

**ЗАКЛАД ВИЩОЇ ОСВІТИ
«УКРАЇНСЬКИЙ КАТОЛИЦЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
Факультет наук про здоров'я
Кафедра фізичної терапії та ерготерапії**

Магістерська робота

на тему:

**Ерготерапія осіб віком 18-30 років з легкою розумовою
відсталістю для покращення участі в активностях повсякденного
життя**

Виконала:

студентка 6 курсу, групи ЗФТ19/М
спеціальності фізична терапія, ерготерапія
Хадай Людмила Ігорівна

Науковий керівник:

канд. біол. наук, доцент
Колісник Ярина Іванівна

Роботу рекомендовано до захисту на
засіданні кафедри фізичної терапії та
ерготерапії

Протокол № від « » травня 2021 р.

Зав. кафедри _____

Львів 2021

Анотація

Хадай Л. І. Ерготерапія осіб віком 18-30 років з легкою розумовою відсталістю для покращення участі в активностях повсякденного життя – магістерська робота зі спеціальності 227. Фізична терапія, ерготерапія – Український католицький університет, Львів, 2021 р.

В роботі визначено особливості роботи ерготерапевта для покращення участі молодих осіб з легкою розумовою відсталістю в активностях повсякденного життя. На основі проведеного тестування виявлено основні види діяльності з якими особи віком 18-30 років мають найбільші труднощі з виконанням. Потім оцінено рівень самостійності молодих осіб та створено індивідуальні програми з ерготерапії для кожного учасника. Проведене дослідження дало змогу розробити практичні рекомендації щодо створення та реалізації індивідуальних програм ерготерапії в покращенні участі в активностях повсякденного життя молодих осіб з легкою розумовою відсталістю.

Ключові слова: ерготерапія, легка розумова відсталість, активність повсякденного життя

Anotation

Khaday L. I. Occupational therapy for people aged 18-30 with mild mental retardation to improve participation in activities of daily living - Master's thesis in Specialty 227. Physical therapy, occupational therapy - Ukrainian Catholic University, Lviv, 2021

The paper considers the peculiarities of the occupational therapist's work to improve the participation of young people with mild mental retardation in everyday activities. Based on the testing, we identified the main activities with which people aged 18-30 have the greatest difficulty with performance. Then we assessed the level of independence of young people and created individual occupational therapy programs for each participant. The study made it possible to develop practical recommendations for the creation and implementation of individual occupational therapy programs to improve participation in the activities of daily life of young people with mild mental retardation.

Key words: occupational therapy, mild mental retardation, activity of daily living

ЗМІСТ

| | |
|--|----|
| АНОТАЦІЯ | 2 |
| ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ | 5 |
| ВСТУП | 6 |
| РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЕРГОТЕРАПІЇ ОСІБ ВІКОМ 18-30 РОКІВ З ЛЕГКОЮ РОЗУМОВОЮ ВІДСТАЛІСТЮ ДЛЯ ПОКРАЩЕННЯ УЧАСТІ В АКТИВНОСТЯХ ПОВСЯКДЕННОГО ЖИТТЯ | 9 |
| 1.1. Поняття розумової відсталості, її види та особливості | 9 |
| 1.2. Активності повсякденного життя осіб з легкою розумовою відсталістю | 21 |
| 1.3. Роль ерготерапевта для покращення участі в активностях повсякденного життя | 26 |
| Висновки до розділу 1 | 32 |
| РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ | 33 |
| 2.1. Методи дослідження | 33 |
| 2.2. Організація дослідження | 38 |
| РОЗДІЛ 3. ІНДИВІДУАЛЬНІ ПРОГРАМИ ЕРГОТЕРАПІЇ ОСІБ ВІКОМ 18-30 РОКІВ З ЛЕГКОЮ РОЗУМОВОЮ ВІДСТАЛІСТЮ ДЛЯ ПОКРАЩЕННЯ УЧАСТІ В АКТИВНОСТЯХ ПОВСЯКДЕННОГО ЖИТТЯ ТА ЇЇ ЕФЕКТИВНІСТЬ | 39 |
| 3.1. Особливості індивідуальних програм ерготерапії молодих осіб з легкою розумовою відсталістю для покращення участі в активностях повсякденного життя | 39 |
| 3.2. Ефективність індивідуальних програм ерготерапії осіб віком 18-30 років з легкою розумовою відсталістю для покращення участі в активностях повсякденного життя | 55 |
| ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ | 66 |
| ВИСНОВКИ | 68 |

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

69

ДОДАТКИ

75

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ADLs – activities of daily living – активності повсякденного життя.

MoCA – Montreal Cognitive Assessment - Монреальська шкала оцінки когнітивних функцій.

WFOT – Всесвітня Федерація ерготерапевтів

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я.

ІПР – індивідуальна програма реабілітації

МКФ - Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я.

МКХ-10 – Міжнародна класифікація хвороб (10-е видання).

МСЕК – медико-соціальна експертна комісія

ПМПК – психолого-медико-педагогічна комісія

ВСТУП

Актуальність. Близько 120 млн. людей в світі мають діагноз розумова відсталість, це приблизно 1-3% від усього населення будь-якої країни (1). За даними Міністерства охорони здоров'я в Україні проживають понад 300 тисяч осіб з розумовою відсталістю (2).

Під терміном «розумова відсталість» розуміють стійке, виражене порушення пізнавальної діяльності внаслідок дифузного органічного ураження центральної нервової системи (3), що призводять до ускладнення соціальної адаптації (4). Сорокін В. М. у своїй праці наголошує на тому, що розумова відсталість характеризується трьома основними ознаками, а саме органічне ураження кори головного мозку, порушення інтелекту та незворотність процесу (5). Гаврилов О. В. зазначає, що декілька років тому до дітей та молоді з діагнозом розумова відсталість ставилися зі співчуттям та вважали, що їм необхідна допомога та супровід у всіх аспектах їхнього повсякденного життя. Проте на щастя, ставлення змінилося і зараз їх сприймають як повноцінних членів суспільства, які мають право на інтегровану освіту та працю, що є важливою складовою успішної соціальної політики держави та кращого майбутнього людей з таким діагнозом (6).

Кожна людина прагне реалізувати свій потенціал, не виключенням є особи з розумовою відсталістю, особливо з легкою. Саме завдяки ерготерапії особа досягає максимального розвитку, самостійності та активно залучена в соціум (7). Dewi Y. та інші зазначали, що досягнення особою повноліття є важливим етапом, який несе за собою безліч змін, зокрема, здійснюється прийняття важливих рішень, відбуваються зміни у соціальному та правовому статусі, з'являються нові ролі, що призводить до збільшення можливостей та відповідальності, а також зниження захисту (1).

