДУ ВІДНОВЛЕННЯ

терапевт з пацієнтом тренує розпізнавання предметів і практику використання предметів, необхідних для функціональної незалежності. Терапевт користується реальними предметами або малюнками. Застосовує різні положення та ракурси. Завдання пов'язує з конкретним середовищем і ситуацією (наприклад, використовує тренувальну кухню або ванну кімнату). Застосування методу сенсорної стимуляції — невербальне, тактильне кінестетичне скеровування при застосуванні предмета.

У МЕЖАХ АДАПТАЦІЙНОГО ПІДХОДУ

терапевт спрямовує пацієнта до того, щоб той взяв предмет у руки, ретельного його обмацав, описав словами, а також залучав інші модальності (дотик, слух). Пацієнтові рекомендується створити власну систему для упорядкування предметів. Під час діяльності краще використовувати меншу кількість предметів. Якщо пацієнт здатний читати, то дозавданняним вибором для подолання зорової агнозії є позначення етикетками.

ТАКТИЛЬНА АГНОЗІЯ

У МЕЖАХ ПІДХОДУ ВІДНОВЛЕННЯ

використовуються сенсорні вправи з метою навчити пацієнта розпізнавати тактильні сенсорні стимули кінчиками пальців, починають з більш жорстких текстур і поверхонь, поступово переходять до предметів щоденної необхідності, які пацієнт розрізняє дотиком із зоровим контролем, а потім без цього контролю.

У МЕЖАХ АДАПТАЦІЙНОГО ПІДХОДУ

терапевт пояснює пацієнтові його проблему, з'ясовує, під час якої заняттєвої активності про-

блема пацієнтові дошкуляє найбільше (наприклад, ADL, робота). Надалі слід скористатися іншими сенсорними системами — наприклад, зір, здорова рука, щоб пацієнт навчився правильно сприймати предмети на дотик. Навчити пацієнта зосереджуватися на характерних особливостях предметів, таких як контур, структура, температура. В першу чергу слід використовувати мотивацію пацієнта: предмети обирати відповідно до діяльності, яка є цікавою пацієнтові, якою він любить займатися. На початку й наприкінці терапії ерготерапевт дає пацієнту завдання, яке той, без сумніву, здатний виконати.

ПРОЗОПАГНОЗІЯ

(НЕЗДАТНІСТЬ РОЗПІЗНАВАТИ ОБЛИЧЧЯ ЗНАЙОМИХ ЛЮДЕЙ)

У МЕЖАХ ПІДХОДУ ВІДНОВЛЕННЯ

терапевт просить пацієнта розпізнати осіб — родичів, відомих особистостей з громадського життя, медичний персонал.

У МЕЖАХ АДАПТАЦІЙНОГО ПІДХОДУ

терапевт позначає фотографію підписом, або ж приносить фотографію людини, яку пацієнт напевне впізнає. Терапевт вчить пацієнта асоціювати людину з характерними рисами — голос, зачіска, спосіб ходьби, зріст, одяг. Згодом терапевт пояснює проблему сім'ї — важливість голосу, міміки.

8.3.3. ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНІ МОДЕЛІ Й ПІДХОДИ, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ З ПОРУШЕННЯМ ЗОРУ

ПРОСТОРОВЕ СПРИЙНЯТТЯ

За терапевтичного методу терапевт використовує:

- словесне й тактильне скеровування (нагадує пацієнтові, щоб той подивився в бік ураження — словом, тактильним нагадуванням);
- виконання вправ на робочих поверхнях (наприклад, для сканування, синдром неглекту);
- використання комп'ютерних програм для дефіцитів поля зору.

При порушеному скануванні:

- У співпраці з пацієнтом і його сім'єю створює організовану систему сканування. Тренуючи пацієнта ерготерапевт має неодмінно звертати увагу на подробиці будь-якої діяльності.
- Надати пацієнтові можливість виконувати функціональні дії, що містять сканування, яке, однак, не обов'язково є метою діяльності. Наприклад, пошук у телефонній книзі, на карті або плані, вибір певних дрібних монет або пошук вказаного предмета в кімнаті. Подібне завдання можна використовувати й під час закупів у магазині, де пацієнт змушений сканувати полиці та знайти певний продукт або розмір одягу тощо. Іншою підходящою діяльністю є пошук товарів чи конкретної вакансії в тій частині газети, де розміщені оголошення.
- У межах простого тренування з олівцем та папером використовувати так звані аркуші для викреслювання, коли пацієнта просять викреслювати лінії, геометричні фігури, літери, цифри та символи.
- Під час терапевтичних занять можна застосовувати, наприклад, складання пазлів або пошук шляху із заздалегідь намальованого лабіринту.
- За можливості використовувати в терапії принципи адаптаційного підходу, зокрема, розташування звичайних предметів у домашньому середовищі, позначення шафок і шухляд, вповільнення темпу та зворотний зв'язок.
- Використовувати принципи адаптаційного підходу.

В межах адаптаційного підходу терапевт використовує:

- Адаптація домашнього середовища — наприклад, усі найнеобхідніші предмети щоденних потреб розташувати так, щоб вони були в полі зору пацієнта. Створити разом із пацієнтом систему позначення шафок і шухляд тощо.
- Надати пацієнтові та його сім'ї достатню інформацію про розлад. Важливими є відомості про можливі ризики травми, наприклад, під час роботи на кухні або під час перетину вулиці тощо.
- Якщо це можливо, нехай пацієнт розробляє стратегію компенсації, щоб краще справлятися зі своєю проблемою, яку слід тренувати разом з ним у різних ситуаціях.
- У разі порушеного сканування використовувати такі стратегії: позначення, наприклад, місця, звідки слід починати огляд (кольоровою стрічкою, виділенням початку кожного рядка під час читання тощо). Регулювати темп пацієнта під час сканування. Уповільнювати імпульсивне, плутане сканування, наприклад, кожну літеру, яку потрібно позначити, пацієнт має також прочитати або підкреслити. Згодом міняти відстані та щільність стимулів. Потім послідовно надавати зворотний зв'язок про виконане завдання, який поступово треба обмежувати. Рекомендується використовувати, зокрема, функціональні дії, які мають визначену послідовність виконання. Дозавданняними є окремі щоденні види діяльності, в яких одночасно відбувається їхнє тренування.

СПРИЙНЯТТЯ ПРОСТОРУ – СХЕМА ТІЛА

ПОРУШЕННЯ СХЕМИ ТІЛА І ПРАВО-ЛІВО ДИСКРИМІНАЦІЇ

У ТЕРАПЕВТИЧНОМУ МЕТОДІ ТЕРАПЕВТ:

- Забезпечує вступну тактильну та пропріоцептивну інформацію: називаючи частини тіла, пацієнт показує їх на собі. Або ж терапевт створює сильне тактильне відчуття (дотик) до тієї чи іншої частини тіла.
- Вправи під час обстеження: пацієнт тренує назви частин тіла (на собі або на зображенні).
- Пацієнт торкається названих частин тіла.
- Тренування за допомогою пазлів, що складають картинку людського тіла.
- У лікування включають двосторонню діяльність, наприклад, із використанням нейророзвиваючих підходів (концепція Бобатів).

У МЕЖАХ АДАПТАЦІЙНОГО ПІДХОДУ ТЕРАПЕВТ:

- Забезпечує консультування (сім'ї, доглядача): Терапевт дає сім'ї та пацієнту вказівки щодо порядку й однозначного розташування предметів, надалі з'ясовує і домовляється із сім'єю та пацієнтом про можливості розташування міток й орієнтирів у квартирі.
- Застосовує збережене функціональне усвідомлення схеми тіла (наприклад, рухайте частиною тіла, яка використовується для тримання речей і т. д.).
- Пристосовує середовище та предмети (наприклад, позначення одягу, взуття тощо, або впорядкування предметів так, щоб вони постійно знаходилися в одному місці).
- Позначення окремих місць у квартирі має бути: реалістичним, чітко видимим на фоні (контрастні кольори), на висоті очей пацієнта, у важливих місцях для орієнтування у просторі (входи, виходи, двері, кухня та ванна кімната тощо), кольоровими (наприклад, лінії на підлозі).
- Даючи вказівки, не використовує слова «вправо — вліво», а описує розташування предмета, наприклад, «Ваш гребінець лежить поруч із щіткою».

ТОПОГРАФІЧНА ДЕЗОРІЄНТАЦІЯ

ВИКОРИСТОВУЮЧИ ПІДХІД ВІДНОВЛЕННЯ ТЕРАПЕВТ:

- Тренує з пацієнтом пошук предметів, напр.: «Знайдіть щітку, що лежить на полиці над ліжком».
- Просить пацієнта розкласти кілька предметів на різні місця в кімнаті. Потім пацієнт повертається на початкове місце, предмети знаходить і описує їхнє розташування по відношенню до нього. Тоді йде та приносить предмети.

- Використовуються й інші вправи, де потрібне розташування у просторі.
- Пацієнт тренує проходження простору (див. обстеження), наприклад, за планом або за написаними вказівками.
- Комп'ютерні програми для орієнтації у просторі.

ПРИ ПОРУШЕННІ КОНСТРУКТИВНИХ НАВИЧОК

використовувати принципи втручання, такі як і при конструктивній апраксії.

8.3.4. ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНІ МОДЕЛІ ТА ПІДХОДИ, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ З АПРАКСІЄЮ

У багатьох публікаціях можна знайти великі уривки про апраксію та її дослідження, але про втручання при апраксії інформації дуже мало. Наведені вказівки щодо терапії значно відрізняються одна від одної. Тому необхідно, щоб терапевт ознайомився з усіма можливостями, а потім обирає методи терапії для кожного пацієнта індивідуально, з урахуванням інших його проблем, а також змінював і адаптував підхід відповідно до поточного стану пацієнта.

ІДЕОМОТОРНА АПРАКСІЯ

має зазвичай тенденцію зникати самостійно, тому специфічна терапія може не бути необхідною через те, що пацієнт часто здатний спонтанно використовувати кінцівки. Терапевт ставить собі питання, чи незграбність пацієнта та проблеми з окремими рухами викликають труднощі під час звичайної заняттєвої активності. Якщо так, то дозавданняно конкретніше зосередитися на цій сфері.

Інша ситуація виникає з ідеаторною апраксією, коли пацієнт має проблеми з правильним використанням окремих предметів і з упорядкуванням окремих кроків заняття у правильній послідовності. Тут потреба в терапії набагато очевидніша.

Золтан поділяє терапію апраксії за двома основними підходами: на терапевтичну й адаптаційну.

ПІДХІД ВІДНОВЛЕННЯ, ЩО ДОПОМАГАЄ ВІДНОВИТИ ВТРАЧЕНУ ФУНКЦІЮ

Перед виконанням завдання та під час його виконання терапевт надає пацієнту пропріоцеп-

тивні, тактильні й кінестетичні стимули. Наприклад, взяти пацієнта за руку та наочно показати йому рух, яким він буде керувати кріслом колісним.

Також дозавданняно застосовувати метод Сенсорної стимуляції за Ф. Аффольтер, яка вказує на використання кінестетичних відчуттів і невербального скеровування. Наприклад, терапевт кладе свою руку на руку пацієнта та веде його необхідним рухом. Йдеться про так зване скеровування, яке є виключно тактильним. Наприклад, під час особистої гігієни, коли пацієнт використовує зубну щітку для причісування волосся, терапевт не виправляє його усно, але бере його за руку зі щіткою і без усного коментаря вкладає зубну щітку у рот або у склянку з водою — у послідовності, правильній для цієї ситуації.

Тактильно-кінестетичне скеровування можна використовувати й у терапії апраксії при одяганні. Спочатку терапевт чекає, чи пацієнт почне одягатися спонтанно. Якщо ні, то відповідними словами просить його це зробити. Потім він дає пацієнтові невербальну тактильну й кінестетичну інформацію тим, що веде його на початку та під час одягання. Терапевт перериває скеровування, якщо пацієнт почне виконувати завдання самостійно. Якщо ж він знову припускається помилки, то терапевт виправляє його не усно, а знову ж таки скеровуванням.

Часто у такий спосіб у пацієнта можна викликати раніше закодовані правильні рухові стереотипи та впорядкування дій під час рутинної активності, пов'язаної із самообслуговуванням.

У терапії апраксії одягання можна застосувати також концепцію Бобатів, наприклад, тренування усвідомлення положення свого тіла за допомогою перенесення ваги або ж тренування стабільності у положенні сидючи або стоячи. Можна також використовувати бімануальну заняттєву активність, де пацієнт змушений застосовувати уражену верхню кінцівку.

ПІДХІД ВІДНОВЛЕННЯ – ТРЕНУВАННЯ ЖЕСТИВ

Тренування транзитивних жестів складається з трьох частин:

- *тренування з реальним предметом* — пацієнта просять показати, як застосовується реальний предмет (наприклад, ложка, гребінець, чашка, ніж, олівець, чайник, рушник);
- *пацієнтові показують малюнок, на якому зображено транзитивний жест (людина їсть ложкою)*, і його завданням буде продемонструвати те, що він бачить на малюнку;
- *пацієнтові показують малюнок, на якому зображений предмет (ложка)*, потім його просять показати, як цей предмет застосовується.

Кожна частина містить 20 пунктів. Той пункт, з яким пацієнт впорається у частині А, вилучається, та вводиться відповідний у частині Б.

Тренування нетранзитивних жестів символічних поділяється на три частини:

- пацієнтові показують два малюнки. На першому зображено людину, яка їсть хліб, на другому — жест у контексті (людина підносить руку до рота). Пацієнта просять продемонструвати символічний жест з другого малюнка;
- пацієнт має показати символічний жест, якщо бачить тільки перший малюнок (людина, яка їсть хліб);
- завдання полягає в тому, щоб продемонструвати правильний жест, якщо пацієнт бачить новий, але близький за змістом малюнок (людина, яка їсть виделкою).

Всього вправа містить 20 зображень.

Тренування нетранзитивних жестів несимволічних

пацієнт має повторити незначний, нетранзитивний жест, який продемонстрував терапевт (наприклад, покласти руку на голову). Цілком задається 12 жестів (6 проксимальних і 6 дистальних). Якщо пацієнт нездатний повторити жест: а) терапевт допомагає йому словесним супроводом, б) поміщає руку у правильну позицію, в) або ж бере руку пацієнта та рухає нею.

ПІДХІД ВІДНОВЛЕННЯ У ТЕРАПІЇ КОНСТРУКТИВНОЇ АПРАКСІЇ

Терапевт з пацієнтом тренують двовимірні й тривимірні конструктивні завдання. Лікар починає з найпростіших і поступово додає більш складні завдання. Збільшує складність завдань, наприклад, шляхом застосування кількох кубиків однакової форми та кольору, збільшення кількості кубиків, які є спочатку одного кольору, потім різнокольорові, змінюючи моделі, які стають поступово складнішими.

Складніший варіант конструктивних завдань — коли пацієнт складає тривимірну форму на підставі двовимірної моделі — малюнка, фотографії. Або складає по пам'яті.

Терапевт надає пацієнту можливість отримати тактильну й кінестетичну інформацію про тривимірний об'єкт, який той складатиме.

Терапевт застосовує метод Сенсорної стимуляції за Ф. Аффольтер, зокрема тактильно-кінестетичне скеровування, коли терапевт веде своєю рукою рух пацієнта під час конструктивного чи іншого завдання. Терапевт скеровування обмежує або повністю перериває, якщо пацієнт починає сам керувати рухом.

АДАПТАЦІЙНИЙ ПІДХІД (англ. ADAPTIVE APPROACH)

Застосування адаптаційного підходу вимагає відносно точної діагностики й визначення проблеми пацієнта під час виконання діяльності. Інформація про тип апраксії та можливі інші порушення моторики використовується під час розробки програми втручання. Наприклад: пацієнту з односторонньою або двосторонньою апраксією кінцівок легше впоратись з комплексними завданнями всього тіла, однак йому будуть даватися важче завдання, розділені на окремі сегменти. Наприклад, при вставанні, якщо терапевт розділить дію та буде давати пацієнтові вказівки на кшталт: *«Поставте ноги, нахиліться вперед...»*, він тільки спантеличить пацієнта. Простою вказівкою *«Встаньте»* терапевт переводить завдання на більш автоматичний рівень, що охоплює все тіло.

Заняттєву активність слід виконувати у найбільш нормальних умовах і, за можливості, у природному для пацієнта середовищі. Наприклад: тренування одягання слід проводити вранці, біля ліжка, а не посеред дня в кабінеті для обстежень. Якщо це хоча б трохи можливо, то приготування їжі слід проводити з пацієнтом у нього вдома, або ж використовувати предмети та послідовність робіт, до яких він звик.

Терапевт має намагатися давати якомога менше усних вказівок, а краще користуватися натяками замість прямих команд. Наприклад, замість команди: *«Гальмуйте»*, він запитає пацієнта: *«У вас працюють гальма?»*

Терапевт може використовувати методи візуалізації. Попросити пацієнта заплющити очі й уявити рухи, які він потім робитиме.

У випадку, коли пацієнт відчуває фрустрацію, необхідна підтримка терапевта. Пацієнту необхідно пояснити, що терапевт знає, які рухи для пацієнта складні, і протягом терапевтичної одиниці дозавданняно ввести ті дії, в яких пацієнт буде успішним.

Терапевт не має забувати пояснювати пацієнтові та його сім'ї, що таке апраксія. Наголосити, що, перш за все, слід гарантувати безпеку пацієнта.

Відеотренування — якщо пацієнт із цим погоджується, то в терапії або й під час тренування дозавданняно використовувати відеокамеру. Терапевт має можливість повернутися до запису, чи вже сам або разом із пацієнтом, чи у терапевтичному колективі. У пацієнта, зокрема, відстежуємо, чи він здатний самостійно розпізнати на відео окремі помилки під час виконання заняття, або й виправити їх.

АДАПТАЦІЙНИЙ ПІДХІД У ТЕРАПІЇ КОНСТРУКТИВНОЇ АПРАКСІЇ

Рекомендується з'ясувати специфічні види заняттєвої активності, у яких конструктивна апраксія проявляється найвиразніше. Наприклад, приготування їжі, напоїв або професійна діяльність. Просити пацієнта завершити завдання, після того, як терапевт його почав. Наприклад, закінчити накривати на стіл, якщо терапевт поклав на стіл одну ложку та склянку. Цю діяльність рекомендується змінювати шляхом використання письмових вказівок або зображення накритого столу.

Випробувати, як різні зміни процесу та середовища впливають на виконання заняттєвої активності (динамічний інтерактивний підхід). Наприклад, чи пацієнт здатний виконати завдання, якщо предмети розкладені перед ним певним способом, або ж позначені цифрами, що визначають послідовність складання тощо.

Поясніть пацієнтові та його сім'ї проблему пацієнта та на що може ця проблема вплинути у повсякденному житті.

Зокрема варто попередити про ризик травми пацієнта.

АДАПТАЦІЙНИЙ ПІДХІД У ЛІКУВАННІ АПРАКСІЇ В ОДЯГАННІ

Спочатку необхідно з'ясувати, як різні зміни процесу та середовища впливають на виконання активності (динамічно-інтерактивний підхід). Наприклад, чи краще, якщо пацієнт має перед собою завжди тільки один предмет одягу, або ж усі разом? Терапевт пробує одягання у різних положеннях тіла (сидючи на краю ліжка, стоячи біля ліжка, на кріслі колісному), таким чином знаходячи для пацієнта найбільш вдалий спосіб і положення. Тоді терапевт намагатиметься знайти для пацієнта відповідні компенсаторні засоби.

Іноді дозавданняно використовувати нашивки або різнокольорові ґудзики, що відрізняють передню й задню частину одягу, праву та ліву сторону, або ж зробити на одязі кольорові позначення. Тоді терапевт вчить пацієнта одягати окремі елементи одягу завжди у тій же послідовності й у такий спосіб, наприклад, класти одяг перед собою обов'язково однаковим способом — сорочку ґудзиками вгору і т. д.

Якщо у пацієнта виникають проблеми із застібанням ґудзиків, то терапевт навчає його завжди починати з найнижчих ґудзиків і продовжувати вгору, або ж терапевт маркує ґудзики та дірки кольоровим позначенням. Слід пояснити сім'ї пацієнта, що проблеми викликані не недостатньою умотивованістю пацієнта співпрацювати.

У терапії апраксії в одяганні Золтан рекомендує спочатку зробити детальний аналіз заняттєвої активності, тобто поділити заняття на окремі етапи, що допоможе визначити конкретні перцепції та когнітивні здібності для кожного кроку.

- *Вибір одягу* — стабільність кольору та форми, контраст фігури та фону.
- *Орієнтація одягу у просторі* — просторове сприйняття, право-ліво дискримінація.
- *Орієнтація одягу відносно тіла* — схема тіла.
- *Власне одягання елемента одягу* — конструктивна апраксія, схема тіла.
- *Усі етапи* — усвідомлення правої та лівої сторони особистого простору, впорядкування, планування, вирішення проблемних ситуацій.

Після з'ясування, який етап одягання є найбільш проблематичним, терапевт може спрямувати терапію саме на проблематичний етап. Наприклад, позначення вгору / вниз, вправо / вліво допоможе покращити просторову орієнтацію. У пацієнтів з порушенням схеми тіла можна спробувати об'єднати вербальний коментар з рухом відповідної кінцівки.

Педретті описує лікування апраксії ідеомоторної й ідеаторної як вкрай складне. Він рекомендує використовувати чіткі, лаконічні й конкретні вказівки, враховуючи те, що у більшості випадків йдеться про пошкодження домінантної півкулі й нерідко одночасно наявна афазія.

Під час аналізу заняттєвої активності терапевт поділяє заняття на окремі етапи та кожного кроку вчить окремо. Після того, як пацієнт засвоїв кожен крок заняття окремо, можна починати тренувати комбінацію кроків і нарешті провести заняття повністю. У якості прикладу Педретті наводить зачісування. Терапевт поділяє діяльність на кроки: вхопити гребінець, піднести його до волосся, під час розчісування рухати гребінцем в усіх напрямках, покласти гребінець на стіл. Виконання варто повторити багато разів.

Вербальні інструкції можуть бути неефективними й ефективнішим буде провести пацієнта рухом.

Під час тренування ADL рекомендується застосовувати компенсаторні техніки. Вибираючи інструкції, терапевт починає з вербальних вказівок, на наступному етапі він використовує імітацію, а потім — демонстрацію завдання. Перед власне тренуванням однієї з персональних ADL, рекомендується спочатку запропонувати пацієнтові зображення або фотографії діяльності, яку будуть тренувати, а вказівки пояснити за допомогою малюнка.

При скеровуванні терапевт підтримує пацієнта (жести, інтонація, дотик, потиск руки). У терапії рекомендується використовувати зворотний зв'язок, який дозволить пацієнтові контролювати власну поведінку під час виконання заняття (наприклад, у формі відеозапису). Зворотний зв'язок можна використовувати на початку або ж у кінці заняття.

8.3.5. ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНІ МОДЕЛІ ТА ПІДХОДИ, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ З ПОРУШЕННЯМ УВАГИ, СИНДРОМОМ НЕГЛЕКТУ

ТЕРАПІЯ УВАГИ

ПІДХІД ВІДНОВЛЕННЯ

базується на тому, що пацієнт має можливість систематично тренувати увагу.

Принципи втручання підходом відновлення:

- З'ясувати, порушенням якого типу пацієнт страждає, зосередитись на ньому.
- Для підвищення мотивації можна, наприклад, використовувати поведінкові техніки (винагорода для пацієнта: жетони, інші заняття, їжа, відпочинок) або ж виконувати дії, які пацієнта мотивують і які він сам вибрав).
- Бути готовим до зміни формату терапії. Часто змінювати середовище, положення, завдання.
- Тренувати метод активного слухання, зокрема, зоровий контакт і випрямлене розслаблене утримання тіла.
- Дозволити достатню кількість повторень.
- Застосовувати ієрархічно впорядковані вправи, тобто переходити від простого до складного. Спочатку обмежити сенсорні чинники, тренування має відбуватися у спокійному та тихому середовищі. Потім окремо залучати слухові, зорові, тактильні відчуття. На останній стадії комбінувати всі відчуття. Згодом збільшувати складність: підвищувати рівень складності завдань, проводити завдання на швидкість, чи з обмеженням часу, чи застосовувати слабші стимули.
- Завдання з папером та олівцем: додавання чисел, рядка; завдання з викреслюванням; лабіринт; читання з розумінням, слухання.
- Рекомендується чергувати використання завдань групи папір — олівець з комп'ютерними програмами типу Train the Brain, RehaCom, NEUROП—2.
- Чергування видів занять: самообслуговування, хобі, робота.
- За домовленістю з лікарем додати ліки, що підвищують увагу (агоністи допаміну — порушення уваги після травми головного мозку, ГПМК).

АДАПТАЦІЙНИЙ ПІДХІД ВИКОРИСТОВУЄ:

- Компенсація — залучає компенсаторні механізми, наприклад, управління увагою за допомогою внутрішнього мовлення. Пацієнт вивчає речення, за допомогою яких він готується до зосередження, наприклад: *«Я маю зосередитися та подивитися на людину, з якою розмовляю»*. Терапевт просить пацієнта голосно говорити про те, що він робить, пізніше можна говорити напівголосно.
- Консультування та психосоціальна підтримка:
 - Надати інформацію про порушення уваги (пацієнтові, сім'ї).
 - Надати поради стосовно того, як здійснювати самоконтроль, наприклад, у формі контрольних питань.
 - До якої міри порушення уваги викликає внутрішні сумніви й роздуми?
 - До якої міри порушення уваги дискримінаційне?
 - Чи відбувається негативне закріплення поведінки шляхом ухиляння?
 - Чи веде порушення уваги до виникнення негативних автоматизованих думок?
 - Запропонувати ведення щоденника — пацієнта просять скласти індивідуальний список проблем, пов'язаних із порушенням уваги. Тут він описує специфічний приклад порушення уваги, а також те, що зробив, якщо зазнав невдачі та под.

Принципи комунікації:

- *персонал, сім'я*: говорити повільно; короткі речення з перервами — дати пацієнтові час на обробку інформації та вражень;
- *пацієнт*: повторювати те, що він чув; навчитись просити, щоб люди розмовляли повільно або повторювали.

ПІДТРИМКА СЕРЕДОВИЩА:

- стратегія, як впоратися із завданням;
- обмеження відволікаючих чинників (зовнішні: спокій, порядок, температура в кімнаті; внутрішні: втамувати голод, спрагу, зменшити втому);
- обрати сприятливі умови;
- працювати у власному темпі, залишити собі достатньо часу для завершення завдання;
- робити перерви;
- чергувати легкі завдання з важкими;
- використовувати час, коли людина краще зосереджується (наприклад, до обіду).

АДАПТАЦІЯ СЕРЕДОВИЩА:

- короткі повідомлення, вказівки;
- використання зовнішніх допоміжних засобів (наприклад, пристосування для роботи з написаним текстом — підкреслення, збільшення тексту тощо).

ТЕРАПЕВТИЧНІ ЗАВДАННЯ:

- Розвивати усвідомлення причин порушення уваги пацієнта.
- Працювати над розвитком самоконтролю пацієнта, як під час успіху, так і у випадку порушення уваги.
- Допомогати пацієнтові подолати емоційні реакції під час втручання.

УВАГА ТА ЇЇ ПОРУШЕННЯ – СИНДРОМ НЕГЛЕКТУ**ТЕРАПЕВТИЧНИЙ ПІДХІД (ОСОБИСТИЙ ПРОСТІР):**

- Перед завданням слід провести тактильну та пропріоцептивну стимуляцію сторони, яка ігнорується, наприклад, терапевт тріє уражену верхню кінцівку пацієнта (точковий масаж, махровим рушником, щіткою, м'ячиком), або ж пацієнт тріє свою уражену верхню кінцівку й одночасно стежить за рухом, або ж пацієнт намагається правильно визначити частину верхньої кінцівки після дотику терапевта (плече, лікоть, передпліччя, зап'ястя й ін.). Якщо це можливо, він може намагатися рухати частиною руки.
- Елементи концепції Бобатів — двосторонні завдання.
- Метод сенсорної стимуляції за Ф. Аффольтер: тактильне кінетичне сприйняття, зосереджене більше на процесі, ніж на завданні.

ТЕРАПЕВТИЧНИЙ ПІДХІД (ПРОСТІР ДЛЯ МАНІПУЛЯЦІЇ ТА ПЕРЕМІЩЕННЯ):

- Забезпечити словесні, тактильні, слухові (дзвінок, клацання пальцями) стимули, щоб пацієнт навчився дивитися у напрямку ураженої сторони.
- Користуватися динамічними стимулами, які є більш ефективними, ніж статичні стимули (наприклад, блимання світла, переривчастий звук).
- Тренувальний набір, завдання папір — олівець: для тренування уваги, обведення, викреслення, конструктивні завдання тощо.
- Комп'ютерні програми (NEUROP—2).

- Оскільки виникнення синдрому неглекту може бути пов'язане й із порушеннями уваги, то дозавданняним буде використовувати всі елементи терапії, як і у випадку порушення уваги.

У межах підходу відновлення можна використовувати тренування зорового сприйняття. Це один з найпопулярніших і класичних підходів до реабілітації, що застосовуються для пацієнтів з синдромом неглекту.

Він базується на встановлених фактах про те, що відмова від стратегії зорового сканування середовища призводить до виникнення синдрому неглекту.

Односторонній просторовий синдром неглекту: на нього можна впливати шляхом активації непошкоджених частин стовбура головного мозку (superior colliculus) на іпсілатеральній стороні до пошкодження мозку.

АДАПТАЦІЙНИЙ ПІДХІД (ОСОБИСТИЙ ПРОСТІР):

- Надати пацієнтові та його сім'ї настанови щодо ризиків травми, про безпеку в домашніх умовах.
- Забезпечити допоміжні засоби та стимули для зорової стимуляції й отримання інформації (наприклад, дзеркало, куди пацієнт завжди дивиться після того, як одягнувся або зачесався тощо).
- Навчити пацієнта свідомо контролювати себе після виконання завдання (наприклад, внутрішня промова).

АДАПТАЦІЙНИЙ ПІДХІД (ПРОСТІР ДЛЯ МАНІПУЛЯЦІЇ ТА ПЕРЕМІЩЕННЯ):

- Забезпечити необхідну інформацію для пацієнта та сім'ї (зокрема, про безпеку на вулиці або під час приготування їжі).
- Надати пацієнтові можливість створити собі власні методи компенсації й тренувати їх, якщо можливо, у різному середовищі та ситуаціях.
- Освоїти компенсації: а) рухи очей разом з головою і тілом; б) рухи тільки очей; в) тренування зорового сканування; це досить часто застосовується, тож рекомендується навчити пацієнта обертати тулуб вліво в напрямку до стимулів, що приходять з лівої сторони.
- Класти всі необхідні речі й предмети у полі зору пацієнта.

8.3.6. ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНІ МОДЕЛІ ТА ПІДХОДИ, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ З ПОРУШЕННЯМ ПАМ'ЯТІ

Загалом можна сказати, що втручання для дефіцитів пам'яті переважно симптоматичне та відносно малоефективне. Під час такого втручання комбінують фармакотерапію з систематичним тренуванням пам'яті й уваги.

ІСНУЮТЬ ДВА ОСНОВНИХ ПІДХОДИ:

ПІДХІД ВІДНОВЛЕННЯ

Тренування короткочасної пам'яті має обмежений ефект на початкових стадіях втручання. Важливо спочатку тренувати увагу й концентрацію уваги. Її покращення зумовить і покращення пам'яті.

- Перед тренуванням пам'яті необхідно навчити пацієнта повторювати завдання.
- Для зручності запам'ятовування слід краще обробляти інформацію: зрозуміти, описати та назвати.
- Спробувати з'ясувати, які сфери пам'яті збереглися (вербальна, невербальна, візуальна тощо) і на цьому побудувати план реабілітації.
- Заняття, яке пацієнт засвоює, слід виконувати завжди одним і тим же способом, поділивши на окремі етапи. Кожен крок пацієнт засвоює окремо.

ПІДХІД АДАПТАЦІЙНИЙ

Намагання знайти, використати й засвоїти застосування внутрішніх і зовнішніх допоміжних засобів для пам'яті.

ВНУТРІШНІ ДОПОМІЖНІ ЗАСОБИ ЗАПАМ'ЯТОВУВАННЯ:

- активне слухання;
- писання нотаток — списки, терміни виконання;
- аудіозаписи — для пацієнтів з моторним дефіцитом, порушенням зору;
- повторення;

- залучення кількох почуттів одночасно;
- асоціація з інформацією, яку вже запам'ятали;
- поєднування за першими буквами (ПОТ — покупка, обід, тренування);
- допомога з римами;
- поєднання у групи — категорії у списку продуктів, властивості предметів (колір, розмір);
- метод розповіді — скласти розповідь зі слів, які слід запам'ятати.

ЗОВНІШНІ ДОПОМІЖНІ ЗАСОБИ ЗАПАМ'ЯТОВУВАННЯ

Основні принципи використання:

- імпульс у тісній послідовності з бажаною активністю (за часом, місцем);
- імпульс активний — розгориться, а не згасне;
- імпульси подібні до тих, які були використані в навчанні;
- під час навчального процесу запитувати в пацієнта, допомагати створювати відбиток у пам'яті.

ПРИНЦИПИ ВИКОРИСТАННЯ ЗАСОБІВ ЗАПАМ'ЯТОВУВАННЯ:

- забезпечити, щоб вони були портативними;
- щоб функціонували якомога довше;
- щоб були простими та не залежали від інших пристроїв;
- необхідно навчити пацієнта користуватися допоміжними засобами (як, коли, де, пристосування до нової ситуації).

ПРИКЛАДИ ДОПОМІЖНИХ ЗАСОБІВ ПРИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАМ'ЯТІ:

- засоби запам'ятовування: щоденники, блокноти для нотаток — помітні, які легко знайти; списки, комп'ютер;
- імпульсні засоби: будильники, годинник з будильником;
- позначення оточення: етикетки на шухлядах, шафах, дверях.

8.4. ВИКОРИСТАННЯ МОДЕЛІ КАВА В ЕРГОТЕРАПІЇ

(ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНА МОДЕЛЬ, КАВА – З ЯПОНСЬКОЇ РІЧКА)

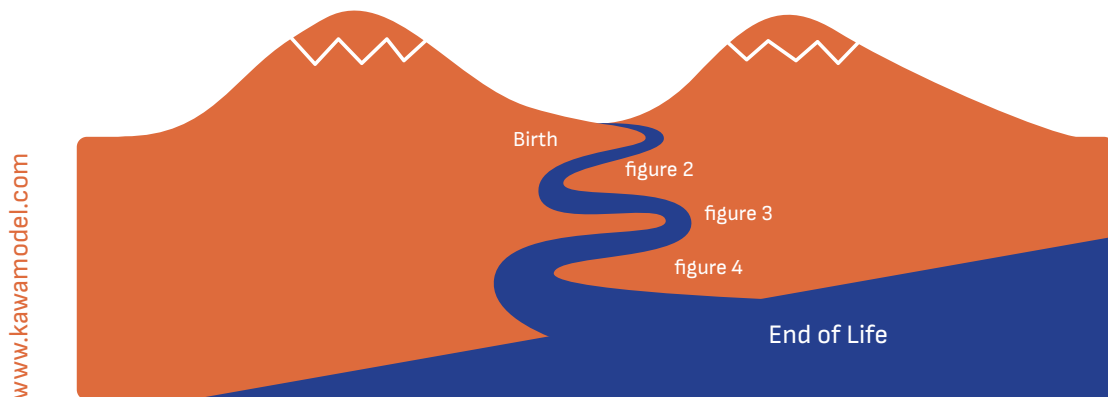
Для детальнішого ознайомлення з моделлю Kawa рекомендуємо книгу:

Iwama, M. (2006): *The Kawa Model; Culturally Relevant Occupational Therapy*, Churchill Livingstone—Elsevier Press, Edinburgh, 242p.

Ця модель є однією з ерготерапевтичних моделей, так само як МОНО (Model of Human Occupation) або СОРМ (Canadian Occupational Performance Measure). Це модель, яку зазвичай включають у навчально-методичні програми окремих ерготерапевтичних навчальних закладів у всьому світі. У Чеській Республіці ця модель все ще залишається маловідомою.

Суспільство диктує: принципи, цінності, пріоритети, норми поведінки, прийнятність і відхилення. Це створює величезну різницю між світом західним (Європа, Північна Америка, Австралія) і світом східним (Азія, Африка). Тому ерготерапевтичні моделі, що виникли у західному світі, не можуть бути застосовані для всіх клієнтів по всьому світу.

Ця модель була розроблена в Азії. Слово «КАВА» японською мовою означає «річка». Це модель, яка використовує для життя метафору річки. Кожна людина має власну річку, верхній потік (витік) — це минуле, нижній потік (гирло) — майбутнє. Що стрімкіше річка тече, то кращим є здоров'я конкретної людини.



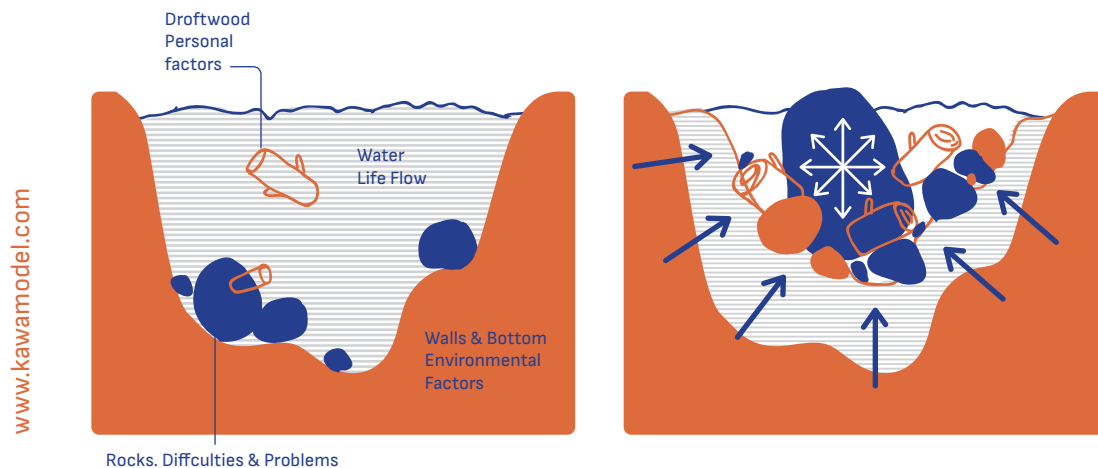
Модель складається з 5-ти основних компонентів: вода = життєва енергія, береги й дно річки = середовище, каміння = життєві складності й проблеми, простір = здібності, а принесена водою деревина = досвід та можливості. Окремі компоненти, безумовно, впливають один на одного.