Саме ерготерапія як професія у галузі охорони здоров'я має на меті забезпечити максимальні можливості участі та незалежності у повсякденному житті, шляхом відновлення функцій, розвитку навичок та підтримки здоров'я (8). На думку Dewi Y., Tri Y. особи з легкою розумовою відсталістю

потребують супроводу фахівців, зокрема ерготерапевтів, на ранніх етапах розвитку, що дозволить у дорослому віці бути максимально незалежними у виконанні активностей повсякденного життя (ADL) (1).

Варто зазначити, що в Україні з дітьми з легкою розумовою відсталістю працюють практичні психологи, корекційні педагоги, дефектологи та інші фахівці (9), проте особливості роботи ерготерапевта з молодими особами з легкою розумовою відсталістю після 18 років недостатньо представлені та вивчені в Україні.

Мета роботи – створення індивідуальних програм ерготерапії для осіб віком 18-30 років з легкою розумовою відсталістю з метою покращення їхньої участі в активностях повсякденного життя.

Для реалізації поставленої мети варто дослідити наступні **завдання**:

1. Аналіз наукової літератури щодо ерготерапії молодих осіб з легкою розумовою відсталістю і їхньої участі в активностях повсякденного життя.
2. Розробити та перевірити ефективність індивідуальних програм ерготерапії осіб віком 18-30 років з легкою розумовою відсталістю для покращення їхньої участі в активностях повсякденного життя.
3. Сформувати практичні рекомендації для ерготерапевтів щодо застосування індивідуальних програм ерготерапії для покращення активностей повсякденного життя молодих осіб з легкою розумовою відсталістю.

Методи дослідження:

1. Теоретичні та соціологічні: аналіз наукових джерел літератури, узагальнення, порівняння та конкретизація, бесіди, збір інформації, спостереження.

2. Клінічно-інструментальні Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ), Монреальська шкала оцінки когнітивних функцій (MoCA), Канадська оцінка виконання діяльності (COPM), Ерготерапевтичний профіль.

3. Методи математичної статистики.

Наукова новизна: вперше розроблено практичні рекомендації для ерготерапевтів, щодо застосування індивідуальних програм ерготерапії для покращення активностей повсякденного життя молодих осіб з легкою розумовою відсталістю.

Практичне значення дослідження полягає у створенні та застосуванні індивідуальних програм ерготерапії для покращення участі в активностях повсякденного життя осіб віком 18-30 років в Україні.

Шляхи впровадження: практичні рекомендації для ерготерапевтів.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЕРГОТЕРАПІЇ ОСІБ ВІКОМ 18-30 РОКІВ З ЛЕГКОЮ РОЗУМОВОЮ ВІДСТАЛІСТЮ ДЛЯ ПОКРАЩЕННЯ УЧАСТІ В АКТИВНОСТЯХ ПОВСЯКДЕННОГО ЖИТТЯ

1.1. Поняття розумової відсталості, її види та особливості

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), розумова відсталість – це неповний або недостатній загальний розвиток розумових можливостей (6). В осіб з розумовою відсталістю спостерігаються також труднощі з великою та дрібною моторикою, пізнанням, сприйняттям, мовою і мовленням, особистісні та соціальні активності повсякденного життя (10). Розумова відсталість зустрічається приблизно у 2-3% усього населення будь-якої країни (10) при деякій перевазі осіб чоловічої статі (6).

Розумова відсталість може бути спричинена генетичними та екологічними факторами. Серед них хромосомні аномалії, структурні зміни розвитку центральної нервової системи, ускладнення недоношеності плоду, перинатальні умови, екологічні причини, метаболічні та ендокринні причини та вагомий відсоток складають причини невідомого походження (близько 30-50%) (10).

М. Kabra та S.Gulati звертають увагу на детальному зборі анамнезу та обстеженні. До основних видів обстеження вони відносять (10):

1. обстеження функцій щитовидної залози;
2. цитогенетичні дослідження;
3. аналіз процесів метаболізму;
4. рентгенологічні дослідження;
5. електрофізіологічні дослідження;
6. спеціальні тести.

Наявність етіологічних пояснень допомагає в розробці конкретного плану втручання (лікування), допомагає сім'ям розуміти прогноз та ризик рецидивів, а на рівні громади - розробити стратегії профілактичних засобів.

Також автори зазначають про первинну, вторинну та третинну профілактику. До первинної належать: вживання добавок йоду, адекватне

харчування, профілактика анемії, уникнення токсинів, наприклад, свинець, уникання спорідненості, молодих вагітностей та у старшому віці, регуляція в організмі фолієвої кислоти, хороший допологовий інтранатальний та перинатальний догляд, скринінг на внутрішньоутробні інфекції, імунізація дітей на кір та краснуху. До вторинної профілактики належать: рання діагностика та лікування виліковних хвороб, амніоцентез, пренатальна діагностика з використанням проб ворсинок хоріона. Ранню реабілітацію та підтримку відносять до третинної профілактики (10).

Гаврилов О. В. зазначає, що в Україні на сучасному етапі розвитку існує державна так і недержавна система допомоги особам з розумовою відсталістю. За допомогою ратифікації міжнародних правових документів, особи з розумовою відсталістю та їхні сім'ї забезпечуються наступними видами пільг та допомоги як (6):

- *соціальний захист* забезпечує державну грошову допомогу та пільги, а також повне державне утримання в системі інтернатних закладів;
- *медична допомога*, зокрема, щорічне забезпечення санітарно-курортною путівкою;
- *спеціальна освіта* для дітей з легким ступенем розумової відсталості, згідно із Законом України «Про освіту» (11);
- *реабілітаційні послуги* в центрах соціальних служб для молоді та реабілітаційних центрах системи Міністерства праці та соціальної політики України;
- *пільги для батьків*, зокрема догляд за дитиною потребує постійної присутності одного з батьків, тому держава враховуючи цей аспект і надає певні пільги, які пов'язані з трудовим стажем, додаткова оплачувана відпустка, додаткові вихідні дні тощо.

В Україні особи, які мають діагноз «розумова відсталість» перебувають на постійному обліку та потребують моніторингу з боку фахівців із захисту психічного здоров'я. Саме лікар-психіатр робить висновок, який визначає форму та обсяг державної допомоги, зокрема наявність офіційного статусу

особи з інвалідністю, вид пільг та грошової допомоги тощо. Автор наголошує на тому, що для призначення державної допомоги особа повинна мати офіційний статус «дитина з інвалідністю» (6).

Важливо зазначити, що помилкове встановлення діагнозу «розумова відсталість» може вплинути на подальшу долю особи з інвалідністю, її розвиток та якість життя. Адже, часто трапляється так, що неправильне визначення діагнозу може привести до того, що у спеціальні заклади можуть потрапити особи, які за своїми параметрами стоять на вищому щаблі інтелектуального розвитку, але мають низькі показники через порушення слуху, мовлення, фізичний стан тощо. Така патологія має назву «відставання у розумовому розвитку», і має тимчасовий характер і може бути компенсована шляхом використання корекційної роботи з розвитку і покращення тих чи інших ушкоджених функцій і функціональних систем (6).

Саме правильне визначення розумової відсталості сприяє глибокому розумінню суті аномального психічного розвитку і створенню сприятливих умов та підбір необхідних засобів, методів та ресурсів для корекції даного відхилення та інтеграції особи в соціум (6).

ВООЗ в перегляді Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-10) визначає критерії належності до осіб з розумовою відсталістю та класифікують діагнози, які мають певні шифри на назви за вказаним документом (12), які наведені у Таблиця 1.1 (13).

Таблиця 1.1

МКХ-10 Розумова відсталість

| Шифр | Пояснення |
|------|------------------------------|
| F | Розумова відсталість |
| F 70 | Легка розумова відсталість |
| F 71 | Помірна розумова відсталість |
| F 72 | Важка розумова відсталість |
| F 73 | Глибока розумова відсталість |
| F 78 | Інша розумова відсталість |

| | |
|--------|--|
| F 79 | Неуточнена розумова відсталість |
| F 7x.0 | Мінімальні поведінкові відхилення або їхня відсутність |
| F 7x.1 | Значні поведінкові відхилення, що потребують уваги або лікувальних заходів |
| F 7x.8 | Інші поведінкові відхилення |
| F 7x.9 | Поведінкові відхилення не визначені |

Також наведемо детальніший перелік діагнозів та видів розумової відсталості, які часто використовують на практиці психолого-медико-педагогічна комісія (ПМПК) та їхніх шифрів відповідно до МКХ-10, які представлені у таблиці 1.2 (13).

Таблиця 1.2

МКХ-10 Розумова відсталість. Детальний перелік діагнозів

| Шифр | Пояснення |
|---------|---|
| F 70.1 | Розумова відсталість легкого ступеня зі значними порушеннями поведінки, які вимагають лікування і догляду (+ психопатоподібний синдром) |
| F 70.11 | Розумова відсталість легкого ступеня зі значними порушеннями поведінки, які потребують догляду і лікування, обумовлена попередньою інфекцією або інтоксикацією |
| F 70.12 | Розумова відсталість легкого ступеня зі значними порушеннями поведінки, які потребують догляду і лікування, обумовлена попередньою травмою або фізичним агентом |
| F 70.13 | Розумова відсталість легкого ступеня зі значними порушеннями поведінки, які потребують догляду і лікування, обумовлена фенілкетонурією |
| F 70.14 | Розумова відсталість легкого ступеня зі значними порушеннями поведінки, які потребують догляду і лікування, обумовлена хромосомними порушеннями |
| F 70.17 | Розумова відсталість легкого ступеня зі значними порушеннями поведінки, які потребують догляду і лікування, обумовлена |

| | |
|---------|--|
| | недоношеністю |
| F 70.18 | Розумова відсталість легкого ступеня зі значними порушеннями поведінки, які потребують догляду і лікування, обумовлена іншими уточненими причинами |
| F 70.19 | Розумова відсталість легкого ступеня зі значними порушеннями поведінки, які потребують догляду і лікування, обумовлена не уточненими причинами |
| F 70.8 | Розумова відсталість легкого ступеня з іншими порушеннями поведінки (+ епілептиформний синдром) |
| F 70.81 | Розумова відсталість легкого ступеня з іншими порушеннями поведінки, обумовлена попередньою інфекцією або інтоксикацією |
| F 70.82 | Розумова відсталість легкого ступеня з іншими порушеннями поведінки, обумовлена попередньою травмою або фізичним агентом |
| F 70.83 | Розумова відсталість легкого ступеня з іншими порушеннями поведінки, обумовлена фенілкетонурією |
| F 70.84 | Розумова відсталість легкого ступеня з іншими порушеннями поведінки, обумовлена хромосомними порушеннями |
| F 70.87 | Розумова відсталість легкого ступеня з іншими порушеннями поведінки, обумовлена недоношеністю |
| F 70.88 | Розумова відсталість легкого ступеня з іншими порушеннями поведінки, обумовлена іншими уточненими причинами |
| F 70.89 | Розумова відсталість легкого ступеня з іншими порушеннями поведінки, обумовлена не уточненими причинами |
| F 70.9 | Розумова відсталість легкого ступеня без вказівки на порушення поведінки. |
| F 70.91 | Розумова відсталість легкого ступеня без вказівки на порушення поведінки, обумовлена попередньою інфекцією або інтоксикацією |
| F 70.92 | Розумова відсталість легкого ступеня без вказівки на порушення поведінки обумовлена попередньою травмою або фізичним агентом |
| F 70.93 | Розумова відсталість легкого ступеня без вказівки на порушення |

| | |
|---------|---|
| | поведінки, обумовлена фенілкетонурією |
| F 70.94 | Розумова відсталість легкого ступеня без вказівки на порушення поведінки, обумовлена хромосомними порушеннями |
| F 70.97 | Розумова відсталість легкого ступеня без вказівки на порушення поведінки, обумовлена недоношеністю |
| F 70.98 | Розумова відсталість легкого ступеня без вказівки на порушення поведінки, обумовлена іншими уточненими причинами |
| F 70.99 | Розумова відсталість легкого ступеня, обумовлена причинами |
| F 71 | Помірна розумова відсталість * розширення діагнозу має ті ж позначення, що і при розумовій відсталості легкого ступеня вираження відхилення |
| F 72 | Важка розумова відсталість * розширення діагнозу має ті ж позначення, що і при розумовій відсталості легкого ступеня вираження відхилення |
| F 73 | Глибока розумова відсталість * розширення діагнозу має ті ж позначення, що і при розумовій відсталості легкого ступеня вираження відхилення |

Гаврилов О. В. наголошує на тому, що діагноз розумова відсталість може поєднуватися з іншими фізичними (соматичними) або психічними розладами. Автор зазначає, що поєднання розладів з розумовою відсталістю зустрічаються частіше, у порівнянні з чітко визначеним діагнозом «розумова відсталість» (12).

Отже, слід охарактеризувати детальніше кожен із чотирьох ступенів розумової відсталості відповідно до МКХ-10, який визначений інтелектуальним коефіцієнтом IQ.

Легкий ступінь розумової відсталості – F 70

Коефіцієнт інтелекту (IQ) для легкої розумової відсталості становить від 50 до 70 балів (нормальний розвиток становить в середньому від 71 і вище) (10).