Вода являє собою життєву енергію. Дуже важливо стежити за її окремими чинниками: силою, напрямком, станом. Береги та дно представляють чинники середовища. Вони є віддзеркаленням фізичного й соціального середовища пацієнта / клієнта, людських ресурсів.

Формують середовище: сім'я, медичний персонал, школа, місце роботи / навчання, культура, суспільство. Терапевт відстежує, яка конкретна форма середовища у випадку цього пацієнта. Каміння уособлює труднощі / перешкоди в житті клієнта / пацієнта. Вони уповільнюють течію ріки. Камінь символізує хворобу або симптоми. У пацієнта / клієнта важливо дізнатись: Що таке камінь? Скільки в ріці каменів? Якого вони розміру? Як вони сформовані?

Дерево, принесене рікою, являє собою вміння та можливості пацієнта / клієнта (позитивні й негативні) — цінності, особистість, досвід. Принесене дерево може перегородити річку, або ж, навпаки, вивільнити каміння. Важливим є назвати те, що може діяти проти/на користь течії? Простір являє собою здатність клієнта оздоровлюватися та його потенціал. Головним аспектом ерготерапії є підтримка внутрішніх можливостей людини. Важливо також назвати, якими саме є ці простори.

У межах ерготерапії можна зосередити увагу на: розбитті каменів, розширенні простору, використанні принесеного дерева, а також на розчищенні / звільненні русла річки.



Основною перевагою цієї моделі є візуалізація конкретного контексту для пацієнта / клієнта. Річку може малювати терапевт, сам клієнт або ж це може бути результат спільної роботи терапевта та клієнта, де клієнт виступає в ролі експерта. Після цього вони спільно називають окремі взаємозв'язки в межах культурного й соціального контексту.

ВИКОРИСТАННЯ МОДЕЛІ «KAWA»

У Чеській Республіці ця модель використовується для пацієнтів / клієнтів зі складним минулим, у яких, на перший погляд, не видно, що саме впливає на їхню ситуацію. Візуалізація може допомогти терапевту краще зрозуміти ситуацію.

9. ВИКОРИСТАННЯ ТЕХНІЧНИХ ДОПОМІЖНИХ ЗАСОБІВ І СУЧАСНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

9.1. ПРОЦЕС ПРИЗНАЧЕННЯ, ВИПРОБУВАННЯ ТА ТРЕНУВАННЯ ВИКОРИСТАННЯ ТЕХНІЧНИХ ДОПОМІЖНИХ ЗАСОБІВ



Для подальшого навчання рекомендується брошура видавництва «Asistence»:

Дам собі ради сам. *Asistence* [online]. ©2012 [cit. 2012–01–02].
Доступно з: http://www.asistence.org/dokumenty/poradim_si_sam.pdf?PHPSESSID=5feae1bcdadc6c80b27f3864524a79d5.

ПРОЦЕС ПРИЗНАЧЕННЯ КОМПЕНСАТОРНИХ ДОПОМІЖНИХ ЗАСОБІВ

Якщо пацієнт потребує компенсаторного допоміжного засобу, що може допомогти покращити його функціональний стан, то цю потребу має проаналізувати кваліфікований медичний працівник. Оцінювання функціонального стану пацієнта з подальшими рекомендаціями щодо корекції його проблем за допомогою компенсаторного засобу — це сфера діяльності ерготерапевта. Ерготерапевт здійснює не тільки оцінювання необхідності компенсаторного засобу, але й подальше консультування щодо того, як пацієнт може такий засіб отримати та як ним правильно користуватися.

Компенсаторні засоби можна отримати у різні способи:

- компенсаторні засоби, що оплачуються за рахунок медичного страхування;
- компенсаторні засоби оплачувані (з 1.1.2012), коли пацієнт / клієнт подає заяву у Центр зайнятості;
- компенсаторні засоби, що оплачуються фондами;
- компенсаторні засоби, які оплачує пацієнт / клієнт самостійно.

Компенсаторні засоби, що оплачуються за рахунок медичного страхування, коли, згідно з чинним законодавством, допоміжний засіб призначає лікар.

Допоміжні засоби, що оплачуються з коштів медичного страхування, наведені у Каталогі компанії медичного страхування «Všeobecné zdravotní pojišťovny» (VZP).

Спеціалісти мають на увазі такі допоміжні (компенсаторні) засоби:

Група 01	Перев'язний матеріал, пластирі
Група 02	Допоміжні засоби при нетриманні сечі
Група 03	Допоміжні засоби при стомії
Група 04	Ортопедичні протези серійного виробництва
Група 05	Ортопедичні протези індивідуального виробництва
Група 06	Компресійні панчохи та рукави
Група 07	Крісла колісні з аксесуарами для осіб з інвалідністю
Група 08	Слухові апарати з аксесуарами
Група 09	Окуляри й оптичні прилади
Група 10	Допоміжні засоби респіраторні та інгаляційні
Група 11	Допоміжні засоби для діабетиків
Група 12	Компенсаторні засоби для осіб з інвалідністю
Група 13	Неспецифіковані допоміжні засоби
Група 14	Компенсаторні засоби для осіб з порушенням зору
Група 15	Компенсаторні засоби для осіб з пошкодженням слуху
Група 16	Взуття ортопедичне
Група 17	Допоміжні засоби для осіб з ларингектомією

Каталог провідної компанії медичного страхування VZP діє і для інших медичних страхових компаній. Компенсаторні засоби, перераховані у Каталогі VZP, називаються засобами медичної техніки. Вони можуть оплачуватися повністю, або тільки частково, коли передбачається співучасть пацієнта. Допоміжні засоби, наведені в каталозі, може призначати лікар загальної практики або лікар-спеціаліст. Щодо кожного засобу в Каталогі зазначено, який лікар має право його призначати.

Лікар заповнює рецептурний бланк на отримання лікувального або ортопедичного допоміжного засобу:

Перша сторінка бланка

		POUKAZ NA LÉČEBNOU A ORTOPEDICKOU POMŮCKU		VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE U nemocnice 2 PRAHA 2 tel: 02/24961111	
Příjmení a jméno		DRUH A OZNAČENÍ POMŮCKY		Ev.č.	
Rodné číslo		oprava – oprava pomůcky		Pomůcka nová / repasovaná	
Bydliště (adresa)		Sk.		Kod	Počet
☐ hradí VZP ☐ spolu ☐ hradí pacient		Cena		Cena pomůcky	
Pomůcka trvalá/docsma		Misto pro záznamy zdravotní pojist'ovny		Datum	
Razítka vydejce					

На першій сторінці у верхньому лівому кутку лікар має вказати код страхової компанії пацієнта, нижче — прізвище й інші ідентифікаційні дані пацієнта. У лівому нижньому кутку лікар позначає (викресливши непотрібне), який допоміжний засіб призначається (повністю оплачений, співоплата пацієнта, оплачує пацієнт), заповнює код страхової компанії, наводить свої дані та ставить підпис.

У правій нижній частині заповнює групу допоміжного засобу, його код за каталогом, кількість одиниць, їхню ціну, яку оплачує страхова компанія (у рецепті — ціна) та доплату за допоміжний засіб (у рецепті — ціна засобу). Важливо вказати, чи має бути видано новий допоміжний засіб чи відремонтований, здійснити ремонт засобу чи його модифікацію.

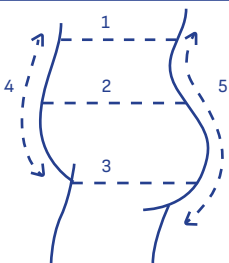
Деякі засоби потребують схвалення лікарем-експертом. У такому разі лікар має заповнити форму заявки на підвищення виплати (інша назва заявки — заявка на затвердження (дозвіл) втручання, лікувального ЗМТ, інше). У цій заявці слід заповнити (по одному типу допоміжного засобу) всі допоміжні засоби, які лікар просить надати пацієнтові. Якщо лікар подає заявку на крісло колісне із загалом дев'ятьма аксесуарами, такими як гальма, підголівник тощо, то він надсилає у медичну страхову компанію загалом десять рецептурних бланків і десять заявок на підвищення виплати. Деякі страхові компанії дозволяють на першому бланку заявки на підвищення виплати вказати навіть 3 типи допоміжних засобів. Форма спеціального типу існує для призначення електричного крісла колісного, це так звана форма S5.

Після цього лікар, який призначає засіб, надсилає заздалегідь заповнений рецептурний бланк разом із заявкою на підвищення оплати за допоміжний засіб у компанію медичного страхування, лікарю-експерту. Лікар-експерт після затвердження рецептурного бланка знову повертає його лікарю, який засіб призначив, а той передає бланк пацієнтові. Якщо затвердження допоміжного засоба лікарем-експертом не вимагається, то пацієнт отримує рецептурний бланк безпосередньо в руки та на місці видачі (найчастіше у спеціальному магазині медтехніки) отримує допоміжний засіб і підписується за одержання засобу на звороті бланка.

Ерготерапевти, фізичні терапевти та лікарі фізичної та реабілітаційної медицини найчастіше працюють із засобами з каталогу:

- **ГРУПА 05** — Ортопедичні протези, індивідуально виготовлені, сюди належать:
 - протези верхніх, нижніх кінцівок, які можуть бути призначені один раз у 2 роки;
 - протези міоелектричні, які можна призначати один раз на 5 років, при втраті однієї або обох верхніх кінцівок;
 - ортези (реклінатори, ортези верхніх кінцівок стандартні — сюди належать також термопластичні ортези), призначення яких залежить від схвалення лікаря-експерта, потрібно надати і попереднє обчислення від фахівця з протезування.
- **ГРУПА 07** — Крісла колісні для осіб з інвалідністю включно з аксесуарами, куди належать як механічні, так і електричні. У рецепті на крісло колісне слід вказати ширину сидіння. Окрім того крісло колісне має й інші параметри, які треба відслідковувати. Крісла колісні мають бути затверджені лікарем-експертом, а призначати їх може лікар із кваліфікацією лікаря фізичної та реабілітаційної медицини, ортопеда, невропатолога та терапевта.
 - Крісла колісні електричні можна призначати раз на 7 років, вони можуть бути налаштовані на максимальну швидкість 6 км/год., бо пацієнта, що користується електричним кріслом колісним, розглядають як пішохода у дорожньому русі. Для електричних крісел потрібно заповнити форму S5, де лікар із неврологічною спеціалізацією, лікар фізичної та реабілітаційної медицини, ортопед, психолог, офтальмолог мають написати свій висновок.
 - Крісла колісні механічні можна призначати раз на 5 років.
 - Ремонт крісел колісних оплачується максимально до суми 90 % від загальної вартості.

2-а сторінка бланка



Břišní pás

pro ženu objem 1 _____ cm

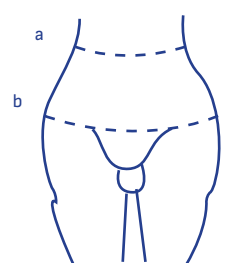
pro muže objem 2 _____ cm

pro dítě objem 3 _____ cm

výška vpředu 4 _____ cm

výška vzadu 5 _____ cm

Míry se měří na nahém těle vstoje!



Kýlní pás

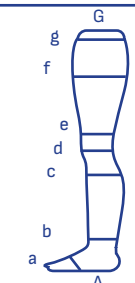
pravostranný — levostranný
oboustranný — pro kýlu:

1. tříselní 2. šourkovou
3. stehenní 4. pupeční

Objemy: Velikost kýly:

a) _____ cm _____

b) _____ cm



g _____ cm

f _____ cm

e _____ cm

d _____ cm

c _____ cm

b _____ cm

a _____ cm

A _____ cm

Gumové punčochy (kusů _____)

Délky punčoch:

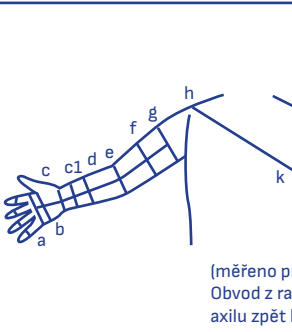
od A do G cm _____

od _____ do _____ cm _____

od _____ do _____ cm _____

od _____ do _____ cm _____

Míry měřte vždy ráno před otokem nohy!



Pažní návlek

palec _____

rukavice _____

návlek _____

a _____ a-b _____

b _____ a-c _____

c _____ a-c1 _____

c1 _____ a-d1 _____

d _____ a-e _____

e _____ e-f _____

f _____ e-g _____

g _____ e-g _____

h _____

h-k-h _____

(měřeno přes rameno)
Obvod z ramene přes
axilu zpět k rameni

Prohlašuji, že (nehodící se škrtněte!)

a) pomůcku dostávám poprvé

b) naposledy jsem dostal pomůcku stejného typu v roce _____

c) naposledy jsem dostal pomůcku typu _____

v roce _____

Pomůcku převzal dne:

podpis

VZP-13/2009

podpis

- **ГРУПА 12** — Компенсаторні засоби для осіб з інвалідністю, які може призначати лікар зі спеціалізацією геріатричного лікаря, невропатолога, терапевта, лікаря фізичної та реабілітаційної медицини, лікаря загальної практики. У цю групу допоміжних засобів належать найчастіше:
 - *милиці пахові* — можна призначити максимально 1 пару раз на 2 роки;
 - *милиці підлокітні* — можна призначити максимально 1 пару або 1 шт. раз на 2 роки;
 - *палиця* — можна призначити максимально 1 шт. раз на 3 роки;
 - *ходунки* — можна призначити максимально 1 шт. раз на 5 років і потрібне затвердження лікаря-експерта;
 - *стілець туалетний* — можна призначити максимально 1 шт. раз на 5 років;
 - *ліжко медичне функціональне з можливістю механічного або електричного приводу* — його призначення має бути затверджено лікарем-експертом на період використання максимально 1 шт. раз на 10 років;
 - *сидіння для ванни й у душову кабінку* — максимально 1 шт. раз на 5 років;
 - *насадка на туалет* — максимально 1 шт. раз на 3 роки;
 - *підйомник механічний, гідравлічний, електричний* — можна призначити максимально 1 шт. раз на 10 років і має бути затверджено лікарем-експертом.
- **ГРУПА 13** — Неспецифічні допоміжні засоби, куди належать такі допоміжні засоби, як матраци або захисний шолом.
- **ГРУПА 16** — Взуття ортопедичне — під час вибору відповідного взуття відіграє свою роль, перш за все, фізичний терапевт, рецепт на ортопедичне взуття видає лікар зі спеціалізацією.
 - Ортопедичне взуття індивідуально виготовлене, просте для застрахованих осіб від 18 років, його можна призначати у кількості максимально 1 пара раз на 2 роки, страхова компанія оплачує 50 % від вартості.
 - Ортопедичне взуття індивідуально виготовлене для застрахованих осіб від 18 років, його можна призначати у кількості максимально 1 пара раз на 2 роки, страхова компанія оплачує 90 % від вартості.
 - Взуття для осіб з діабетом може бути призначене у кількості максимум 1 пара раз на 2 роки, максимальна вартість до 1000 крон, рецепт має затвердити лікар-експерт.
 - Устилки ортопедичні, індивідуально виготовлені для застрахованих осіб від 18 років, можна призначити максимально 1 пару на рік, максимальна вартість до 100 крон за 1 пару.
 - Устилки ортопедичні спеціальні можна призначити максимально 2 пари на рік, страхова компанія оплачує 80 % від вартості.

[illegible]

КОМПЕНСАТОРНІ ДОПОМІЖНІ ЗАСОБИ, ЯКІ ОПЛАЧУЄ ЦЕНТР ЗАЙНЯТОСТІ

(з 1.1.2012), коли пацієнт / клієнт подає заяву про оплату допоміжного засобу в Центр зайнятості. Можна подати заяву про оплату допоміжних засобів, які не оплачує компанія медичного страхування. Потрібно заповнити заяву на отримання спеціальної допомоги на оплату спеціального допоміжного засобу, яку має підтвердити лікуючий лікар, і надіслати її у відповідний Центр зайнятості. Термін розгляду заяви у Центрі зайнятості становить 30 днів. У групу спеціальних допоміжних засобів можна віднести також транспортний засіб, якщо йдеться про пацієнта з серйозним порушенням опорно-рухового апарату. Спеціальним допоміжним засобом є також собака-поводир. Розмір грошової допомоги на оплату допоміжного засобу становить 10 % від очікуваної або вже сплаченої вартості спеціального допоміжного засобу, але не менше від 1000 крон. У допоміжного засобу, вартість якого перевищує 24 000 крон, сума співучасті клієнта становить 10 % від вартості спеціального допоміжного засобу. Максимальний розмір допомоги на спеціальний допоміжний засіб становить 350 000 крон. Клієнт Центру зайнятості зобов'язаний повернути допомогу, якщо він не вичерпав її повністю протягом 3 місяців. Існують тут й інші обмеження. Спеціальним допоміжним засобом може бути:

- додаткова модифікація транспортного засобу;
- будівельні роботи, пов'язані з перебудовою ванної кімнати та туалету, з розширенням дверей у квартирі;
- пандуси;
- аксесуари для комп'ютера;
- рампа;
- собака-поводир;
- сигналізація для людей із вадами слуху;
- комунікатори для людей із вадами зору.

КОМПЕНСАТОРНІ ЗАСОБИ, ЩО ОПЛАЧУЮТЬСЯ ФОНДАМИ

це допоміжні засоби, які не оплачуються компанією медичного страхування, або ж оплачуються нею частково. Якщо вартість допоміжного засобу є вищою, то рекомендується, щоб клієнт подав заяви у кілька фондів і розділив суму на менші частини, які проситиме.

КОМПЕНСАТОРНІ ДОПОМІЖНІ ЗАСОБИ, ЯКІ ОПЛАЧУЄ ПАЦІЄНТ / КЛІЄНТ САМОСТІЙНО

це усі допоміжні засоби, які пацієнт / клієнт придбав самостійно, тому що їх йому не оплатила страхова компанія, Центр зайнятості, ані він не отримав на них допомогу від жодного фон-

ду. Допоміжні засоби, які не оплачуються і на які клієнт не отримає допомогу — це так звані дрібні допоміжні засоби для забезпечення самостійності пацієнта. Мова йде, наприклад, про пристосування для одягання шкарпеток (близько 300 крон), модифікований столовий прибор (близько 300 крон), кріпильна дошка з шипами (від 500 до 2000 крон) та інші.

Окрім наведеної вище класифікації, допоміжні засоби можна поділити за їхньою функцією й призначенням, наприклад:

- компенсаторні допоміжні засоби для виконання ADL;
- компенсаторні допоміжні засоби для кухні;
- компенсаторні допоміжні засоби для ванни;
- компенсаторні допоміжні засоби для мобільності та інше.

РЕМОНТ КОМПЕНСАТОРНИХ ЗАСОБІВ

Ремонт компенсаторних допоміжних засобів, що не оплачуються страховими компаніями, оплачує пацієнт / клієнт самостійно.

У компенсаторних засобів, оплачуваних страховими компаніями, пацієнт / клієнт зазвичай сплачує 10 % від витрат на ремонт допоміжного засобу, а 90% від витрат, як правило, покриває компанія медичного страхування.