Особи з легкою розумовою відсталістю використовують мову у повсякденному спілкуванні на побутові теми та беруть участь у бесідах, проте

мають деякі труднощі із засвоєнням мови. Їхньому мовленню притаманні обмежений словниковий запас, фонетичні викривлення, недостатність розуміння слів, неточне розуміння та неадекватне вживання. Такі особи використовують у своєму мовленні менше слів, ніж розуміють, також часто використовують штампи. Побудова речень є бідною на прикметники, прийменники та сполучники, відчуваються труднощі під час висловлювання і формулювання своїх думок (12).

Відчуття та сприйняття – це відображення світу у взаємодії людини з довкіллям. Через певні порушення слухових, зорових, нюхових, кін естетичних, тактильних, смакових відчуттів і сприймань виникають труднощі орієнтування в навколишньому середовищі. Саме вони не дають можливості отримати правдиве і правильне уявлення того, що нас оточує і про те ким є вона сама. Особи з легкою розумовою відсталістю недостатньо можуть розрізнити відмінність і подібність між предметами та явищами. Вони часто помиляються щодо оцінки глибини, об'єму, відтінку різних предметів та їх властивостей, що пояснюється труднощами аналізу та синтезу інформації що сприймається (6).

Якщо характеризувати увагу, то автор зазначає, що вона є нецілеспрямована, необхідна значна напруга під час її концентрування та фіксації, є нестійка та швидко виснажується. Таким особам притаманна підвищена розсіяність, невміння утримувати увагу на будь-якій діяльності протягом тривалого часу. Саме це створює їм труднощі із засвоєнням нової інформації, елементами самообслуговування, трудовими операціями тощо. Гаврило В. зазначає, що з часом та тренуваністю увага може покращуватися як в якісному так і у кількісному відношенні (12).

Говорячи, про мислення яке є вищою формою відображення світу в осіб з легкою розумовою відсталістю воно є конкретним та обмеженим їхнім безпосереднім досвідом і необхідністю забезпечення нагальних потреб, непослідовне, стереотипне та некритичне. Через слабку роль мислення здатність регулювати поведінку та узагальнювати певні процеси є зниженою. Саме через це виникають труднощі із плануванням своєї діяльності та

передбаченням і врахуванням наслідків. Такі особи мають низьку здатність до абстрактних понять та узагальнень.

Пам'ять один із найважливіших складових у формуванні особистості, ворота інтелекту. Саме завдяки пам'яті людина здатна усвідомити свій попередній досвід та використовувати здобуті знання та вміння для розвитку особистості, власної поведінки та формування стосунків з оточуючими. Особам з легкою розумовою відсталістю найбільш притаманне не розвинене логічне опосередковане запам'ятовування, яке характеризується неточністю, нестійкістю та уповільненістю під час відтворення певних подій. Проте якщо говорити про механічну пам'ять то вона може бути збережена і навіть досить непогано сформована. Як зазначає автор статті, що більш часто зустрічаються випадки коли запам'ятовуються лише загальні риси предметів та явищ, а пригадування внутрішніх логічних зв'язків і узагальнення мовленнєвих висловлювань викликають певні труднощі (12).

Гаврилов В. зазначає, що емоції в осіб з легкою розумовою відсталістю недостатньо диференційовані та неадекватні, бо невідповідають значним змінам, які відбуваються навколо людини. Емоції характеризуються нестійкістю, часто бувають непропорційними та неадекватними впливам зовнішнього світу. В цієї категорії осіб, моральні, естетичні, гностичні почуття тощо формуються повільно і важко. За допомогою цілеспрямованого виховання можна сформувати такі почуття як патріотизм, відповідальність, совість та честь (12).

Науковець також акцентує увагу на тому, що особи з легкою розумовою відсталістю хоча і мають певні ролі у суспільстві, проте є досить обмеженими, особливо це чітко видно у підвищеній навіюваності і здатності до наслідування, що обмежує здатність адаптуватись у соціальному середовищі. Їхня поведінка часто залежить від обставин, залежності від прагнень та афектів (12).

Ковцун І. М. у своїй праці акцентує увагу на психомоторному розвитку осіб з легкою розумовою відсталістю, який характеризується у повільному темпі розвитку локомоторних функцій, непродуктивності рухів, метушливості

та руховому неспокої, неадекватній руховій активності. Спостерігаються рухові штампи, рухи недостатньо плавні, а рухові режими інертні, бідні та непластичні. Також труднощі спостерігаються у дрібній моториці, миміці та жестикуляції (14).

Автор зазначає, що таким особам притаманні порушення фізичного розвитку як: відставання в масі тіла, довжині тіла, порушення постави та розвитку стопи, порушення в розвитку грудної клітки, парези верхніх і нижніх кінцівок, відставання в показниках обсягу життєвої ємності легень, деформації черепа, дисплазії, аномалії лицьового скелета. А до порушення основних рухів автор відносить: неточність рухів у просторі і часі, грубі помилки при диференціюванні м'язових зусиль, відсутність спритності і плавності рухів, зайва скутість і напруженість, обмеження амплітуди рухів під час ходьби, бігу, стрибках (14).

Більшість осіб з легкою розумовою відсталістю здатні бути самостійними у самообслуговуванні, проте потребують відповідної допомоги та підтримки і їхня відсталість може бути певною мірою компенсована. Також більшість осіб здатні оволодіти професійною діяльністю низької кваліфікації та напівкваліфікованої ручної праці за умови відповідного навчання (12).

Отже, проблеми осіб з легкою розумовою відсталістю нагадують проблеми людей з типовим рівнем інтелекту, на відміну від специфічних проблем осіб з помірним і тяжким ступенями розумової відсталості (12). Сорокин В. зазначає, що такі характеристики та розвиток відповідають дитині 9-12 років (5).

Помірний ступінь розумової відсталості – F-71

Коефіцієнт інтелекту (IQ) становить від 35 до 49 одиниць (10). Помірна розумова відсталість – це середній ступінь психічного недорозвитку, що характеризується несформованими пізнавальними процесами. Мислення є непослідовне, конкретне, не здатне до абстрактних понять.

Спостерігається відставання в розвитку розуміння та використання мовлення, часто супроводжується дефектами. Словниковий запас сягає близько

200-300 слів. Важко самостійно побудувати складну мовленнєву конструкцію, проте здатні повторити мовленнєві висловлювання інших (6).

Функції рухового апарату та розвиток навичок самообслуговування також відстають і їм потрібний супровід і допомога протягом усього життя. Рухи в осіб з помірною розумовою відсталістю уповільнені та вайлуваті, що стають перешкодою для формування навичок бігу та стрибків. Також вони мають значні труднощі при переключенні рухів, швидкої зміни дій і поз (12).

Увага швидко розсіюється, їм важко концентруватись, часто відволікаються, не можуть довго утримувати на певній діяльності. Часто це і основною перешкодою у досягненні мети, навіть елементарної. Говорячи про пам'ять, автор звертає увагу на тому, що вона формується повільно, а матеріал запам'ятовується при багаторазовому повторенні і швидко забувається. Соловйов М. зазначає, що причиною цього є недосконалість замикаючої функції кори головного мозку, яка обумовлює малий обсяг та уповільнює темп формування нових умовних зв'язків. Такі особи мають на низькому рівні логічну і механічну пам'ять, їм важко запам'ятати назви предметів, пригадати про що йшлося на попередньому занятті тощо (12).

Варто також зазначити, що особи з помірною розумовою відсталістю можуть мати навички читання, проте їм важко зрозуміти значення прочитаного. В них спостерігається слабкість регулюючої функції мислення, вони не обдумують своїх вчинків і не передбачають результат. Також у них не має сумнівів щодо правильності своїх дій і не думають про те, що їхні вчинки можуть бути загрозливими, неправильними та неприпустимими (12).

В ході психофізичного розвитку співвідношення між короткотривалої і довготривалою пам'яттю змінюється. Довготривала пам'ять удосконалюється як в кількісному, так і в якісному відношенні. У дорослому віці особи з помірною розумовою відсталістю здатні виконувати просту практичну роботу, проте потребують постійних вказівок та контролю за їх виконанням. Хоча такі особи мобільні та фізично активні, проте повністю незалежне проживання здебільшого неможливе. Більшість з них здатні встановлювати контакти з

іншими людьми, спілкуватися та бути залученими до простих соціальних дій (12).

Важкий ступінь розумової відсталості F-72

Коефіцієнт інтелекту (IQ) становить від 20 до 34 балів (10). Ця категорія осіб за клінічною картиною та ознаками органічного ураження центральної нервової системи подібна до групи осіб з помірною розумовою відсталістю. Характеризуються низьким рівнем засвоєння різних навичок та притаманний низький рівень функціонування. Також характерним є низький рівень розвитку моторики, порушення координації рухів та наявність інших відхилень, які зумовлені органічними порушеннями головного мозку. Їм потрібно значно більше часу, щоб оволодіти навичками самообслуговування, частині з них навіть після довготривалих тренувань важко оволодіти такими дрібними рухами як, застібання гудзиків, зав'язування шнурків тощо (12).

Значна частина осіб з тяжкою розумовою відсталістю не вміють самостійно пересувати, це обумовлено значними відхиленнями в будові черепно-мозкової коробки, опорно-рухового апарату, патологічним розвитком кінцівок, порушенням функціонування шкіри та органічними відхиленнями у функціонуванні внутрішніх органів, диспластичною тілобудовою, дисгенетичними ознаками тощо.

Фахівці, які працюють з особами з тяжкою розумовою відсталістю, повинні враховувати те що вони не будуть використовувати самостійно натреновані знання. Важливим компонентом також є те, що для спілкування з оточуючими вони не мають достатнього словникового запасу та в спілкуванні використовують найбільш зрозумілі слова, мовленнєві штампи, завчені граматичні конструкції при цьому не розуміючи їхнього значення. Також використовують жести, міміку та окремі звуки, краще йдуть на контакт зі знайомими людьми (12).

Автор звертає увагу також на значне порушення вищих психічних функцій. Пам'ятають лише ту діяльність чи подію, яка викликає у них яскраві і позитивні враження та емоції. Увагу важко концентрувати, легко

відволікаються, у кращому випадку можуть утримувати на декілька хвилин (3-5), якщо діяльність чи предмет їх зацікавив. Особи з тяжкою розумовою відсталістю не можуть зробити простих висновків чи узагальнень, а абстрактне мислення практично відсутнє. Інтелектуальні порушення супроводжуються вираженою неврологічною патологією: паралічами, парезами, гіперкінезами.

Якщо говорити про відмінність між помірною і тяжкою розумовою відсталістю, то вона полягає у тому, що в останніх яскраво виражені моторні відхилення або клінічні прояви, що свідчать про органічне ураження. Саме ці відхилення не дозволяють самотійно жити у соціальному оточенні (12).

Глибокий ступінь розумової відсталості – F-73

Коефіцієнт інтелекту (IQ) становить нижче 20 балів, що означає, що такі особи є значно обмежені у можливостях розуміти або виконувати інструкції (10).

Особи з глибокою розумовою відсталістю ведуть малорухомий спосіб життя, часто страждають на хронічні захворювання внутрішніх органів, енурез, емпокрес тощо. Їхні рухи є хаотичними та не цілеспрямованими, а потреби і дії мають примітивний характер. Спостерігаються явища гіперкінезу та інколи виникає моторне збудження без будь-яких причин і зовнішніх подразників.

При цій патології повністю є відсутня пізнавальна діяльність. Вони не здатні до будь-яких диференціацій, не реагують на оточуючих навіть якщо привертати їхню увагу яскравим світлом чи сильним звуком. Також часто особи з глибокою розумовою відсталістю не впізнають близьких та рідних людей, а можуть реагувати лише на тих, хто з ними найчастіше перебуває чи працює (12).

Гаврилов О. В. також наголошує про те, що вони не здатні утворювати уявлення, нові зв'язки, робити елементарні висновки та узагальнення. Розуміють лише прості форми невербального спілкування, не здатні опанувати елементарні навички самообслуговування, потребують постійної опіки та догляду. Деякі з них можуть навчитися самотійно їсти. Якщо говорити про

мовлення, то особа з глибокою розумовою відсталістю в кращому випадку, зможе зрозуміти і виконати окремі команди та інструкції (12).

Автор зазначає, що деякі з них можуть частково орієнтуватися в просторі, завдяки тому що органи чуття можуть бути не порушеними. Завдяки цьому у них можуть сформуватись елементарні санітарно-гігієнічні навички та навички самообслуговування, проте при цьому необхідний постійний контроль та допомога. При порушенні органів чуттів, наприклад смакові та нюхові, вони можуть їсти неїстівне і майже не реагувати на різкі запахи. Їм важко відрізнити холодне від гарячого, не мають уявлення про висоту чи глибину (12).

Оскільки в осіб з глибокою розумовою відсталістю емоції практично є відсутні, то вони не можуть бути індикатором стану в якому перебуває особа. Вольові якості у будь-яких проявах є відсутніми. Часто таким особам притаманна аутоагресія (нанесення шкоди самому собі). Через понижену больову чутливість особи не відчують болю та дискомфорту, які можуть спричинити рани, опіки тощо. Деякі з них можуть бути агресивними і дратівливими, інші навпаки повільними та апатичними (12).