9.2. ПРИНЦИПИ ВИБОРУ КОЛІСНОГО КРІСЛА ДЛЯ ОСОБИ З ІНВАЛІДНІСТЮ

Для отримання додаткової інформації рекомендується прочитати таке:

Франталова Л.: STEPS Принципи сидіння та правильного положення (Frantalová, L: STEPS Principy sezení a správné polohy– Skripta ze školení, Sunrise Medical)

Комфортне сидіння на кріслі колісному для пацієнта / клієнта з інвалідністю є медичною необхідністю. Необхідно, щоб крісло колісне було правильно вибране з точки зору всіх розмірів і параметрів. Важливо зберігати ергономіку сидіння на кріслі колісному для пацієнта / клієнта з інвалідністю. Від якості сидіння залежить також якість подальшої вертикалізації. Пацієнт / клієнт не має постійно боротися з активним сидінням, він потребує й відпочинкового положення. Цей факт необхідно враховувати при виборі. Важливо пам'ятати про те, що пацієнт не може всю свою енергію під час цілого дня витратити тільки на те, щоб намагатися якісно сидіти.

КЛАСИФІКАЦІЯ КРІСЕЛ КОЛІСНИХ

ЗА ТИПОМ ПРИВОДУ КРІСЛА КОЛІСНІ ПОДІЛЯЮТЬСЯ НА:

механічні	електричні	комбіновані «Дуо»
-----------	------------	-------------------

МЕХАНІЧНІ КРІСЛА КОЛІСНІ ПОДІЛЯЮТЬСЯ НА:

- стандартні;
- активні;
- спеціальні;
- спортивні.

ЕЛЕКТРИЧНІ КРІСЛА КОЛІСНІ ПОДІЛЯЮТЬСЯ ВІДПОВІДНО ДО ЇХ ВИКОРИСТАННЯ НА:

- для квартири / приміщень;
- поза квартирою / приміщенням.

Кріслом спеціального типу є так зване крісло колісне «Дуо» — це конструкція механічного крісла колісного з додатковою батареєю для електроприводу. Пацієнт / клієнт, якщо в нього не вистачає сили, має можливість перемкнутись з механічного приводу на електричний. Однак це крісло колісне має одночасно переваги й недоліки обох типів. Воно важче, тому ним важче маніпулювати.

МЕХАНІЧНІ КРІСЛА КОЛІСНІ

СТАНДАРТНІ МЕХАНІЧНІ КРІСЛА КОЛІСНІ АБО КЛАСИЧНІ КРІСЛА КОЛІСНІ,

служать для транспортування неможильної людини. Вони мають великі привідні колеса ззаду, вищу спинку, високі підлокітники, відокремлені підніжки. До цієї групи належать і душові та туалетні крісла колісні. Ціна таких крісел колісних починається від 8 500 крон. Вага коливається в межах від 12 до 20 кг.

АКТИВНІ МЕХАНІЧНІ КРІСЛА КОЛІСНІ ПРИЗНАЧЕНІ ДЛЯ БІЛЬШ АКТИВНОГО КЛІЄНТА.

Передбачається, що він використовує крісло колісне протягом усього дня, під час ADL, для дозвілля, на роботі, у школі тощо. До переваг належить нижча загальна вага, а завдяки цьому й краща маневреність. Такі крісла колісні відзначаються великою варіативністю. Недоліком є висока ціна, яка починається з 20 000 крон і до 100 000, іноді навіть вища. Поширеною тенденцією є використання нових легких матеріалів, таких як кевлар, дюраль, титан. Найлегше активне крісло колісне може важити близько 7 кг.

СПЕЦІАЛЬНІ МЕХАНІЧНІ КРІСЛА КОЛІСНІ — ЦЕ КРІСЛА КОЛІСНІ СПЕЦІАЛЬНОГО ТИПУ,

зібрані відповідно до специфічних потреб клієнтів. Наприклад, це може бути управління за допомогою важільного приводу для однієї ВК або обох ВК; управління двома ободами на одній стороні крісла колісного (для осіб після ампутації ВК, для осіб з геміпарезом); з можливістю вертикалізації; з позиціонуванням (обладнаний бічними пелотами або оболонкою, підголівником, клином тощо); для осіб після ампутації однієї або обох НК (вирівнювання центру тяжіння).

СПОРТИВНІ МЕХАНІЧНІ КРІСЛА КОЛІСНІ «ПЕЛОТОН»

існують спеціальні механічні крісла колісні для окремих видів спорту, наприклад: хендбайк (додатковий привід для верхніх кінцівок), для зальних видів спорту, для тенісу (трицикли), для атлетики й інших. Окремі види спорту вимагають конкретних спеціальних модифікацій, наприклад, нахилу коліс, розмірів обручів і форми малих коліс, стабільності крісла колісного тощо. Для кращого подолання бар'єрів крісла колісні можуть бути оснащені одним великим переднім колесом (малі колеса таким чином піднімаються з землі).

ОКРЕМІ ЧАСТИНИ МЕХАНІЧНОГО КРІСЛА КОЛІСНОГО

Крісла колісні складаються з окремих частин: сидіння, спинка, підніжки, підлокітники, бічні стінки, ручка, гальмо, мале колесо, велике колесо (привідне), обруч, антиперекидач, пояс, ремінь для п'яти, ремінь для гомілки й ін. Різні властивості окремих компонентів, про які слід подумати під час вибору відповідного крісла колісного, буде описано нижче.

Блок сидіння складається з сидіння та спинки. Для сидіння вимірюють ширину (32–50 см) та глибину (32–50 см).

Розміри беруться у пацієнта, який сидить на твердій підкладці (наприклад, терапевтичному ліжку). Ширина крісла колісного визначається шляхом вимірювання пацієнта у найширшому місці. До цього розміру додається розмір простору для ширини рук (приблизно плюс 2 см) з кожного боку. Якщо вибрано неправильний тип крісла колісного, і крісло занадто широке, то пацієнт не підтримує правильну ергономіку сидіння, правильну поставу, йому складно керувати кріслом колісним верхніми кінцівками, воно не проходить у двері.

Занадто вузьке крісло колісне може пацієнту тиснути (створюючи йому пролежні). Частою реакцією тіла пацієнта є неправильне скручування таза.



ГЛИБИНА КРІСЛА КОЛІСНОГО — це розмір, що закінчується на два пальці (приблизно 5 см) перед підколінною ямкою. Якщо крісло колісне вибрано неправильно, і воно занадто глибоке, то можуть виникати пролежні у підколінній ямці, або ж пацієнт у кріслі колісному «з'їжджає», зсуваючи таз (замість сидіння напівлежить). У занадто мілкому кріслі колісному пацієнт не має достатньої підтримки для стегнових кісток. І знову ж таки не дотримується правильне положення сидячого пацієнта. У деяких випадках можна регулювати й нахил сидіння (наприклад, у клієнтів зі спастичними ДКК — після пошкодження спинного мозку).

Спинка має бути фіксованою або з можливістю позиціонування (від -12° до $+12^\circ$ – 30°). Її висоту слід обирати в залежності від стабільності тулуба. У осіб з параплегією вона може бути й дуже низькою, але навіть у пацієнтів цього типу слід пам'ятати про ергономіку сидіння. У стандартних крісел колісних спинка повинна закінчуватися під нижніми кутами лопаток, завдяки чому зберігається можливість якісно керувати кріслом колісним за допомогою верхніх кінцівок.

Якщо стабільність сидіння зменшена, то обирається висока спинка, інколи навіть з підголівником. Деякі типи крісел колісних пропонують можливість оббивки спинки або підтягування спини за допомогою текстильних застібок-липучок. Визначаючи висоту спинки, терапевт має пам'ятати про висоту подушки сидіння. Якщо є потреба перевозити крісло колісне в малому автомобілі, то можна обрати крісло колісне зі складною спинкою, яку можна скласти перед транспортуванням.

Сидіння та спинка крісла колісного виготовляються з різних матеріалів, а саме: тканина, ПВХ або з повітропроникних матеріалів (зменшують можливість виникнення запрілості).

Весь блок сидіння доповнюють індивідуально виготовленим **спеціальним ортезом для сидіння** (каркасом) для осіб з нестабільним сидячим положенням або там, де необхідно здійснювати більш значну корекцію сидячого положення. Такий ортез повністю оплачується компанією медичного страхування (код 05—0078860). Дуже важливо вибрати крісло колісне уже з врахуванням можливості, що до нього для пацієнта виготовлять стабілізуючий ортез. Необхідно скоординувати вибір крісла колісного та вибір відповідного стабілізуючого ортеза.

Дозавданням буде також доповнити кожне крісло колісне **подушкою для сидіння** такого самого розміру, як глибина та ширина сидіння. Власне подушка для сидіння має більше функцій: вона використовується для запобігання утворенню пролежнів, для покращення якості сидячого положення, постави. Подушки для сидіння виготовляються з різних матеріалів, найчастіше з поролону, можна обрати повітряну (чи так звану ROHO), яка надувається в залежності від ваги клієнта та часто використовується клієнтами з вадами хребта. Гелеві подушки добре розподіляють вагу клієнта, одночасно впливаючи й на поставу сидячого положення. Часто використовуються комбіновані подушки, де для поліпшення функцій подушки використані різні типи матеріалів. Важливою є також можливість прання чохла подушки, щоб не виникала потреба знімати все сидіння, якщо клієнт забруднив крісло колісне.

Рама може бути перехресною. Рама такого типу дозволяє скласти крісло колісне. Її перевагою є краща можливість транспортування (наприклад, у багажнику автомобіля), а також те, що вона краще копіює нерівну місцевість, (це приємніше для користувача). Другий тип являє собою жорстку раму, здатну витримувати більше навантаження та більшу вагу пацієнта / клієнта (придатна, наприклад, для клієнтів з ожирінням). У деяких типів крісел колісних можна регулювати на рамі центр тяжіння (наприклад, для балансування пацієнтів з ампутацією нижніх кінцівок).

Колеса поділяються на великі привідні та малі рульові. Великі привідні колеса можуть бути жорстко закріплені на рамі або ж можуть мати осі зі швидкозатисними патронами, завдяки чому крісло колісне можна розібрати на менші частини. Великі колеса можуть бути закріплені під кутом до крісла колісного (1—4 градуси), що вигідно для більшої стабільності крісла колісного (використовується, наприклад, у спортивних візках), недоліком більшого нахилу є збільшення загальної ширини крісла колісного, через яку клієнт не зможе пройти вузькими дверима (наприклад, у ванну кімнату). Колеса можуть бути різного розміру (20—26 дюймів) у залежності від висоти сидіння та розміру малих коліс. Шини коліс можуть бути камерні (мають кращі ходові властивості) або ж гумові, які більш стійкі до проколювання

(підходять, наприклад, для літніх людей, які живуть поодиноці), але знижують комфорт під час їзди. Колесо може мати різний дизайн — із гладким протектором, що краще підходить для квартири (приміщення) або з малюнком для пересування на вулиці. Виробляються колеса з широким ободом та з більш глибоким малюнком, який краще підходить для складної місцевості. Недоліком глибших малюнків є те, що повертаючись з прогулянки, пацієнт / клієнт принесе у житло бруд у малюнку.

Ще одним параметром вибору є спицьовка коліс, яка може бути дротяною (більш поширена) або ж литою (застосовується, наприклад, у візків для душу). Пацієнт / клієнт сам керує кріслом колісним за допомогою обручів, у яких можна відрегулювати відстань від колеса (15–40 мм) в залежності від розмірів периферії верхньої кінцівки (долоні), яка може мати різну ширину (16–18 мм). Виробляються вони з різних матеріалів, найдешевші алюмінієві, які часто забруднюють руки пацієнта, іншими варіантами є нержавіюча сталь або легкий титан та ін. Якщо у пацієнта присутні проблеми з моторикою верхніх кінцівок, то вони можуть бути прогумовані, завдяки чому пацієнт легше керує кріслом колісним. Для пацієнтів із погіршеною функцією хапання (особливо з квадруплегією) дозавданнано доповнити обручі виступами (так званими «пробками»). Пацієнт використовує заступне хапання між великим пальцем і вказівним пальцем і цей простір «потрапляє» між виступи. Малі колеса можуть бути різного розміру (3–8 дюймів), меншими колесами легше керувати, з ними легше повертати, але вони можуть застрягати на м'якій поверхні. Малі колеса, так само як великі, можуть бути камерні або з сузавданняної гуми.

Опори для ніг або ж підніжки можуть бути жорстко з'єднані з рамою крісла колісного (цей варіант часто використовується в активних кріслах колісних, оскільки завдяки цьому зменшується вага й загальні розміри крісла колісного) або ж знімні (у стандартних кріслах колісних, підходить для транспортування). Також вони можуть бути з'єднаними (часто в активних візках) або розділеними. Розділені підходять для пацієнтів, які після складання підніжок здатні вертикалізуватися (встати, ходити). Також можна вибрати їх довжину, а у деяких типів і кутовий нахил (підходить для пацієнтів з еластичністю нижніх кінцівок, під час руху на кріслі колісному, наприклад, по бруківці збільшується екстенсивна спастичність). Підніжки можуть бути з регулюванням положення навіть до екстензії коліна (з підтримкою гомілок).

Боковини крісла колісного можуть виконувати функцію захисту (від бруду з коліс, так звані крила) або ж можуть бути доповнені підлокітниками. Підлокітники можуть бути жорсткими або знімними (коли пацієнт пересувається в бік). Вони можуть бути різної довжини, можуть мати регулювання висоти (важливо для ергономіки сидячого положення). Для пацієнтів з геміпарезом підлокітники можуть бути подовжені так, щоб підпирали повністю все передпліччя й акрум у функціональній позиції.

Важливою частиною крісла колісного є функціональні **гальма**. При зменшенні сили м'язів верхніх кінцівок необхідно призначити гальма з подовженою ручкою. Якщо передбачається,

що керувати кріслом колісним буде головним чином супровід пацієнта, то дозавданням буде призначити також барабанні гальма для супроводу. У спортивних крісел колісних трапляються спеціальні гальма, які запобігають пошкодженню пальців при гальмуванні.

Ручки для супроводу — це стандартна частина крісла колісного (у деяких активних крісел колісних вони відсутні). Якщо супровід пацієнта — людина високого росту, то можна призначити ручки з регулюванням висоти, щоб було збережено ергономіку при маніпулюванні кріслом колісним.

Стабілізаційні колеса кріпляться на задній частині крісла колісного у пацієнтів, у яких існує ризик перекидання та падіння. Противідкидні колеса є дозавданняними, якщо необхідно проїхати через вузькі двері, тоді можна зняти з крісла колісного великі колеса та перевезти пацієнта (наприклад, крісла для душу).

Захисні диски коліс (виробляються з пластику): їх завданням є захист пальців пацієнта / клієнта, щоб він випадково не поранив їх під час їзди на кріслі колісному. Їх слід призначати завжди, коли у пацієнта / клієнта наявна погіршена моторика верхніх кінцівок, або ж втрата чутливості периферії верхніх кінцівок. Диски можуть бути прозорими, або ж пацієнт / клієнт може обрати диск з малюнком (велика кількість типів і кольорів).

Ремені можуть бути закріплені на підніжках. У такому випадку йдеться про петлі для п'ятки та плюсни або ж гомілкові ремені (запобігають зсуву нижніх кінцівок з підніжок). Якщо пацієнт має схильність до пролежнів, то необхідно прослідкувати, щоб ремені були м'якими. При погіршеній стабільності тулуба рекомендується використовувати запобіжний ремінь, який може бути дво-, три- або чотириточковим.

Ще одним аксесуаром крісла колісного є **педаль**, яка слугує для того, щоб супровід пацієнта міг нахилити крісло.

Для осіб, які на короткі відстані пересуваються на милицях, можна доповнити крісло колісне **тримачем для милиць**.

Підголівник використовується у пацієнтів / клієнтів з погіршеною стабільністю тулуба; у клієнтів, які нездатні самостійно тримати голову у вертикальному положенні та на позиціонуючих кріслах колісних (під час позиціонування голова може падати назад).

Для клієнтів на кріслі колісному також виробляється велика кількість аксесуарів, як-от: сумки, наплічники, накидки від дощу, мішки для сидіння (для клієнтів з поганою терморегуляцією).

ЕЛЕКТРИЧНІ КРІСЛА КОЛІСНІ

Крісла колісні для квартир / приміщень відрізняються від електричних крісел колісних для використання поза квартирою / приміщенням головним чином своїми розмірами. Крісло колісне для приміщень менше, щоб пацієнт міг на ньому пересуватися вдома. Вибираючи електричне крісло колісне необхідно враховувати подібні параметри, як у механічного крісла колісного. Також слід зважати на те, для чого буде пацієнт / клієнт крісло колісне використовувати. Згідно з вищевказаним терапевт обирає окремі параметри:

- дальність (яку відстань здатне крісло колісне проїхати на одному заряді акумулятора);
- загальна вага (можливість транспортування);
- площа обертання (для маніпуляцій у приміщенні);
- керування (може бути за допомогою джойстика для ПВК / ЛВК / підборіддям / ротом / подихом);
- тип підлокітників, можливість знімних бокових панелей;
- тип підніжок, підголівника;
- подушка проти пролежнів (крісла колісні для використання поза межами квартири часто вже мають м'яку оббивку);
- ремені безпеки;
- тип коліс.

Деякі електричні крісла колісні мають пристосування для подолання бордюрів. Якщо це крісло колісне братиме участь у дорожньому русі, то воно обладнане передніми ліхтарями, поворотниками та задніми ліхтарями. Електричне крісло колісне спеціального типу може бути з вертикалізацією або з електричним підйомом сидіння (це дозволить клієнтові, наприклад, дотягнутися до верхніх полиць у бібліотеці).

9.3. КОМУНІКАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ

Сьогодні у світі технологій простежується інтенсивний розвиток у сфері автомобілебудування, в аерокосмічній промисловості й ін., виробляються нові матеріали, такі як дюраль (полегшений матеріал) або ж неопрен (водонепроникність).

Значущим для залучення спеціальних допоміжних засобів є також невинний розвиток у світі комунікаційних технологій та звичність їх застосування. Більшість професій вже неможливо уявити без використання комп'ютера. Уже під час навчання в університеті студенти звикають писати семінарські роботи на ПК, реєструватися на іспит через електронні системи, шукати відповідну літературу в електронних базах даних. Звичною справою стало й те, що люди здійснюють покупки, платять чи керують своїм банківським рахунком через інтернет. Люди звикли читати електронні книги, наприклад, на смартфонах чи пристроях Kindle. Буденним явищем стало прослуховування музики на комп'ютері, редагування фотографій, спілкування з оточенням електронною поштою, через програми Skype, iСq, уаhoo, участь у чатах тощо.

Поступово ці нові матеріали й технології також потрапляють у світ компенсаторних та комунікаційних допоміжних засобів.

«Я шукаю в інвалідності не те, що не здатний робити, а те, що робити можу, і намагаюся це використовувати якомога більше» — Павел Гейгал, журнал «Vozíčkář» (Візочник) 5/2006. Ця цитата демонструє важливість функціонального використання можливостей людини. Допоміжні засоби допомагають збільшити можливості людини, завдяки чому зростає і якість її життя. Навіть якщо індивідуальний допоміжний засіб буде дуже дорогим, то таке рішення залишається дешевшим, ніж платити за кожну дію довготерміновій доглядальниці.

Технічні допоміжні засоби належать до групи Assistive technology (допоміжних технологій), яка поділяється на дві групи:

- **LOW TECHNOLOGY**, куди належить, наприклад, паперова комунікаційна табличка;
- **HIGH TECHNOLOGY**, куди належатиме, наприклад, комунікатор або спеціальна програма для ПК, яка виконуватиме функцію комунікаційної таблиці.

ТЕХНІЧНІ ДОПОМІЖНІ ЗАСОБИ МОЖНА ПОДІЛЯТИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВИКОРИСТАННЯ ДЛЯ:

- домашнього середовища (ADL), наприклад: дистанційне керування — телевізор, радіо, освітлення, відчинення / зачинення дверей / вікон, жалюзі, кондиціонер;
- локомоції, наприклад: електричне крісло колісне;
- освіти, наприклад: диктофон, ПК — спеціальне обладнання та програмне забезпечення, телефон, комунікатор;
- роботи, наприклад: ПК — спеціальне обладнання та програмне забезпечення, телефон, комунікатор;
- дозвілля, наприклад: Інтернет, ігрова консоль, різні програми для соціалізації;
- спілкування, наприклад: телефон, ПК, спеціальні програми: Skype, icq, yahoo.

ВИБІР ДОПОМІЖНИХ ЗАСОБІВ

Під час вибору допоміжних технічних засобів слід враховувати різні чинники, серед яких варто виокремити 3: особливості пацієнта, особливості допоміжного пристосування, особливості виробника.

КРИТЕРІЇ ВИБОРУ З ОГЛЯДУ НА ОСОБЛИВОСТІ ПАЦІЄНТА / КЛІЄНТА

Терапевт має обрати такий допоміжний засіб, якого пацієнт справді потребує. Важливо враховувати потенціал пацієнта, його можливості, а також те, що надалі ерготерапевт з пацієнтом розвиватимуть в терапевтичному процесі.

Діагноз пацієнта є важливим чинником, зокрема з точки зору прогнозу та з урахуванням функціонального стану пацієнта. Якщо пацієнт перебуває на стадії, коли неможливо очікувати серйозних змін функціонального стану, то терапевт обирає допоміжний засіб із врахуванням довготермінової перспективи. Якщо пацієнт перебуває у стані, коли можна очікувати швидкого поліпшення функціонального стану, то дозавданням буде допоміжний засіб тільки позичати. У випадку, коли можна очікувати погіршення стану пацієнта, то з позиції терапевта краще вибрати допоміжний засіб ще на стадії, коли конкретні можливості пацієнта все ще зберігаються, тоді навчання пацієнта роботи з допоміжним засобом буде більш ефективним.

Ерготерапевт має взяти до уваги чи пошкодження є вродженим або набутих, наприклад, у пацієнтів / клієнтів зі зниженням зору. Люди, незрячі від народження, навчаються працювати з тактильними пристроями легше, ніж ті, хто втратив зір протягом життя. Однак ті, хто втратив зір протягом життя, легше навчаться керувати голосовим управлінням.

До інших чинників, які варто враховувати ерготерапевту, належить те, чи допоміжний засіб тільки доповнює чи повністю компенсує часткову або повну втрату спроможності пацієнта. І, навпаки, вік не має впливати на вибір допоміжного засобу чи створювати обмеження. Не слід припускати, що кожна молода людина захоче працювати з комп'ютером і навпаки, що людина похилого віку не зацікавиться роботою з комп'ютером (ПК). Існує велика кількість людей літнього віку, які спілкуються зі своїми онуками по всьому світу через ПК. Не менш важливим чинником є фінансові можливості пацієнта / клієнта: чи має пацієнт / клієнт можливість інвестувати в дорожчі технічні засоби.

КРИТЕРІЙ ВИБОРУ З ОГЛЯДУ НА ОСОБЛИВОСТІ ДОПОМІЖНОГО ЗАСОБУ

На першому місці має бути функціональність допоміжного засобу. Терапевт має оцінити, чи обраний допоміжний засіб справді має бажану функцію. Якщо технічний допоміжний засіб виконує потрібну функцію частково, то існує ризик того, що пацієнт таким засобом не користуватиметься. Ще одним критерієм є варіативність допоміжного засобу:

- чи цей допоміжний засіб є однозавданнявим, що може бути простішим в обслуговуванні;
- чи він є багатозавданнявим і пропонує комбінацію кількох функцій одночасно, завдяки чому ціна може бути нижчою, ніж у кількох однозавданнявих допоміжних засобів. Такий засіб пропонує користувачу більше можливостей.

Також терапевт має врахувати, чи допоміжний засіб виробляється серійно, або ж є індивідуально розробленим. Різниця між допоміжними засобами, що виробляються індивідуально та серійно, перш за все полягає в ціні, а також у можливості пристосувати засіб до потреб конкретного пацієнта. Допоміжні засоби з індивідуального виробництва підходять для конкретного клієнта, але їх ціна є вищою. Допоміжні засоби, що виробляються серійно, дешевші, але можуть не підійти пацієнту. Ще однією можливістю є допоміжні засоби з серійного виробництва, що мають функцію різного налаштування (складання з різних частин).

У такому разі ціна може бути нижчою, а пристосування для індивідуального пацієнта / клієнта буде достатнім.

Не менш важливим критерієм є ціна, тобто той факт, що допоміжний засіб може бути оплачений компанією медичного страхування (наприклад, окуляри, спеціальне збільшувальне скло, слухові апарати), чи можна отримати допомогу від Центру зайнятості, чи допоміжний засіб оплачує пацієнт самостійно.

Суттєвим критерієм є також вигляд допоміжного засобу. Тобто візуальна форма, яка впливає на готовність пацієнта користуватися допоміжним засобом у суспільстві. Важливу роль віді-

грає також легкість догляду, простота використання, заряджання, заміни батарейок, заміна частин, можливість миття.

КРИТЕРІЇ ВИБОРУ З ОГЛЯДУ НА ОСОБЛИВОСТІ ВИРОБНИКА

Критерії вибору з огляду на виробника: на сьогодні можна через Інтернет замовити й придбати будь-який технічний допоміжний засіб з усього світу. Однак це не гарантує, що той чи інший засіб пацієнтові / клієнтові підійде. Потрібно обирати фірму залежно від того, чи вона надає можливість цей допоміжний засіб випробувати. Ще одним критерієм вибору відповідної фірми є її доступність, чи має вона фактичний магазин, можливості отримання допоміжного засобу, його ціна та швидкість доставки. Важливо також, чи фірма пропонує сервіс, якщо допоміжний засіб перестане працювати та чи здатна забезпечити поставку запасних частин. Також важливо попередньо з'ясувати, чи фірма пропонує аксесуари до допоміжного засобу, а також можливість індивідуального коригування. У допоміжних засобах, що виробляються серійно, це може суттєво знизити ціну.

КЛАСИФІКАЦІЯ ДОПОМІЖНИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ КОМУНІКАЦІЇ СИТУАЦІЯ НА ЧЕСЬКОМУ РИНКУ

Допоміжні засоби для комунікації можна класифікувати кількома способами.

У залежності від того, чи засіб є технічним або нетехнічним:

- **НЕТЕХНІЧНІ ДОПОМІЖНІ ЗАСОБИ** (наприклад, паперова таблиця для спілкування).
- **ТЕХНІЧНІ ЗАСОБИ** (наприклад, спеціальна комп'ютерна програма).

Ще одним варіантом є класифікація за типом пошкодження комунікативних здатностей:

ЗНИЖЕННЯ ЗОРУ

для осіб із таким пошкодженням існує цілий спектр допоміжних засобів, які розділяють на допоміжні засоби для осіб, які втратили зір повністю, і для осіб, у яких зір частково зберігається.

Модифікації для незрячих мають два основні способи використання:

- голосовий вихід, допоміжні засоби, озвучені голосом або звуком, передають інформацію (наприклад, час, температура, кипляча вода);
- тактильний вихід, допоміжні засоби мають тактильний вихід за принципом шрифту Брайля або ж випуклі позначення (наприклад, тактильний годинник, рядок шрифту Брайля у ПК).

Модифікації для людей з вадами зору працюють за принципом збільшувальних програм (наприклад, для роботи на комп'ютері, дозволяють збільшувати шрифт, зображення, змінювати контрастність кольорів), ще однією можливістю є використання у комбінації з модифікацією для незрячих (наприклад, голосовий і тактильний вихід).

Сфери, які можуть бути компенсовані допоміжними засобами:

- сфера задоволення основних життєвих потреб: самообслуговування, приготування страв, вибір одягу та ін. (кухонні ваги або глюкометр із голосовим виходом, визначник кольорів colortest із голосовим виходом для розпізнавання кольорів одягу);
- сфера орієнтування в просторі та здатність пересування в просторі (наприклад, біла паличка, сигналізатор, GPS тощо);
- сфера отримання й обробки інформації (наприклад, друкарська машинка зі шрифтом Брайля, диктофон, щоденник з голосовим або тактильним виходом, озвучений телефон, рядок шрифту Брайля до ПК).

Фірми, що пропонують спеціальні допоміжні засоби для незрячих і людей з вадами зору

У Чеській Республіці існує загальнонаціональна мережа Тифлосервісів, Тифлоцентрів і Тифломагазинів (www.tyfloservis.cz). Спеціальні допоміжні засоби пропонує, наприклад, фірма «Galop» (www.galop.cz), а інформацію про вади зору можна знайти за адресою: is.brailnet.cz.

ПОРУШЕННЯ СЛУХУ

для осіб із таким пошкодженням існують технічні допоміжні засоби, які класифікують за методом сигналізації на допоміжні засоби:

- вібраційні (засіб подає вібрації, наприклад, будильник);
- допоміжні засоби світлові (випромінюють світлові спалахи, таким способом можна обладнати все житло – сигналізація дверного дзвінка, телефона, крику дітей тощо);
- допоміжні засоби з сильним звуковим сигналом (придатні для людей із залишками слуху).

У залежності від мети використання допоміжні засоби можуть поділятися на засоби для:

- слухання – слухові апарати (різні типи);
- телефонних дзвінків (індуктивні петлі);
- факсимільного зв'язку;
- прослуховування телебачення (індуктивні петлі);
- навчання і лекцій;
- аварійних дзвінків.

Фірми, що пропонують спеціальні допоміжні засоби для глухих і людей зі слабким слухом:

Спеціальні допоміжні засоби для людей з вадами слуху пропонують, наприклад, фірми «Audionika» (www.audionika.cz) і «Kompone» (www.kompone.cz).

ПОРУШЕННЯ ПРОЦЕСУ МОВЛЕННЯ

для осіб із такими вадами існують допоміжні засоби, які можна розділити на:

- портативні (наприклад, комунікатори, телефони);
- комп'ютери (наприклад, ноутбуки та стаціонарні ПК — спеціальне обладнання та програмне забезпечення);
- тренувальні програми (наприклад, логопедичні програми для домашнього навчання).

Засоби поділяються також в залежності від того, чи повністю компенсують мовлення, чи тільки доповнюють його.

Фірми, які пропонують допоміжні засоби для людей з обмеженими можливостями мовлення:

Громадське об'єднання «Альтернативна і допоміжна комунікація» розробляє для клієнтів індивідуальні комунікаційні таблиці, а також пропонує спеціальне обладнання та програмне забезпечення. На сайті www.itaac.com розміщено пропозиції щодо оренди таких допоміжних засобів. Фірма «Petit» (www.petit-os.cz) пропонує спеціальні допоміжні засоби та програми, переважно для дітей (наприклад, програму «Ведмедик читає»). Тренувальна комп'ютерна програма «Mentio» (www.mentio.cz) підходить для логопедичних, ерготерапевтичних кабінетів (наприклад, частина про покупки), або й для домашнього тренування клієнтів.

ТЕХНІЧНІ ДОПОМІЖНІ ЗАСОБИ ДЛЯ ЛЮДЕЙ З ФІЗИЧНИМИ ВАДАМИ

Це допоміжні засоби, які компенсують людині втрату або пошкодження моторної та сенсорної функції. Такими засобами можуть бути різні пристосування для доступу до комп'ютера, комунікатора й інших технічних засобів.

До спеціальних елементів управління ПК належать, наприклад, спеціальні миші (наприклад, трекбол, бігтрек), збільшена / зменшена клавіатура, сенсорний монітор, управління ПК за допомогою паличок для рота або голови, різні типи вимикачів (натискні, сенсорні, букальні, м'язові, що реагують на моргання, рух очей), управління ПК за допомогою камерних систем. Іншою можливістю є комп'ютерні програми, включені безпосередньо у базове оснащення ПК.

У ПК їх можна налаштувати через позицію «Полегшений доступ» (наприклад, налаштування швидкості миші та клавіатури, контрасту кольорів, функції одним пальцем). Деякими конкретними програмами можна комп'ютер обладнати додатково (наприклад, озвучення ПК, хрест на екрані). Одним із варіантів є оснащення ПК пристосуванням для позиціонування, яке дозволяє відрегулювати нахил клавіатури, підлокітниками під передпліччя тощо.

Дуже важливу роль грає ергономіка роботи на ПК, коли необхідно забезпечити якісне сидіння та налаштування всіх допоміжних засобів і робочого простору.

ОТРИМАННЯ ДОПОМІЖНИХ ЗАСОБІВ

Найшвидшою можливістю отримання технічного допоміжного засобу є вільний продаж (спеціалізовані магазини або навіть звичайний ринок, де можна придбати, наприклад, спеціальні миші та клавіатури). На жаль, у такому випадку неможливо отримати компенсацію за кошти, витрачені на придбаний таким способом допоміжний засіб, і пацієнт / клієнт змушений повністю оплачувати засіб самостійно. Ще однією можливістю є «домашнє виробництво», коли в межах ерготерапії можна, наприклад, виготовити вимикач або адаптувати управління одним із звичайних допоміжних засобів (наприклад, збільшення шрифту на клавіатурі). За допомогою страхової компанії медичного страхування пацієнт може на підставі ваучера на терапевтичний або ортопедичний допоміжний засіб отримати, наприклад, слуховий апарат, окуляри або спеціальні збільшувальні скла, білі палички. Раніше можна було отримати одноразову допомогу від муніципалітету за місцем проживання (Указ 182/91 З. з.), однак починаючи з 1.1.2012 таку допомогу надає Центр зайнятості.

Якщо кошти на допоміжні засоби не вдається отримати вищезгаданими способами, то можна звернутися до благодійних фондів. Окремі благодійні фонди мають на своїх веб-сайтах інформацію про те, які допоміжні засоби вони допомагають придбати, і як подати заявку на допомогу. Заявки для осіб із вадами зору можна подавати до Фонду Хартії 77; для осіб із вадами слуху — до Фонду Хартії 77 та Комітеті доброї волі — Фонду Ольги Гавлової; для осіб із порушенням функції мовлення — до Фонду доброї волі — Фонду Ольги Гавлової і Конто Бар'єри.

СФЕРИ ВИКОРИСТАННЯ ПК У ТЕРАПІЇ

ПК може бути використаний як терапевтичний інструмент (діагностика та тренування пізнавальних і рухових функцій, для освоєння нових навичок — пізнавальних, психосоціальних і фізичних). Він надає терапевту та пацієнту можливість отримувати нову інформацію (наприклад, інформацію про діагноз, літературу, статті, Інтернет). Під час терапії пацієнт може вчитися як і де відшукувати інформацію.

ПК можна використовувати для ведення документації й адміністративної роботи. Як правило, уся міждисциплінарна команда має спільну електронну документацію. ПК використовується для проведення обстежень, для запису й оцінювання даних. Не в останню чергу ПК підходить для спілкування терапевта та пацієнта (електронна пошта й інші програми).

ПЕРЕВАГИ ВИКОРИСТАННЯ ПК У ТЕРАПІЇ

- Комплексність — дозволяє керувати завданнями, які було б неможливо виконувати без комп'ютера. Наприклад, вимірювати час реакції пацієнта, контролювати складні математичні завдання й одночасно стежити за самим пацієнтом (наприклад, стереотип сидіння, мотивація, залучення уражених кінцівок у виконанні завдання тощо).
- Зворотний зв'язок, надання пацієнтові якісного та точного зворотного зв'язку є надзвичайно важливим (наприклад, графічне зображення часу реакції, відображення результатів у відсотках, для дітей — доповнення малюнками). Завдяки цьому покращується і здатність мотивації, ПК пропонує можливість тренуватися, наприклад, виконуючи завдання, що мають характер гри, може надати цікаву інформацію. Дозавданняним є й суттєве збільшення складності, пацієнт, який вже долає певний рівень складності, може перейти на вищий рівень.
- На початку терапії легше знаходять відповідний рівень. ПК пропонує можливість полегшити роботу терапевта, наприклад, тим, що ПК здатний точно обробляти дані. Так можна вилучити помилки терапевта, як-от натискання секундоміра, неточний підрахунок, переривання неочікуваною подією. Окрім того, це ще й здатність зберігати дані з можливістю надалі з ними швидко та чітко працювати.

НЕДОЛІКИ ВИКОРИСТАННЯ ПК У ТЕРАПІЇ

- Деяким клієнтам важко працювати з ПК, причиною чого може бути, наприклад, мінімальний досвід роботи з ПК, страх працювати на ПК, відсутність довіри до змістовності роботи на ПК.
- Деякі існуючі програми не підходять для терапії, або не були для цього розроблені, мова йде про так звані помилково підібрані програми.
- Невідповідне використання програм, наприклад, неправильне тлумачення результатів клієнтові, непристосованість до рівня клієнта.
- Великим недоліком може стати нездатність генералізації.

Необхідно усвідомити, що використання ПК в терапії має багато переваг, але є також недоліки:

Генералізація:

Принципово важливе значення має узагальнення навичок, отриманих під час роботи на ПК, у повсякденному житті пацієнта. Покращення на ПК є результатом практики, а не покращенням функції. Мета терапії полягає не в тому, щоб пацієнт навчився краще працювати з ПК, а в покращенні функції в реальному житті. Для того, щоб пацієнт був здатний переносити засвоєні навички, потрібно, щоб терапевт знав рівні генералізації:

ПЕРШИЙ РІВЕНЬ:

пацієнт здатний перенести набуті навички на завдання подібного типу.

ДРУГИЙ РІВЕНЬ:

пацієнт здатний перенести набуті навички на завдання іншого типу.

ТРЕТІЙ РІВЕНЬ:

пацієнт здатний переносити досвід з тренувального середовища у повсякденне життя.

10. ЕРГОТЕРАПІЯ У ГРОМАДІ

У Чеській Республіці надання ерготерапії на груповому рівні не дуже поширене. Цей факт тісно пов'язаний з тим, що ерготерапія є медичною професією, а у Чеській Республіці медична та соціальна сфери відокремлені. На практиці ерготерапевти працюють як у сфері соціальних послуг, так і у сфері медичних послуг. Однак згідно із законодавством, ерготерапевти можуть працювати тільки у сфері охорони здоров'я. У соціальних службах ерготерапевти часто працюють на інакше названих посадах. Тому на практиці ситуація, коли ерготерапевт надає послуги у домашніх умовах пацієнта, трапляється не дуже часто. А, наприклад, у Швеції це, навпаки, нормально. Тут ерготерапевти не тільки здійснюють оцінювання домашнього середовища пацієнта з точки зору відсутності бар'єрів, але й стандартно проводять терапію вдома.