15% випадків розумової відсталості можна попередити (12), проте це потребує багатокomпонентних та системних змін (5). Адже діагноз, розумова відсталість несе за собою важкі наслідки як для сімей, так і для громади і держави в цілому і потребує значних зусиль в розробці програм реабілітації, змін на законодавчому рівні тощо (12).

1.2 Активності повсякденного життя осіб з легкою розумовою відсталістю

В Україні незважаючи на позитивні зміни, які відбулися у створенні безбар'єрного середовища для осіб з інвалідністю, залишаються нереалізованими права людей з розумовою відсталістю та іншими порушеннями інтелекту (15).

Загальновизнаним є той факт, що перехід від дитинства до дорослого життя є одним із найбільш важливих та динамічних у житті кожної людини. Приймаються суттєві рішення, відбуваються зміни у соціальному та правовому

статусі та приймаються нові ролі, що призводить до збільшення як можливостей так і відповідальності, а також зниженням захисту. Сьогодні розумова відсталість залишається фактором ризику неможливості досягти як соціальних так і психологічних переходів пов'язаних із дорослим життям (16).

Про недостатню підготовленість молодих осіб з легкою розумовою відсталістю самостійно вирішувати ситуації, що передбачають примус з загрозою говорять у своїх дослідженнях Khemka, Mitchell та інші. Саме когнітивні та адаптаційні дефіцити, які є основними у діагностиці інтелектуальних вад можуть ускладнити ряд компетенцій, які є необхідними для незалежності та самовизначення (17).

Поєднання всіх цих факторів із тривалими соціальними уявленнями про осіб з розумовою відсталістю може негативно вплинути на здатність молодої особи розвивати ідентичність дорослого. Wilkinson та інші зазначають, що ціннісна ідентичність та позитивна Я-концепція є надзвичайно важливими етапами розвитку психічного здоров'я особистості і дуже важливо, щоб молоді люди почувалися комфортно зі своїми ролями та особами, які вони приймають у процесі переходу (18).

Молоді особи з легкою розумовою відсталістю, які досягли 18-річного віку, виключаються з системи освіти, а це у свою чергу призводить до втрати можливості отримати необхідну допомогу і підтримку щодо адаптації. Оскільки рівень державного захисту осіб з інвалідністю є відображенням рівня розвитку суспільства в цілому, обов'язком держави є створити суспільство в якому є умови для забезпечення безперешкодного середовища (12).

Важливим компонентом соціальної адаптації та самостійності є активність повсякденного життя молодої особи з легкою розумовою відсталістю. Активність повсякденного життя (ADLs) – це діяльність, яка охоплює справи повсякденної життєдіяльності: гігієну (прийом душу, ванни) та догляд за тілом (гоління, догляд за волоссям, користування косметикою, догляд за ротовою порожниною тощо), користування туалетом, одягання, прийом їжі (користування столовими приладами, жування, ковтання), переміщення тіла та

предметів, користування допоміжними засобами та догляд за ними та сексуальну активність (1).

Вітчизняна науковця, Соловйова Т. Г. у своїй праці здійснила аналіз організації процесу соціальної реабілітації молоді з розумовою відсталістю на базі центру соціального обслуговування. У статті йдеться про створення та функціонування відділення соціально-побутової адаптації та аналіз організації роботи з молодими особами з розумовою відсталістю. Зокрема автор зазначає що, до основних завдань центру відносять: створення сприятливих умов перебування, організація відпочинку; інформування, адаптаційне навчання та консультування молодих осіб та їх сімей; навчання самообслуговуванню, спілкуванню, соціалізації, соціально-побутовим навичкам, контролю за своєю поведінкою; психологічна підтримка; збагачення і формування життєвого досвіду; задоволення особливих потреб у соціальних взаємовідносинах і спілкуванні, доступі до інформації тощо (15).

Робота з молодими особами з розумовою відсталістю базується на індивідуальній програмі реабілітації (ІПР), що є комплексом оптимальних видів, форм, обсягів, строків реабілітаційних заходів з визначенням порядку, місця їх проведення, спрямованих на відновлення та компенсацію порушених або втрачених функцій організму і здібностей особи з інвалідністю, затвердженої постановою Кабінету Міністрів України від 8 грудня 2006 р. (19). Індивідуальна програма реабілітації для повнолітніх осіб розробляється медико-соціальною експертною комісією (МСЕК) відповідно до Закону України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» (20).

Соловйова Т. Г. у своїй праці описує роботу фахівців центру, до них відносяться, соціальні працівники, медична сестра та психолог. Саме соціально-побутовою адаптацією, навчанню і підтримці навичкам самообслуговування, створення ІПР осіб з легкою розумовою відсталістю, в центрі займається соціальний працівник (15).

Про важливість дорослішання, досвід та перехід молодої особи у нові реалії дорослого світу звертає увагу у своїй праці Е. Salt та інші. Вони мали на

меті дослідити як молоді особи з легкою розумовою відсталістю переживають етап дорослішання та з якими труднощами стикаються. У їхньому дослідженні взяли участь 8 молодих осіб, які брали участь у напівструктурованому інтерв'ю. Дослідження показали, що занепокоєння учасників було напрочуд подібним до тих, які зазвичай висловлюють молоді люди без інвалідності та більшість з них відчували оптимізм щодо прийняття статусу повнолітньої особи (16).

Зокрема, дослідники Dewi Y. та інші виділяють 3 основні сфери діяльності молодих осіб, які наведені нижче на рисунку 1.1 (1).

Рисунок 1.1

Основні сфери діяльності



Dewi Y. та інші у своєму дослідженні розглядають поняття, адаптивної поведінки, яка дозволяє особі з легкою розумовою відсталістю здійснювати щоденні заходи, такі як спілкування, соціалізація та самообслуговування. Молоді люди як правило намагаються досягти власних потреб, однак їх зусилля часто не дають результатів і це може призвести до девіантної поведінки. Також вони можуть відчувати певні обмеження і бути залежними від оточуючих. Тому дослідження полягає у виявленні певних проблем у виконанні повсякденної діяльності, зокрема одягання, прийом їжі і пиття, гігієна тощо. Автори наголошують на тому, що саме здатність виконувати ADL в молодому віці є вирішальним для розвитку ідентичності молодих осіб, адже саме в цьому віці особа шукає самостійності та самосвідомості щодо самостійності та самосвідомості щодо свого оточення та повсякденних звичок (1).

У цьому дослідженні використанні якісні методи дослідження, а саме інтерв'ювання, адже проблема є соціальною та динамічною. Саме завдяки

цьому методів можна зрозуміти якою є повсякденна активність молодих осіб з легкою розумовою відсталістю. Всього брало участь 8 учасників (6 дівчат і 2 хлопці) і дослідження тривало всього чотири дні (1).

Зібрані дані стосувалися чотирьох видів активності повсякденного життя (ADL). Перша була про основні ADL – це основні навички, якими людина повинна володіти доглядаючи за собою (одягання, гігієна, прийом їжі та пиття, мобільність та туалет). Друга стосувалася інструментального ADL, який пов'язаний з використанням інструментів (приготування їжі, догляд за іншими особами, домашніми улюбленцями, користування телефоном, грошима, здійснення покупок). Треті активності розглядали професійні ADL такі як письмо, читання тощо, а четверті стосувалися хобі та дозвілля (1).

Результати дослідження показали, що у більшості молодих осіб немає проблем з повсякденними діяльностями. Деякі з них мали труднощі зі здійсненням покупок, користуванні комп'ютером та приготуванням їжі (1).

Малинович Л. М. у своїй праці розглядає проблеми та труднощі з якими стикаються молоді особи з легкою розумовою відсталістю у трудовій діяльності. Оскільки Україна перебуває на етапі модернізації, важливо забезпечити успішну адаптацію до трудової діяльності молодих осіб. Важливо зосередитись на запитах осіб з легкою розумовою відсталістю, враховувати їхні індивідуальні особливості, спрямовувати до подальшого розвитку, соціальної самостійності та самокерованої нормативної поведінки (21).

Фахівцям у роботі з особами з легкою розумовою відсталістю, слід звертати увагу на зовнішні прояви психофізіологічних показників, «мову» рухів тіла, реакції, мову. Тому автор, у своїй праці акцентує увагу на таких особливостях роботи з молодими особами, як спеціальний режим, повільний темп виконання операцій, часті повтори, візуалізація, збільшення частоти та тривалості перерв, оцінка стану працездатності та виснаженість нервової системи. Завдяки глибокому розумінню особливостей структури порушення, знання соціальних умов виховання, особливостей усіх сфер розвитку (сенсорної, когнітивної, мотиваційної) можна досягти позитивних та успішних

результатів в професійній діяльності осіб з легкою розумовою відсталістю. Враховуючи вище перелічені фактори, можна сказати, що молоді особи можуть і мають право на працевлаштування, проте це потребує значного ресурсу (21).

Matthew J. та інші досліджували ефективність шкали повсякденного життя (W-ADL) осіб з розумовою відсталістю. Учасники цього дослідження були: 406 осіб з PAC, 147 з синдромом X, 169 учасників з синдромом Дауна та 292 з розумовою відсталістю. Мета дослідження полягала у виконанні 17 видів діяльності, кожен з яких оцінювався за 3-бальною шкалою (0 – взагалі не виконує, 1 – виконує з допомогою, 2 – виконує самостійно). Дослідження показали ефективність W-ADL, як інструменту оцінки повсякденного життя осіб з розумовою відсталістю (22).

Hallgren, M. та Kottorp, A. досліджували вплив програми ерготерапії на активність повсякденного життя (ADL) молоді з легкою розумовою відсталістю. Автори акцентують увагу на значущих для особи заняттях та індивідуального підходу до кожного із шести учасників. На початку дослідження, було виявлено основні проблеми в ADL у кожного учасника за допомогою інтерв'ю. Потім була проведена терапія, яка тривала близько чотирьох тижнів. На завершення дослідження позитивні зміни відбулися в усіх учасників, крім одного. Отже, можна зробити висновок про ефективність ерготерапевтичних втручань для покращення ADL молодих осіб з легкою розумовою відсталістю (23).

1.3. Роль ерготерапевта для покращення участі в активностях повсякденного життя

За визначенням Всесвітньої федерації ерготерапевтів (WFOT), ерготерапія – це професія в сфері охорони здоров'я, яка орієнтована на клієнта, що займається зміцненням здоров'я та покращенням благополуччя через заняттєву активність (24).

Для України ерготерапія – новий метод реабілітації, що включає комплекс реабілітаційних заходів, спрямованих на відновлення повсякденної діяльності

людини з урахуванням наявних фізичних обмежень. Основна мета ерготерапії – не тільки максимально відновити рухові функції, а й адаптувати пацієнта до звичного життя, допомогти стати самостійним, соціально пристосованим та незалежним у побуті (25).

Саме ерготерапевти досягають цього результату, працюючи з людьми, щоб підвищити їх здатність займатися важливими для людини діяльностями. Ерготерапевти, завдяки широким знанням в галузі медицини, психології, соціальних наук тощо, здатні забезпечити особам з легкою розумовою відсталістю позитивні зміни у їхній діяльності, адаптації середовища, створенні індивідуальних програм реабілітації для активної участі особи в соціальному житті (24).

Вітчизняні науковці, Таран І. В. та Валюшко Ю. виділяють основні напрямки діяльності ерготерапевта (25):

1. Оцінка факторів, які впливають на повсякденну діяльність, сон, відпочинок, дозвілля тощо:

- структури організму (опорно-руховий апарат, нервова система тощо);
- функції організму (нейром'язові, психічні, сенсорно-перцептивні, когнітивні тощо);
- вміння та навички, включаючи когнітивні, комунікативні, соціальні навички, моторику та праксис, емоційну регуляцію, сенсорно-перцептивні навички;
- фізичне і соціальне середовище; культурні, особистісні, часові та віртуальні контексти, які впливають на заняттєву активність;
- звички, ролі, моделі поведінки;
- цінності пацієнта;
- переконання та духовність пацієнта.

2. Методи та /або підходи терапевтичного втручання:

- розвиток, покращення, відновлення навички чи вміння;
- підтримання навички з метою попередження прогресування хвороби, погіршення функціонального стану;

- компенсація, модифікація чи адаптація діяльності або середовища для підтримки заняттєвої активності або попередження травми, прогресування хвороби;

- профілактика або попередження травматизму.

3. Втручання та процедури, обрані для терапевтичного втручання з метою покращення якості та безпеки виконання повсякденних видів діяльності, сну і відпочинку, навчання, професійної діяльності, гри, дозвілля та соціальних контактів:

- терапевтичне використання занять, діяльності та вправ;

- консультації та практичні рекомендації;

- навчання членів сім'ї, родичів, опікунів, тощо;

- розвиток, відновлення чи компенсація функцій організму;

- розвиток повсякденних видів діяльності, побутових навичок, а також навичок, необхідних для здійснення освітньої чи професійної діяльності, інтеграції у суспільство;

- модифікація середовища (житлові, навчальні, робочі, громадські приміщення), адаптація діяльності, застосування ергономічних принципів;

- оцінка, надання рекомендацій та навчання способів покращення функціональної мобільності, включаючи правильну техніку їзди на кріслі колісному чи інших засобів пересування;

- оцінка індивідуальних потреб, дизайн, виготовлення, примірка, корекція, функціональне тренування використання ортезів, протезів, адаптивного обладнання і позиціонування;

- реабілітація осіб з порушенням зору, слуху тощо.