У чеських умовах найчастіше проводиться оцінювання домашнього середовища, коли ерготерапевти здійснюють візити додому до пацієнтів і надають останнім консультації щодо середовища, щоб пацієнти мали можливість якомога швидше стати самостійними, без необхідності сторонньої допомоги. Або ж щоб вони могли якомога швидше повернутися додому з лікарні. Ці втручання в домашньому середовищі в основному забезпечуються ресурсами соціальних послуг, менше — з ресурсів медичних послуг.

Ще однією сферою, що належить до ерготерапії на груповому рівні, можна вважати професійну діагностику та трудову реабілітацію.

10.1. ОЦІНЮВАННЯ ПОМЕШКАННЯ

Виконання оцінювання житла й домашнього середовища пацієнта з подальшим консультуванням ерготерапевта є необхідним для забезпечення якості життя пацієнтів. Ерготерапет виконує її у формі домашніх візитів тоді, коли:

- потрібно з'ясувати спосіб виконання дій повсякденного життя в природному середовищі пацієнта;
- потрібно запропонувати та допомогти членам сім'ї підготувати приміщення без бар'єрів для забезпечення можливості повернення пацієнта у домашнє середовище з лікарні з достатнім випередженням.

Однією з основних ролей ерготерапевта є встановлення функціонального стану пацієнта та надання йому відповідних рекомендацій щодо поліпшення його функціонального стану. Іноді це рекомендації, що стосуються вибору відповідного компенсаторного допоміжного засобу, опанування способу його застосування, іноді — щодо розміщення меблів або навіть перепланування житла. Ідеальною є ситуація, коли домашній візит здійснюють в тандемі ерготерапевт — медико-соціальний працівник — фізичний терапевт. Ерготерапевт разом із соціальним працівником відвідують пацієнта вдома тоді, коли передбачається, що для цього пацієнта варто здійснити перебудову житла, або ж забезпечити його спеціальними компенсаторними допоміжними засобами, які не оплачує компанія медичного страхування, а медико-соціальний працівник під час домашнього візиту може поради, де пацієнт може отримати фінансову допомогу на обладнання житла та його модифікацію. Часто це виплати, із заявою про які пацієнт може звернутися до Центру зайнятості або до різних фондів.

Ерготерапевт разом із фізичним терапевтом відвідують житло пацієнта тоді, коли необхідно об'єктивно визначити можливості та функціональні межі пацієнта щодо пересування по квартирі. Наприклад, для визначення можливості стати на коліна та пересуватися квартирою навколiшки, якщо простір приміщення малий і пацієнт не може використовувати механічне крісло колісне, яким зазвичай користується. Якщо пацієнт мешкає у настільки бар'єрному середовищі, що не може там залишитися, то можна здійснити або перебудову, або обмін квартири на безбар'єрну.

Домашнє середовище слід відвідати також у разі, коли пацієнтові було призначене нове електричне або механічне крісло колісне. Іноді пацієнт може мати в квартирі, наприклад, вузькі

двері, тоді в нього виникають обмеження щодо пересування. Однак цей факт не має перешкоджати призначенню відповідного крісла колісного, адже воно є для пацієнта / клієнта єдиною можливістю пересування. Проте в цьому випадку обов'язково необхідно вирішити проблему бар'єрів у квартирі шляхом перебудови або обміну квартири на іншу, безбар'єрну.

Оцінюючи житло під час домашнього візиту, ерготерапевт має звертати увагу й на місцевість навколо будинку, доступ до будинку, чи там є сходи (їх висота, ширина, глибина, чи наявні поручні, якої висоти тощо) або рівний рельєф, чи є у будинку ліфт і яким є доступ до ліфта, на якому поверсі пацієнт / клієнт мешкає тощо, чи зможе дістатися до квартири самостійно або з допомогою.

У ЛІФТІ ЕРГОТЕРАПЕВТ ОЦІНЮЄ

- доступ до ліфта;
- розміри;
- ширину дверей;
- можливість розвертання крісла всередині ліфта;
- доступ від ліфта до квартири;
- доступність панелей управління.

У будинку терапевт оцінює ширину та простір коридорів, рельєф коридору, доступ до квартири, нерівності рельєфу, доступність вимикачів світла. У квартирі ерготерапевт оцінює ширину дверей, доступність замків на дверях для пацієнта / клієнта.

Всередині квартири ерготерапевт оцінює її розміри, доступність усіх кімнат для пацієнта, чи є у квартирі сходи, а якщо є, то чи пацієнт / клієнт здатний здолати їх самостійно, або з допомогою, чи десь у квартирі через місцезорозташування й обладнання існує підвищений ризик падіння, який можна усунути. Якщо пацієнт нездатний потрапити до важливих для нього приміщень, то необхідно придумати альтернативне рішення, або ж переселити пацієнта / клієнта на інше місце.

В окремих приміщеннях ерготерапевт оцінює ширину дверей, напрям відкривання, доступність ручки дверей, величину простору для руху в кімнатах: розташування меблів, точки хапання з урахуванням ризику падіння, наявність килимів (або їх підклеювання через ризик падіння), доступ до електричних розеток, доступ до вимикачів світла (це важливо, зокрема, для літніх людей, бо рух у темряві підвищує ризик падіння). Окрім наведеного вище, ерготерапевт також оцінює у конкретних приміщеннях:

У ВІТАЛЬНІ

- тип дивана (м'якість — твердість, висоту для вставання, спинку, підлокітники тощо);
- висоту журнального столика, його доступність;
- доступність окремих меблів, полиць тощо.

У СПАЛЬНІ

- тип ліжка, його висоту (через вставання та пересування), якість матраца;
- доступність вимикачів світла з ліжка;
- доступність окремих меблів, їх розташування.

У ВАННІЙ КІМНАТІ

- розмір простору;
- нерівність рельєфу (сходишки у ванну, сходишки до душової kabіни);
- можливість встановлення поручнів з точки зору будівельних можливостей;
- присутність точок хапання — поручнів;
- чи встановлено ванну або душову kabіну;
- доступ до ванни або душу;
- слизькість поверхні підлоги й у ванні / душі (підкладка проти ковзання).

У ТУАЛЕТІ

- розміри приміщення (для деяких пацієнтів краще підходить більш просторий туалет, наприклад, через обертання крісла колісного, для інших — навпаки, менший простір, коли пацієнт має можливість спертися головою об стіну, що знаходиться на відстані 50 см, і так набуває стабільності у положенні стоячи);
- можливість встановлення поручнів з точки зору будівельних можливостей;
- присутність точок хапання — поручнів;
- висоту туалету;
- існування компенсаторних допоміжних засобів (насадка, поручні).

У КУХНІ

- доступність кухні для пацієнта (і потреба такої доступності);
- висоту робочої поверхні (або ж можливість доступу з кріслом колісним до робочої поверхні);
- доступність шафок кухонних меблів і посуду в них;
- доступність електричних розеток;
- доступність крана та його тип (управління: важільний, крани);
- можливість точок хапання для осіб з обмеженою рухливістю у стоячому положенні;
- розміри простору для пересування (крісло колісне, ходунки тощо).

У КАБІНЕТІ

- висоту робочого стола та простір під ним;
- тип крісла, його ергономіку (висоту, ширину сидіння й ін.);
- освітлення та доступність природного світла (розташування по відношенню до вікна);
- розташування ПК;
- розташування принтера із врахуванням одностороннього навантаження й ергономіки;
- доступність необхідних інструментів (папки на полицях тощо).

Усі ці позиції ерготерапевт оцінює із врахуванням індивідуальності пацієнта / клієнта. Для одного з пацієнтів / клієнтів більше підходить вузький простір, для іншого, навпаки, ширший. Усе потрібно розглядати всебічно й у ширшому контексті. Необхідно враховувати спосіб життя пацієнта, режим дня, його звички й інтереси.

Те, про що терапевт не має забувати в жодному разі, це певні соціальні зв'язки, які пацієнт / клієнт має у зв'язку з житлом. Тобто про те, з ким він живе, які має стосунки із сусідами, чи є у квартирі або оточенні людина, яка може надати йому певну допомогу в разі потреби.

Для безпеки пацієнта / клієнта відіграє важливу роль також рівень когнітивних функцій.

Тобто чи його когнітивні функції дозволяють здійснювати безпечну експлуатацію приладів.

Після виконання оцінювання домашнього візиту ерготерапевт складає звіт, у якому зазначає всі важливі факти та вносить цей звіт у документацію, де він буде доступний не тільки лікарям, але й іншим фахівцям міждисциплінарної команди.

10.2. ЕРГОДІАГНОСТИКА (ПОВЕРНЕННЯ ДО ПРАЦІ)

Ергодіагностика або реабілітація для продуктивної діяльності є одним із засобів реабілітації.

Цю інформацію наведено у вступному розділі цих матеріалів. Як часто зазначає пан професор Ян Пфайффер, реабілітація лише одна та на жодні частини не поділяється.

Реабілітація має лише свої засоби:

- медична реабілітація, • педагогічна реабілітація,
- соціальна реабілітація, • трудова реабілітація.

Комплексний ерготерапевтичний процес визначає в пацієнта / клієнта залишковий робочий потенціал і пропонує відповідну стратегію. Йдеться про загальну пропозицію стосовно робочої посади й рекомендації щодо залучення до трудової реабілітації, у межах якої відбувається тренування необхідних здібностей для отримання певної роботи. Ергодіагностика здійснюється у закладах охорони здоров'я з прив'язкою до Центрів зайнятості, які мають у своїй компетенції трудову реабілітацію.

Найчастіше із заявою на проведення ергодіагностики клієнти приходять до Центру зайнятості.

Ергодіагностику проходять найчастіше:

- особи з діагнозами різного типу, із функціональними порушеннями різного рівня;
- особи в активному віці з довготерміновою або постійною інвалідністю;
- особи з пенсією по інвалідності;
- особи, які ще ніколи не працювали;
- особи, що мають значний трудовий анамнез;
- особи, що мешкають вдома або в установі;
- особи, зареєстровані в Центрі зайнятості.

ПРОЦЕДУРА ЕРГОДІАГНОСТИКИ

ЗАЯВА

На початку всього процесу розглядають заяву, що надходить до ергодіагностичного закладу.

Провести ергодіагностичне обстеження зазвичай просить Центр зайнятості, лікар або сам клієнт. Ергодіагностичне обстеження оплачується заявником. Якщо заявником є лікар, то воно оплачується з коштів медичного страхування, оскільки це не класична ергодіагностика в справжньому сенсі цього слова, а обстеження функціонального потенціалу. Якщо заяву подає Центр зайнятості, то він і оплачує обстеження.

В ергодіагностичному закладі заяву обробляє координатор ергодіагностики, зазвичай це медико-соціальний працівник. Координатор домовляється з клієнтом про дату медичного професійно-діагностичного обстеження. Лікар призначає обстеження в інших фахівців:

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

На заключній конференції окремі фахівці міждисциплінарної команди презентують свої рекомендації та висновки. Лікар несе повну відповідальність за ергодіагностичне обстеження, за окремі призначення та заключний звіт. Зроблені висновки мають прозвучати в ергодіагностичному заключному звіті лікаря, який надсилається до відповідного Центру зайнятості (без інформації, що є предметом лікарської таємниці). У заключному звіті має бути наведено позитивні рекомендації, тобто те, що клієнт здатний робити самостійно, чим конкретно може займатися в межах трудового процесу та з призначенням необхідних робочих допоміжних засобів, визначенням тривалості робочого дня, необхідних перерв тощо.

Для адміністративних працівників Центру зайнятості це може бути ключовою відправною точкою для визначення можливостей заявника та його реалізації на ринку праці.

Кінцевий звіт має містити:

- трудовий потенціал клієнта (що може робити клієнт і яким є його поточний функціональний стан з урахуванням можливості працевлаштування);
- розгляд можливостей працевлаштування (пропозиції вакансій);
- позитивну рекомендацію для клієнта (з чим клієнт впорається та що може виконувати);
- лімітації;
- негативні рекомендації для клієнта (з чим клієнт не справляється та що не може робити).

На реабілітаційну конференцію, тобто на засідання міждисциплінарної команди в разі потреби слід запросити консультанта з вибору професії з відповідного Центру зайнятості або ж працівника агентства з працевлаштування осіб з інвалідністю. На цій конференції ще можна озвучити прохання про додання певних видів занять, щоб пацієнт / клієнт мав можливість почати працювати на певній посаді. Наприклад, у великому місті слід тренувати проїзд громадським транспортом на більш віддалене місце роботи.

В ергодіагностичному звіті лікаря має пролунати рішення, яка вакансія є для клієнта прийнятною, чи клієнт може повністю реалізуватися на ринку праці, або ж його слід призначити на подальшу трудову реабілітацію та тренувати певні види заняттєвої активності для того, щоб у майбутньому він міг отримати роботу. Трудова реабілітація забезпечується відповідним Центром зайнятості, який веде облік осіб, зацікавлених в участі у трудовій реабілітації. Для деяких пацієнтів / клієнтів необхідно запропонувати можливість підтримуваної зайнятості або ж захищеного робочого місця.

У межах процесу ергодіагностики своє незамінне місце посідають обстеження в окремих фахівців міждисциплінарної команди.

Роль лікаря була роз'яснена вище, коли лікар несе повну відповідальність за весь процес ергодіагностики та за заключні висновки й рекомендації.

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИЙ ПРАЦІВНИК найчастіше виконує роль координатора ергодіагностики.

ФІЗИЧНИЙ ТЕРАПЕВТ виконує в межах ергодіагностики детальний кінезіологічний аналіз, включно з визначенням амплітуди руху основних суглобів, визначенням сили м'язів тощо. Фізичний терапевт проводить професійно-діагностичне оцінювання та функціональні тести в тісному співробітництві з ерготерапевтом. Він оцінює, чи має клієнт моторні можливості на такому рівні, щоб бути здатним виконувати вибрану роботу. До таких обстежень належить, наприклад, кінезіологічний аналіз, визначення амплітуди руху окремих суглобів, визначення сили тощо.

Завданням **КЛІНІЧНОГО ПСИХОЛОГА** є проведення психодіагностики.

ЕРГОТЕРАПЕВТ має в межах ергодіагностичного процесу ключову позицію. Проводить з клієнтом вступне інтерв'ю (збір анамнезу, зокрема, трудового), в межах якого з'ясовує детальну інформацію про отриману освіту, максимально інформативну (включаючи інформацію про час), про досвід роботи (повна зайнятість, часткова зайнятість, тимчасова зайнятість), збирає соціальний анамнез, орієнтовно визначає рівень пізнавальних функцій. Досліджує здатність виконувати повсякденну заняттєву активність, функціональну моторику верхніх кінцівок.

З'ясовує інтереси та звички клієнта, його щоденний та тижневий режим, обов'язки протягом тижня, навички, уявлення про потенційну роботу (графік роботи, зарплата, доступність, уявлення оточення про майбутню роботу клієнта), а також інші необхідні дані. Потім ерготерапевт використовує різні методи тестування або типові завдання, на підставі яких проводить аналіз результатів і розробляє план реабілітації та проводить його реалізацію (терапія за допомогою типової рухової активності). У визначений час терапевт здійснює перегляд плану реабілітації, надає інструкції та консультації, а наприкінці всього процесу надає заключну оцінку та складає звіт.

ЕРГОТЕРАПЕВТИ ДЛЯ ОЦІНЮВАННЯ ВИКОРИСТОВУЮТЬ:

- анамнез;
- спостереження;
- завданняве спостереження (типова заняттєва активність, JPSA, Ertomis);
- опитувальники (суб'єктивні уявлення про роботу);
- стандартизовані тести (IWS, JAMAR, Purdue Pegboard, VKT).

ПРОЦЕС ЕРГОДІАГНОСТИЧНОГО ОЦІНЮВАННЯ:

- призначення лікаря;
- обстеження у фахівців з міждисциплінарної команди;
- призначення відповідних інструментів для ергодіагностики;
- призначення окремих методів.

ОГЛЯД ОКРЕМИХ МЕТОДІВ ЕРГОДІАГНОСТИЧНОГО ОЦІНЮВАННЯ:

- **Основний**, який належить до обов'язкового обладнання кабінету. Виконання цих конкретних тестів залежить від призначень лікаря. Тести, віднесені до базових методів, вільно доступні для ергодіагностичних центрів або ж вимагають одноразового інвестування.

Також потрібне:

- обстеження в контактного працівника;
- трудовий та соціальний анамнез;
- первинне обстеження лікарем;
- базове обстеження — ерготерапевтом і фізичним терапевтом;
- консиліум;
- складання лікарем Заключного звіту про професійну діагностику;
- Activity Matching Ability System (AMAS) — це опитувальник, який порівнює можливості кандидата з вимогами робочого місця; містить 78 питань, виявляє суб'єктивні почуття пацієнта та прийнятні для нього умови стосовно роботи.

- WHO DAS II — анкета щодо якості життя, містить 6 доменів:
 - Порозуміння та спілкування.
 - Мобільність.
 - Самообслуговування.
 - Стосунки з людьми.
 - Життєва активність (домашнє господарство, робота, школа).
 - Участь (партиципація) у суспільстві.
- Barthel Index — обстеження активності повсякденного життя, яке не покриває когнітивні функції, соціальну взаємодію або ж інструментальну активність повсякденного життя; визначає ступінь допомоги.
- Індекс інструментальної активності повсякденного життя (I ADL) — доповнення до Індексу Бартел, оцінює інструментальну активність повсякденного життя (телефонні дзвінки, транспорт, покупки, приготування страв, домашні обов'язки, роботу на присадибній ділянці, вживання ліків, фінанси тощо).
- Структура дня — з'ясовує режим дня пацієнта протягом повних 24 годин, бере до уваги сфери сну, обов'язків, їжі, гігієни, роботи та відпочинку.
- Опитувальник інтересів — з'ясовує, як часто клієнт виконує певну заняттєву активність, а результатом є сукупність дій, якими клієнт цікавиться.
- Самооцінювання болю (проективне самооцінювання та VAS) — це автопроективний запис болю пацієнта.
- Обстеження чутливості — це опитувальник, який реєструє глибоку та тактильну чутливість; складовою є карта тіла та верхньої кінцівки.
- Крива виконаної роботи за Емілем Крепеліном і Ріхардом Паулі — об'єктивне оцінювання кількості підсумків за відрізок часу; тест займає 30 хвилин.
- Jebsen-Taylor тест — це тест функціональної моторики руки, який оцінює дрібну та велику моторику, імітує певну рухову активність повсякденного життя.
- Purdue Pegboard model 32020 — Перцептивно-моторний тест Пердью — тест дрібної моторики, орієнтований на роботу на заводі та відстежує виконання роботи вручну за певну одиницю часу.
- Динамометрія JAMAR — вимірює силу стиску руки на різних рівнях (має 5 кроків).

- Isernhagen Work System — IWS — Дослідження працездатності пацієнта, забезпечує наявність у пацієнта показань до фізичної роботи (маніпуляція з вантажами); містить 29 підтестів; проводиться протягом двох послідовних днів і займає понад 6 годин; містить тест РАСТ — Опитувальник самооцінювання фізичних можливостей.
 - Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment (LOTCA) — цей тест ідентифікує проблему в сфері когнітивних функцій пацієнта після травми мозку; містить 25 підтестів (тестів, орієнтованих на орієнтацію, зорове сприйняття, просторове сприйняття, мислення тощо)
 - Типова заняттєва активність — найчастіше використовуються такі типові види занять, як дії з відправлення посилки, приготування кави та супу з пакетика, переписування тексту, роботи в саду, роботи у текстильній майстерні.
- **Рекомендовані** методи, що не входять у базове обладнання кабінету, однак їхнє забезпечення є обов'язковим у разі потреби (наприклад, за контрактом). Вони залежать від показань лікаря та йдеться про обстеження в інших фахівців:
 - психодіагностика завданняова;
 - психодіагностика комплексна;
 - ергометрія (або спіроергометрія чи спірометрія);
 - логопедичне обстеження;
 - офтальмологічне обстеження;
 - аудіологічне обстеження;
 - психіатричне обстеження.
 - **Спеціальні**, які є додатковим обладнанням кабінету, можуть допомогти у разі неоднозначності базових і рекомендованих тестів. Спеціальні методи не замінюють базові методи.
 - Поведінковий тест пам'яті Рівермід (RBMT) — досліджує порушення пам'яті в пацієнтів після травми головного мозку, містить 12 підтестів (короткочасна пам'ять, вербальна, зорова, зорово-просторова, акустична тощо).
 - Дотрудове оцінювання за Якобсовою (JPSA) — скринінг трудових навичок, який було розроблено для осіб з когнітивним пошкодженням; включає тести на адміністративну та мануальну заняттєву активність; містить 15 типових ситуацій (вкладання у картотеку, здійснення грошового переказу, столярні роботи тощо).
 - Оцінювання функціональної незалежності (FIM) — оцінювання щоденної заняттєвої активності на шкалі пунктів; визначає рівень допомоги та включає в себе такі пункти: самостій-

ність, контроль над сфінктерами, пересування, локомоція, спілкування, соціальні можливості; у цього тесту ліцензія завжди продовжується на 1 рік (www.udsmr.org).

- Коротка шкала оцінювання психічних функцій (MMSE) — шкала психічного стану, яка є стандартизованою для хворих із синдромом деменції; служить для відстеження змін під час терапії та містить пункти пам'яті, уваги, найменування, розуміння та виконання призначених завдань.
- Орієнтовне нейропсихологічне оцінювання (ONT) — нейропсихологічне обстеження когнітивних функцій пацієнтів після церебрально-судинної кризи, містить 26 підтестів (інформація про хворобу, пам'ять, комунікацію, просторові функції, сприйняття, дії, спостереження, організацію).
- Middlesex Elderly Assessment of Mental State (MEAMS) — виявляє грубе порушення специфічних когнітивних функцій у літніх людей; містить 12 підтестів і 2 паралельні версії.
- Канадське оцінювання виконання заняттєвої активності (COPM) — розмова; вимірює власне виконання заняття пацієнтом, коли необхідна активна участь пацієнта; оцінюється результат у 3-х галузях:
 - самообслуговування;
 - продуктивність;
 - дозвілля.
- Тест поведінкового порушення уваги (BIT) — використовується для визначення одностороннього неглекту в неврологічних пацієнтів.
- Опитувальник здатності подолати проблеми.
- Загальний офісний тест — комплексно оцінює заняттєву активність, яка стосується достатньо широкого спектру робочих місць.
- Інші.

Вищезазначені методи ергодіагностики було визначено в межах проекту Pregnet. В сфері уніфікації ергодіагностики Чеська Республіка ще стоїть на початку свого шляху. Не дивлячись на те, що проект Pregnet є вже другим значущим проектом, на практиці все ще трапляється багато невирішених питань. Постійна проблема полягає в тому, що багато тестів не стандартизовані для чеського населення; їхнє оцінювання не завжди зрозуміле. Із цього випливають розбіжності у виконанні окремих тестів у різних центрах. Оскільки це стандартизовані тести, то спосіб їх виконання має бути однаковим. Але на практиці це часто не так.

11. АКТИВНИЙ ВІДПОЧИНОК

Кожна людина повинна мати у своєму житті відчуття потреби та самореалізації. Без цього відчуття часто виникають фрустрація та невдоволення. Відчуття реалізації можна набувати як після добре виконаної роботи, так і завдяки достатній кількості інтересів. На відміну від обов'язків, інтереси та дозвілля людина завжди має можливість вибрати. Заняттєва активність є природною частиною людського буття. Без достатньої кількості інтересів людині залишаються тільки трудові обов'язки, а отже, відсутня релаксація та розслаблення. Тому багато людей, які не мають достатньо власних інтересів, незадоволені власним життям. Дозвілля тісно пов'язане також з мотивацією пацієнта. Мотивація має велике значення у ерготерапії в цілому й у всьому процесі реабілітації. З будь-якими недоліками можна працювати тільки тоді, коли пацієнт цього хоче сам. Дуже важливо визначити інтереси та вподобання щодо проведення дозвілля у кожного пацієнта, якому призначено ерготерапію. Виявлення власних інтересів пацієнта може бути одним з наріжних каменів, на підставі яких можна запропонувати варіанти ерготерапії та почати вибудовувати довіру в стосунках з пацієнтом. Якщо в пацієнта після хвороби чи травми виникло обмеження, внаслідок якого він не може займатися своїм улюбленим заняттям, то в нього виникає незадоволення і розчарування. Тому ерготерапевт має з'ясувати не тільки теперішнє улюблене заняття пацієнта, але й те, що цікавило його в минулому. Важливо виявити причину, чому пацієнт занедбав заняття, яким раніше займався. Ще одним важливим чинником є необхідність дізнатися, яким заняттям пацієнт хотів би займатися у майбутньому. Забезпечення можливості виконання занять та проведення дозвілля може бути однією з великих сфер реалізації ерготерапевта. Іноді досить пристосувати середовище, щоб пацієнт міг повернутися до своєї заняттєвої активності.

Інформацію про інтереси та дозвілля пацієнта ерготерапевт може з'ясовувати шляхом розмови, стандартизованих опитувальників, або ж спостерігаючи за пацієнтом під час конкретного заняття. Терапевт також може підготувати власні бланки для виявлення заняттєвої активності, які пацієнт заповнить самостійно. На питання зі сфери дозвілля пацієнти часто відповідають одним реченням, тому дозавданням буде, якщо ерготерапевт не задовольниться короткою відповіддю пацієнта, а повернеться до цієї теми в додаткових питаннях. Іноді буває дозавданням навести пацієнтові конкретні приклади занять та запитати, чи вони його цікавлять. Терапевт також може зіткнутися з пацієнтом, який перед травмою або хворобою займався спортом на професійному рівні, однак внаслідок захворювання вже не може займатися спортом на такому рівні. Тут терапевт часто наражається на негативне ставлення пацієнта до виконання цього заняття. В такому разі терапевт не має змушувати пацієнта продовжувати. Однак він може запропонувати різні можливості, наприклад, зустрічі групи пацієнтів з подібними інтересами, а пацієнт самостійно вирішує, чи варто спробувати займатися цим заняттям в адаптованій для нього формі.

Як вже зазначалося вище, обстеження, оцінювання та можливе введення сфери інтересів до ерготерапевтичного втручання є важливою частиною ерготерапії. Інтереси є невід'ємною частиною добре прожитого людського життя.

12. НАУКОВО- ДОКАЗОВА ПРАКТИКА В ЕРГОТЕРАПІЇ

Розроблено на підставі лекції Ольги Новакової та Зузани Родової. Замість повної назви «Evidence Based Practice» часто вживається аббревіатура EBP або EBP.

Пояснення окремих слів (Тейлор, 2007):



Evidence — доказ, достовірність, свідчення, факти, що ведуть до підтвердження чи спростування;



Based — основа, підтримка, причина;



Practice — професійна діяльність у сфері охорони здоров'я.

На підставі цього визначають науково-доказову практику як застосування найкращих сучасних відповідних знань (результатів обстежень) при вирішенні вибору типу послуг для пацієнта / клієнта. На основі клінічного рішення здійснюється вибір і пристосування терапії до індивідуальних потреб клієнта відповідно до обставин та пріоритетів.

Для використання науково-доказової практики під час втручання потрібно почати ставити клінічно значимі питання, шукати відповідну спеціальну літературу, критично оцінювати отриману інформацію з точки зору її вірогідності та значення й застосовувати результати обстежень у клінічній практиці.

ПЕРЕВАГИ ВИКОРИСТАННЯ НАУКОВО-ДОКАЗОВОЇ БАЗИ НА ПРАКТИЦІ

Науково-доказова практика може полегшити вибір способу ведення терапії. Завдяки науково-доказовій практиці можна спиратися на науково-обґрунтовані докази. Це підвищує активність ерготерапевта, наприклад: пошук інформації у професійній літературі, в журналах, в інтернеті — бази даних статей тощо. Науково-доказова практика стимулює ерготерапевта ретельно записувати результати терапії та використовувати стандартизовані тести.

5 питань (Холм, 2005) для перевірки того, чи терапевт працює за науково-доказовою практикою: Терапевт має запитувати:

1. Чи я оцінюю те, що роблю, ставлячи клінічні питання? (Чи запитую сам у себе під час терапії? Чому я використовую певну техніку для певного клієнта?)
2. Чи я знаходжу час шукати найкращий доказ для того, що я роблю? (Чому я вирішив обрати конкретну терапію? Чи шукаю статті, нові техніки, нові підходи?)
3. Я оцінюю доказ критично, або ж сприймаю його як факт? (Інформацію / статті, які знайду, критично оцінюю чи одразу ж застосовую?)
4. Використовую доказ для того, щоб робити «хороші речі добре»? (Чому я шукаю доказ? Чому ним користуюся?)
5. Чи оцінюю вплив науково-доказової практики? (Який вплив на мою практику має знайдений і застосований доказ?)

БАР'ЄРИ, ЩО ПЕРЕШКОДЖАЮТЬ ВПРОВАДЖЕННЮ НАУКОВО-ДОКАЗОВОЇ ПРАКТИКИ

Зрозуміло, що впровадження роботи за науково-доказовою практикою має недоліки і бар'єри. Одним із найбільших бар'єрів є час, необхідний для пошуку та впровадження нового доказу на практиці. Терапевт потребує на пошук статей досить багато часу, що дуже складно забезпечити під час звичайної професійної діяльності. Ще одним бар'єром є фінансові ресурси, адже для пошуку терапевт потребує доступу до баз даних і повних текстів статей, які є часто платними. Бар'єром може бути й відсутній доступ до інтернету та баз даних. До бар'єрів можна віднести й недостатню мотивацію терапевта, якщо його заклад не забезпечує йому стимуляцію та підтримку (час, доступ до баз даних, використання стандартизованих оцінок тощо) при використанні науково-доказової практики. Значним бар'єром можуть бути мовні знання терапевта, оскільки переважна частина спеціальної ерготерапевтичної літератури наявна лише англійською мовою. Не в останню чергу бар'єром може бути недостатня здатність терапевта відшукувати докази.

РОБОТА ЗА НАУКОВО-ДОКАЗОВОЮ ПРАКТИКОЮ

Загальну практику за науково-доказовою практикою можна зобразити як замкнуте коло:

1. клієнт / пацієнт;
2. клінічне питання;
3. пошук;
4. оцінювання якості;
5. клінічне рішення;
6. клієнт / пацієнт.

На початку стоїть конкретний пацієнт / клієнт, проблему якого терапевт вирішує. Другий крок полягає в тому, що терапевт ставить клінічне питання, яке потрібно чітко сформулювати. Третім кроком є пошук доступних джерел інформації. Пошук може бути довгим, а тому добре, якщо терапевт спочатку відповість на питання:

Де шукати?	Що шукати?	Як шукати?
------------	------------	------------

Добре також визначити для себе конкретні ключові слова (що ми хочемо / не хочемо знайти).

Тоді слід обдумати, що терапевт хоче знайти та відповідно до цього обирати конкретне місце пошуку.

Для ерготерапевтів існує велика кількість баз даних і веб-сайтів, де можна шукати докази. Нижче наведено посилання на сайти деяких із них (впорядковані в алфавітному порядку). Більшість сайтів мають також посилання на інші джерела. Потім можна шукати безпосередньо в ерготерапевтичних журналах.

- **COTEC** (Council of Occupational Therapists for the European Countries): це Рада ерготерапевтів країн Європи. Сайт містить інформацію про ситуацію в ерготерапії окремих європейських країн www.cotec-europe.org
- **ECOTROS** (The European Cooperation in Occupational Therapy Research and Occupational Science) — це міжнародна група ерготерапевтів, які займаються дослідженням і наукою про працевлаштування. На сайті можна знайти контактні дані ерготерапевтів, що працюють у сфері досліджень й інформацію про ерготерапевтичні дослідження www.uniklinik-freiburg.de/ecotros/live/index.html
- **ENOTHE** (European Network of Occupational Therapy in Higher Education) — це європейська мережа ерготерапевтів у сфері вищої освіти. Веб-сайт містить інформацію про розвиток освіти в сфері ерготерапії в Європі — www.enothe.eu
- **Evidence Based Occupational Therapy**: тут можна знайти посилання на бази даних, статті про ЕБР, інструменти для критичного оцінювання статей (*англ.* critically appraise tools), статті про впровадження ЕБР на практиці та ін. www.otevidence.info
- **Medvik** — Медична Віртуальна Бібліотека — мережевий обмін джерелами інформації для науки та досліджень у медицині. Через портал Medvik ви можете: знайти відповідні документи, дізнатися, де вони зберігаються, замовити копію, знайти та зберегти бібліографічні записи про інші роботи, отримати онлайн доступ до журналів і баз даних, www.medvik.cz/medvik/index.jsp
- **OT CATS**: інструменти для критичного оцінювання статей та лінків на інші корисні посилання, www.otcats.com
- **OTDirect (On line Occupational Therapy Journals)**: це веб-сайт, де розміщені посилання на окремі ерготерапевтичні журнали, www.otdirect.co.uk/journals.html, посилання на інші бази даних: www.otdirect.co.uk/resmain.html
- **OT seeker**: база даних, що містить коротке узагальнення системних переглядів і рандомізованих контрольних досліджень (RCT), що стосуються ерготерапії. Дослідження були критично оцінені, www.otseeker.com

- **PEDRO (Physiotherapy Evidence Database):** це Фізотерапевтична база даних, що містить коротке узагальнення статей, www.pedro.org.au, посилання на інші бази даних: www.pedro.org.au/english/links
- **WFOT (World Federation of Occupational Therapist):** це Всесвітня федерація ерготерапевтів. Веб-сайт містить інформацію про ситуацію в ерготерапії в окремих країнах світу, www.wfot.org
- **Національна медична бібліотека (NLK)** надає бібліотечні й інформаційні послуги професіоналам і широкій громадськості: послуги із копіювання, пошуку, репрографічні послуги. Якщо пройдено реєстрацію в NLK, то можна отримати доступ до бази даних Medvik через Інтернет. Вона містить й деякі ерготерапевтичні журнали, www.nlk.cz
- **ЧАЕ (Чеська Асоціація Ерготерапевтів):** на сайті можна знайти інформацію про ситуацію з ерготерапією у Чеській Республіці, про організовані навчальні заходи та журнал з ерготерапії. Інформаційний бюлетень ЧАЕ www.ergoterapie.cz

ПЕРЕЛІК ВАЖЛИВИХ ЖУРНАЛІВ З ЕРГОТЕРАПІЇ:

- Australian Occupational Therapy Journal.
- British Journal of Occupational Therapy (BJOT).
- American Journal of Occupational Therapy (AJOT).
- Journal of Occupational Science.
- Occupational Therapy International.
- Canadian Journal of Occupational Therapy (CJOT).

ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНИЙ ЖУРНАЛ ЧЕСЬКОЮ МОВОЮ:

Інформаційний бюлетень ЧАЕ (Informační bulletin ČAE)

Четвертим кроком у роботі за науково-доказовою практикою є оцінювання якості знайдених фактів. Слід критично оцінити, чи знайдені статті / інформація справді якісні. В цьому ерготерапевту допоможуть інструменти для критичного оцінювання статей (*англ.* critically appraise tools). Одним із таких інструментів є, наприклад, CASP — Critical Appraisal Skills Programme. Це інструмент, що містить питання, відповівши на які, ерготерапевт отримає загальне уявлення про якість зібраної інформації. Якщо знайдена інформація подана не у формі дослідницької статті (наприклад, інформація на веб-сайті), то необхідно добре оцінити її якість. Слід задуматися над тим, хто інформацію написав, хто її впорядкував, наскільки вона достовірна (наприклад, Google, Вікіпедія тощо).

П'ятим кроком є клінічне рішення стосовно того, чи знайдений доказ можна перенести на чеське населення? Чи можна втілити на практиці? І чи можна його застосувати до клієнта / пацієнта? Якщо терапевт дійде висновку, що знайдений факт є якісним і його можна застосувати до пацієнта / клієнта, для якого доказ розшукувався, то коло можна замкнути, знову повертаючись до пацієнта / клієнта. Завдяки цим п'яти крокам ерготерапевти мають можливість поступово вдосконалювати свою професійну діяльність.

ПЕРЕЛІК ЗАСТОСОВАНИХ СКОРОЧЕНЬ

A. M. I.

Autobiographical Memory Interview, Інтерв'ю автобіографічної пам'яті

A-ONE

Occupational Therapy — Activity of Daily Living Neurobehavioral Evaluation, Ерготерапевтичне нейроповедінкове оцінювання ADL

ACE

Addenbrooke's Cognitive Examination, Адденбрукська когнітивна шкала

ACIS

Оцінювання комунікаційних та інтерактивних навичок

ADL, pADL, iADL

Activities of Daily Living, активності повсякденного життя, персональна активність повсякденного життя, інструментальна активність повсякденного життя

AMAS

Activity Matching Ability System

AMPS

Assessment of Motor and Process Skills

BI

Barthel index, Індекс Бартел

BIT

Behavioral Inattention Test, Тест поведінкових порушень уваги CMP — церебрально-судинна криза, інсульт

CMT

Contextual Memory Test, Контекстуальний тест пам'яті

COPM

Canadian Occupational Performance Measure, Канадське оцінювання виконання заняттєвої активності

COTE

Comprehensive Occupational Therapy Evaluation

COTEC

Council of Occupational Therapists for the European Countries

COTNAB

Chesington Occupational Therapy Neurological Assessment Battery, Чесінгтонська батарея для неврологічного обстеження в ерготерапії

EBM

Evidence based medicine, Науково-доказова медицина

EBP

Evidence based practice, Науково-доказова практика

ECOTROS

The European Cooperation in Occupational Therapy Research and Occupational Science

ENOTHE

European Network of Occupational Therapy in Higher Education EU

EBIQ—S, EBIQ—R

опитувальник European Brain Injury Questionnaire

MHADIE

проект Measurement Health and Disability in Europe, Supporting Policy Development

FIM

Functional Independence Measures, Оцінювання функціональної незалежності

ICF

International Classification of Functioning, Disability and Health, Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я

IP

суглоби міжфалангові

IWS

Isernhagen Work System

JPSA

дотрудове оцінювання за Якобсовою

KELS

Kohlman Evaluation of Living Skills

LOTCA

Lowenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment

MEDVIK

Медична Віртуальна Бібліотека

MEAMS

Middlesex Elderly Assessment of Mental State

MMSE

Mini Mental State Examination, Коротка шкала оцінювання психічних функцій

MoCA

Montreal Cognitive Assessment, Монреальська шкала оцінювання когнітивних функцій

MOHO

Model of Human Occupation, Модель Заняттєвої Активності Людини

MOHOST

Model of Human Occupation Screening Tool

МП

суглоби метакарпофалангові

NLK

Національна медична бібліотека

OCAIRS

Occupational Case Analysis Interview and Rating Scale

ONT

Орієнтовне нейропсихологічне оцінювання

OPHI

Occupational Performance History Interview

OTDirect

On line Occupational Therapy Journals PEDRO — Physiotherapy Evidence Database

RBMT

Rivermead Behavioral Memory test, Поведінковий тест пам'яті Рівермід RCT — рандомізовані контрольовані дослідження

RPAB

Rivermead Perceptual Assessment Battery,
Перцептивна тестова батарея Рівермід

SF-36

Short form measure of generic health status

TEA

Test of Everyday Attention, Тест щоденної
уваги ТТВ — Train the Brain

ÚZIS

Інститут медичної інформації

VZP

Загальна медична страхова компанія

WFOT

World Federation of Occupational Therapist

WHO

World Health Organization

WHODAS II

WHO Disability Assessment Scale

1-й МФ КУ та ЗФЛ

1-й медичний факультет Карлового
Університету та Загальна факультетська
лікарня

ВКК

верхні кінцівки

ВК, ПВК, ЛВК

верхня кінцівка, права верхня кінцівка, ліва
верхня кінцівка

НК, ПНК, ЛНК

нижня кінцівка, права нижня кінцівка, ліва
нижня кінцівка

ООН

Організація Об'єднаних Націй

ПК

персональний комп'ютер

РА

ревматоїдний артрит

ЧАЕ

Чеська Асоціація Ерготерапевтів

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

Abledata. *Rolyan 9-Hole Peg Test (Model A851-5)* [online]. ©2013 [cit. 2013-10-12].

BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví – 6., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada, 2005. ISBN 978-80-2471-197-3.

BEER, M.D., PEREIRA, S.M., PATON, C. *Intenzivní péče v psychiatrii*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0363-7.

Benefit snow shop. *Purdue Pegboard Dexterity Test* [online]. ©2013 [cit. 2013-10-12]. Dostupné z: <<http://www.benefitsnowshop.co.uk/shop/detail.asp?item=2354>>.

CARR, J., Shepherd, R. *Stroke rehabilitation, guidelines for exercise and training to optimize motor skill*. Elsevier: Nederland, 2003. ISBN 0-750-64712-4.

CARRARO, L. *Obnova pohybu po cévní mozkové příhodě*. Rehalb o.p.s.: Praha, 2002.

Číselník VZP – ZP Metodika. *Všeobecná zdravotní pojišťovna* [online]. ©2012 [cit. 2012-11-5]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/uploads/document/ciselnik-860-/metodika860.pdf>.

Community based rehabilitation and health care referral services: *A guide for programme managers*. Rehabilitation. World Health Organization, 1994.

CREEK, J. *Occupational Therapy and Mental Health: Principals, Skills and Practice*. New York: Churchill Livingstone, 1997. ISBN 0-443-05202-6.

DAVIES, P. *Starting again: Early Rehabilitation After Traumatic Brain Injury Or Other Severe Brain Lesion*. Springer-Verlag: New York, 1991. ISBN 0-387-55934-5.

DAVIES, P. *Steps to follow: The Comprehensive Treatment of Patient with Hemiplegia*. Springer-Verlag: New York, 1990. ISBN: 0-387-13436-0.

Desatero komunikace s pacienty se zdravotním postižením. *Národní rada zdravotně postižených ČR* [online]. NRZP ČR, © 2013 [cit. 01-15-2013]. Dostupné z: <<http://www.rezidencnipece.cz/archiv/priloha/priloha0602.pdf>>.

Die Internationale Klassifikation der Funktionfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). *Deutsche Rentenversicherung Bund* [online]. ©2007 [cit. 2007-05-30]. Dostupné také na: <<http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/>>.

Discussion forum. *KAWA model* [online]. ©2012 [cit. 2012-05-01]. Dostupné z: <http://kawamodel.phpbbnow.com/>.

DRAPELA, V.J. *Přehled teorií osobnosti*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-766-3.

ELDAR R., KULLMAN L., MARINCEK C., et al. Rehabilitation Medicine in Countries of Central/ Eastern Europe. *Disability and Rehabilitation*. 2008, roč. 30, č. 2, s. 134–141.

FEREJENČÍK, J. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-367-6.

FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1314-4.

HAGEDORN, R. *Foundation for practice in Occupational Therapy*. New York: Churchill Livingstone, 1997. ISBN 0-443-05292-1.

Handsurgery. *Funkční ergoterapeutické vyšetření ruky* [on-line]. © 2005 cit. [2005-11-04]. Dostupné z: <http://www.handsurgery.cz/pdf/Abstraktasjezdharachov.pdf>.

Health 21 – health for all in the 21st century, 1999. *Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe*, Přeložili doc. MUDr. Olga Švestková, Ph. D. a prof. MUDr. Jan Pfeiffer, DrSc. Praha: MZ ČR, 2001.

HEJHAL, P. *Vozíčkář*. 2006, roč. 5.

Home. *KAWA model* [online]. ©2012 [cit. 2012-05-01]. Dostupné z: <http://www.kawamodel.com/>.

International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Ženeva: WHO, 2001

Jamar Hand Dynamometer. *Wisdomking* [online]. ©2012 [cit. 2013-10-12]. Dostupno z: <<http://www.wisdomking.com/product/jamar-hand-dynamometer>>.

JANDA V. *Funkční svalový test*. Praha: Grada, 1996. ISBN 80-7169-208-5.

JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., ŠAJTAROVÁ, L. *Ergoterapie*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-583-7.

KALINA, K. *Jak žít s psychózou*. Praha: Portál, 2001. ISBN 978-80-7178-563-6.

KALVACH Z., ZADÁK Z., JIRÁK R., a kol. *Geriatric gerontology*. Praha: Grada, 2004. ISBN 978-80-2470-548-4.

KERLINGER, F. N. *Základy výzkumu chování*. Praha: Academia, 1972.

KIELHOFNER, G. *A Model of Human Occupation: Therapy and Application*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1995. ISBN 978-0-7817-6996-9.

KLUSOŇOVÁ, E. *Ergoterapie v praxi*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011. ISBN 978-80-7013-535-8.

Kognitivně vývojové pojetí osobnosti. *Postřeh.com* [online]. ©2011 [cit. 2011-06-05]. Dostupno z: <http://postreh.com/phprs/view.php?cislocclanku=2006012201>.

KOLEMBUSOVÁ, O. Materiály KRL – MOHO. Prezentace k předmětu Teorie ergoterapie.

Komunitní péče. *Psychiatrická společnost ČLS JEP A Česká psychiatrická společnost* [online]. © 2013 [cit. 01-14-2013] Dostupno z: <http://www.psychiatrie.cz/index.php/?option=com_content&view=article&id=200:komunitni-pee&catid=64&Itemid=13>.

KRIVOŠÍKOVÁ, M. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2699-1.

KRIVOŠÍKOVÁ, M. *Soubor přednášek pro e-learning pro předmět Ergoterapie a kognitivní rehabilitace*. Praha: Klinika Rehabilitačního lékařství, 2012.

KRIVOŠÍKOVÁ, M. *Soubor přednášek pro e-learning pro předmět Ergoterapie a neurovývojové přístupy*. Praha: Klinika Rehabilitačního lékařství, 2012.

KULIŠŤÁK, P. *Neuropsychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 978-80-7178-554-5.

KVASNIČKOVÁ, S. *Využití metody Affolter v ergoterapii*. Praha: 2011. Bakalářská práce. 1. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze, Klinika rehabilitačního lékařství.

Lafayette evaluation. *Purdue Pegboard Test* [online]. ©2013 [cit. 2013-10-12]. Dostupno z: <http://www.lafayetteevaluation.com/product_detail.asp?ItemID=159>.

LAW, M., *Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání*. Praha: Česká asociace ergoterapeutů, 2008. ISBN 978-80-25427-44-6.

LEONARDI, M., PISSONI, C., RAGGI, A., et al. *Measuring Health and Disability in Europe: Supporting policy development – MHADIE*. Milano: Istituto neurologico C. Besta, 2005.

LIPPERT – GRÜNEROVÁ, M. *Neurorehabilitace*. Praha: Galén, 2005. ISBN 978-80-7262-317-4.

MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1151-6.

MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003. ISBN 978-80-8642-919-9.

Metodika. *Všeobecná zdravotní pojišťovna* [online]. VZP, ©2012 [cit. 2012-8-20]. Dostupno z: <http://www.vzp.cz/uploads/document/ciselnik-860-metodika-860.pdf>

MOSEY, A. C. *Occupational Therapy: Configuration of Profession*. New York: Raven, 1981. ISBN 0-89004-655-7.

NOVÁKOVÁ, O., *Soubor přednášek pro e-learning pro předmět Ergoterapie a biomechanické přístupy*. Praha: Klinika Rehabilitačního lékařství. 2012

NYDAHL, P. *Wachkoma : Betreuung, Pflege und Förderung eines Menschen im Wachkoma*. München: Urban&Fischer, 2007. ISBN 978-3-437-27081-9.

PESCHKE, V., Strathoff, S. *Affolter model – materiály ke kurzu vedeného na Klinice rehabilitačního lékařství 1. LF UK v Praze*. Praha: 2007.

PFEIFFER J., ŠVESTKOVÁ O. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF. Překlad z originálu International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF, World Health Organization 2001, nakladatelství Grada Publishing, 2008.

PFEIFFER, J. *Ergoterapie II*. Brno: IDV SZP, 1998. ISBN: 80-7013-020-2.

PIDRMAN, V., MASOPUST, J. Psychoedukační program Prelapse. *Psychologie pro praxi* [online]. 13. 1. 2013 [cit. 01-13-2013]. ISSN 1803-8670. Dostupno z: < http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=2123 >.

Poradím si sám. *Asistence*. [online]. ©2012 [cit. 2012-10-8]. Dostupno z: http://www.asistence.org/dokumenty/poradim_si_sam.pdf?/PHPSESSID=5feae1bcdadc6c80b/27f3864524a79d5.

PRAŠKO, J. Stigmatizace u psychoenních poruch. *Psychiatrie*. 2001, roč. 5, č. 1, s. 32–37. ISSN: 1211-7579.

PRAŠKO, J., BAREŠ, M., HORÁČEK, J. a kol. *Léčíme se s psychózou*. Praha: Nakladatelství Medical Tribune, 2005. ISBN 80-239-5482-2.

PREISS, M. *Klinická neuropsychologie*. Praha: Grada, 1998. ISBN 978-80-7169-443-4.

PROCHASKA, J. O., NORSCORSS, J.C. *Psychoterapeutické systémy – průřez teoriemi*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-766-4.

Psychiatrická péče 2011. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. ÚZIS ČR, © 2013 [cit. 01-14-2013]. Dostupno z: <<http://www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece-2011>>.

Sbírka zákonů. *Epravo.cz* [online]. ©2012 [cit. 2012-11-5]. Dostupno z: http://www.epravo.cz/_dataPublic/sbirky/2012/sb0122-2012.pdf.

Slovníček pojmů. *Česká unie pro podporované zaměstnávání* [online]. ©2012 [Cit. 01-13-2013]. Dostupno z: <<http://www.unie-pz.cz/>>.

Sociální služby. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. MPSV, ©2012 [Cit. 01-13-2013]. Dostupno z: <<http://www.mpsv.cz/cs/9>>.

SPMP ČR. *Jak jednat s lidmi s potížemi v komunikaci*. Informační brožura. Praha: Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v ČR, o. s., 2011.

STUCKI G., CIEZA A., EWERT T., et al. Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in clinical practice. *Disability and Rehabilitation*. 2002, roč. , č. 5, s. 281–2.

STYX P. *O psychiatrii: Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-828-7.

ŠVESTKOVÁ O., ANGEROVÁ Y., PFEIFFER J. Hodnocení zdraví, disability v Evropě. *Eurorehab*. 2006, roč. 16, č. 3 – 4, s. 117–120.

ŠVESTKOVÁ O., ANGEROVÁ Y., BRTNICKÁ P. Practical using of ICF of patients after TBI. In: *Sborník z IX. kongresu European Federation for Research in Rehabilitation 2007*. Bologna, Italy, 2007, s. 95–99.

ŠVESTKOVÁ, O. Conceptual Basis of a Legal Framework for Rehabilitation in the Czech Republic – a Proposal. *Disability and Rehabilitation*. 2002, roč. 24, č. 15, s. 798–801.

ŠVESTKOVÁ, O., PFEIFFER, J., ANGEROVÁ, Y. a kol. Praktické použití Mezinárodní Klasifikace Funkčních schopností, Disability a Zdraví – MKF. *Eurorehab*. 2006, č. 1–2, s. 31–36.

SVOBODA, M. *Metody psychologické diagnostiky dospělých*. Praha: CAPA, 1992. ISBN 80-7064-036-5.

Theoretical Assumptions and Clinical Practice, Education Committee. *International Bobath Instructors Training Association* [online]. IBITA, ©2012 [cit. 2012-06-10]. Доступно з: www.ibita.org

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese. Variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál, 2002. ISBN 978-80-7178-678-0.

VCWS 9 Whole Body Range of Motion. *Valparint* [online]. ©2012 [cit. 2013-10-12]. Доступно з: <http://www.valparint.com/WS9.HTM>.

VYMĚTAL, J. a kol. *Obecná psychoterapie. 2. rozšířené a přepracované vydání*. Praha: Grada, 2004. ISBN 978-80-247-0723-5.

VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X.

What is mental health? *World Health Organization* [online]. WHO, ©2012 [cit. 2012-25-11]. Доступно з: <<http://www.who.int/features/qa/62/en/index.html>>.

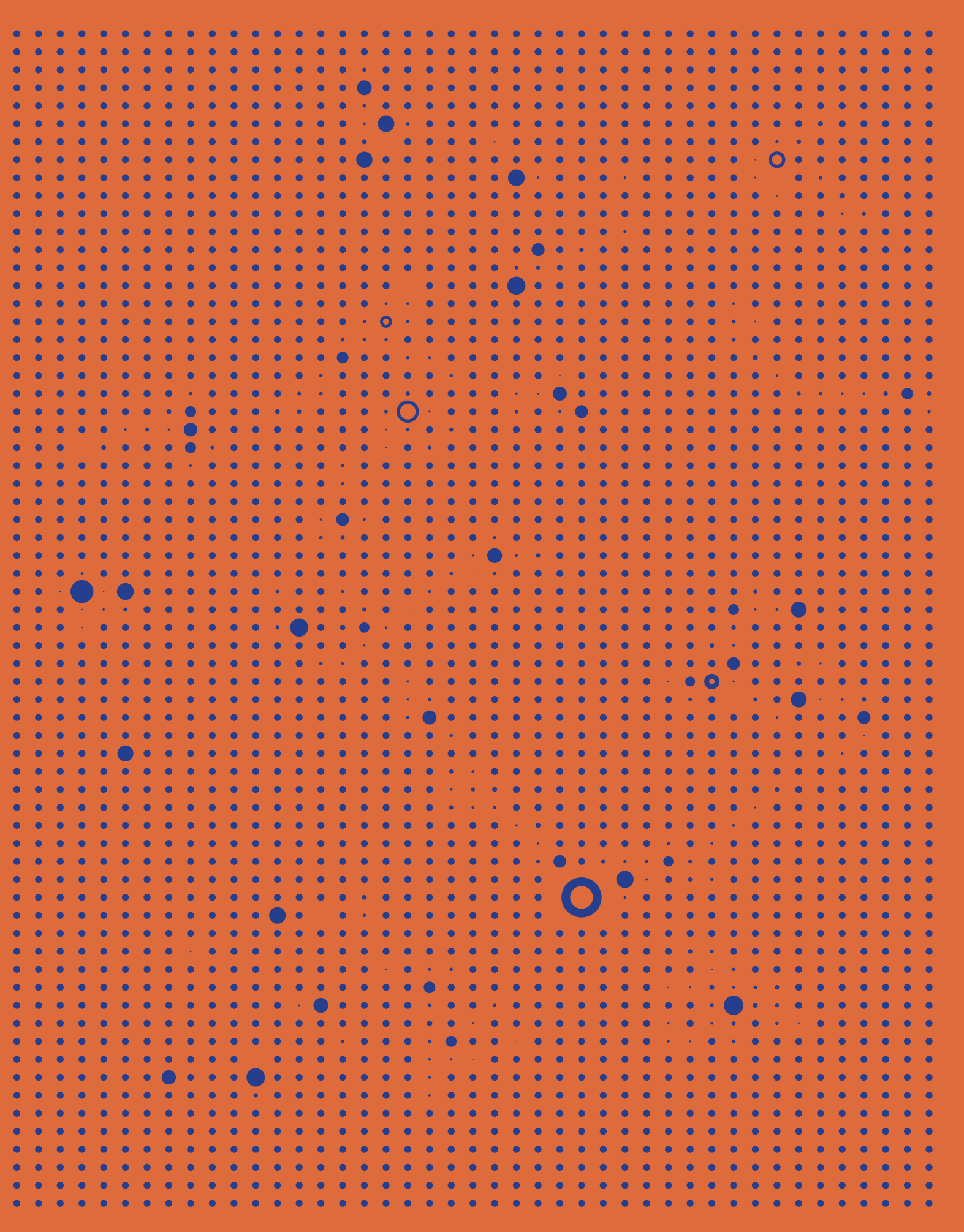
Wisdomking. *Jamar Hand Dynamometer – 5030J1* [online]. ©2013 [cit. 2013-10-12]. Доступно з: <<http://www.wisdomking.com/product/jamar-hand-dynamometer>>.

Zásady úspěšné komunikace s lidmi s mentálním postižením: Doporučené přístupy k lidem s mentálním postižením v rámci jejich celoživotního vzdělávání i mimo něj. *Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v ČR, o.s.* [online]. SPMP ČR, © 2013 [cit. 01-15-2013]. Доступно з: <http://www.spmprcr.cz/uploaded/PATHII/Komunikace_FINAL_web.pdf>. Доступно з: <<http://www.abledata.com/abledata.cfm?pageid=19327&top=13690&productid/=90226&trail=22,13539&discontinued=0>>.

Чеська Республіка. Закон № 108 від 14 березня 2006 р. «Про соціальні послуги». У: Звід законів Чеської Республіки Доступно з: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z_108_2006.pdf>.

Чеська Республіка. Закон № 329 від 13 жовтня 2011 р., «Про надання допомоги особам з інвалідністю і внесення змін до пов'язаних законів». У: Звід законів Чеської Республіки. Доступно також з: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-329>.

Чеська Республіка. Закон № 435 від 13 травня 2004 р., «Про зайнятість». У: Звід законів Чеської Республіки Доступно також з: <portal.mpsv.cz/sz/obecne/prav_predpisy/akt_zneni/z_435_2004>.



Навчальне видання

Швесткова Ольга, Свецена Катержина та кол.

ЕРГОТЕРАПІЯ

Підручник для студентів освітньо-кваліфікаційного рівня
«бакалавр» напряму підготовки «Ерготерапія»
на 1-му медичному факультеті Карлового університету

Переклад з чеської

Наукова редакторка

Літературні редактори

Обкладинка, макет і верстка

Випускова редакторка

Ольги Варжехової

Ольга Мангушева

Кристина Кузнєцова, Людмила Маркова

Олена Старанчук

Алла Костовська



ЧЕСЬКИЙ ЦЕНТР

ČESKÉ CENTRUM

Чеський центр у Києві при Посольстві Чеської Республіки в Україні
kyiv.czechcentres.cz