Також науковці зазначають, що на початку роботи ерготерапевт проводить оцінку порушень життєдіяльності людини, за допомогою спеціальних методів, тестів, шкал, заняттєвого аналізу тощо, які дозволяють якомога більше дізнатись про різні аспекти життя особи, складових життєдіяльності та виявляють порушення (25). Основною шкалою оцінювання є міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ)

(26). Після проведення первинної оцінки та збору анамнезу, ерготерапевт визначає цілі, методи та план ерготерапевтичних занять (25).

Ерготерапевти у своїй діяльності з особами з розумовою відсталістю сприяють зміцненню м'язового тону, розвитку координаційних здібностей, реакцій рівноваги, розвиток великої та дрібної моторики, моторного планування, покращує інтеграцію сенсорної інформації, а також регулює рівень активності особи (27).

Також ерготерапевти у своїй діяльності можуть застосовувати різні методики та терапії, наприклад, Wuang Y. та інші виділяють важливість сенсомоторних проблем в осіб з легкою розумовою відсталістю (28).

Wuang та інші наголошують у своїй праці на важливості лікування сенсомоторних проблем, зокрема включаючи сенсорно-інтегративну (СІ) терапію. В основі втручання СІ лежить сенсорне введення необхідне для оптимізації роботи мозку особи з легкою розумовою відсталістю (28). Серед учасників дослідження були особи з легкою розумовою відсталістю, які не мали супутніх захворювань наприклад, аутизм, церебральний параліч, глухота тощо. Всього учасників було 160 осіб.

Науковці досліджували такі аспекти життя, як спілкування, самообслуговування, побут, соціальні та побутові навички, охорона здоров'я, безпека, відпочинок. Учасників було поділено на дві групи, одні отримували терапію СІ, інші ні. Результати в кінці терапії показали позитивні зміни у самообслуговуванні, соціально-побутових навичках в учасників групи у якій проводилася сенсорно-інтегративна терапія (28).

Lee K. та інші у своїй роботі виділяють важливість роботи і впливу ерготерапевтичних втручань з особами з розумовою відсталістю. Ерготерапевт є одним із ключових фахівців у роботі з молодими особами з легкою розумовою відсталістю для покращення участі в ADL. У своїй роботі він використовує декілька ключових та важливих стратегій у таких сферах (29):

- освітня підтримка є однією із найважливіших компонентів управління з інтелектуальними порушеннями. Сюди можна віднести поведінкові

навички, навчання правильному пошуку допомоги, професійні навички, комунікативні, а також соціальні навички та навички функціонального життя;

- поведінкове втручання може відбуватися кількома різними способами. Основна мета поведінкової терапії полягає у заохоченні позитивної поведінки, одночасно стримуючи небажану;
- професійне навчання допомагає молодій особі з легкою розумовою відсталістю отримати необхідні навички для виходу на ринок праці. Наприклад, молоді особи вчать підтримувати чистоту, носити відповідний одяг та виконувати свої обов'язки;
- сімейне виховання є важливим для розуміння специфіки даного діагнозу та подальшого прогнозу. Важливо пояснити членам сім'ї про специфіку виховання осіб з легкою розумовою відсталістю та обговорити перспективи розвитку майбутнього;
- державні ресурси доступні для пацієнтів та їх сімей;
- психофармакологічні втручання відіграють значну роль у лікуванні поведінкових відхилень пов'язаних з інтелектуальними розладами та супутніми захворюваннями.

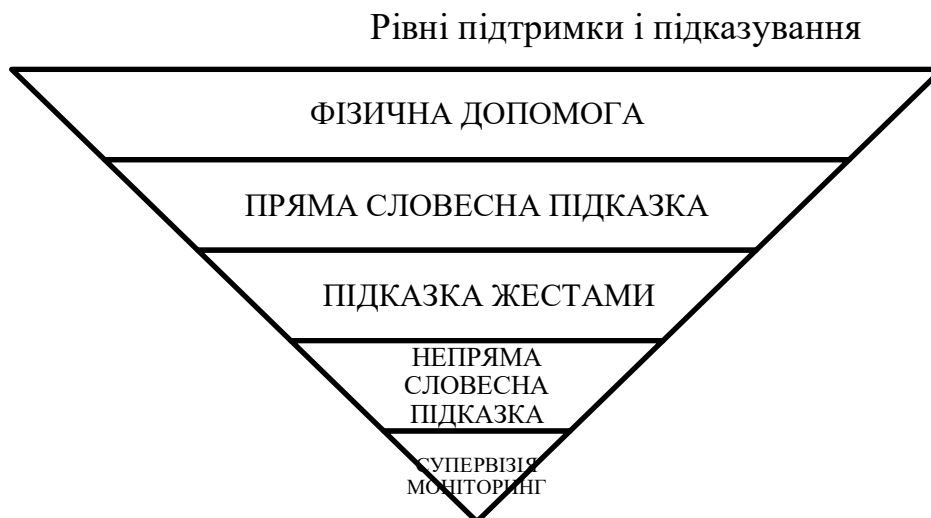
Прогноз осіб з розумовою відсталістю залежить від когнітивних порушень та забезпеченого середовища. За умови надання адекватної фахової підтримки особи з легкою розумовою відсталістю можуть досягти адекватної мовної та соціальної компетентності для самостійного, повноцінного та активного життя (29).

Варто також зазначити, що інтеграція осіб з розумовою відсталістю повинна відбуватися протягом усього її життя, починаючи з дитинства та продовж її дорослішання. Якщо ерготерапевт працює саме з молододою особою з розумовою відсталістю, то розглядає такі основні аспекти життя як управління будинком, працевлаштування, дозвілля, релігійна чи соціальна діяльність. Основна мета ерготерапії полягає у максимальному залученні особи в суспільство (30).

Ерготерапевти отримують спеціальну освіту та підготовку для розуміння взаємодії людини з навколишнім середовищем, що робить їх важливими професіоналами для інтеграції особи в громаді. Щоденна діяльність вимагає інтеграції та використання сенсорних, рухових, пропріоцептивних, когнітивних, соціальних навичок та вмінь. Ерготерапевти проводять та оцінюють втручання для цих областей кваліфікації. Вони допомагають молодим особам розвивати нові навички, модифікувати діяльність або середовище, щоб створити найкраще поєднання моделі людина-діяльність-середовище (30).

Важливо, щоб ерготерапевти використовували стратегію рівнів підтримки і підказування зображені на рисунку 1.2 (42). Метою реабілітаційної програми є поступове зменшення обсягу підтримки, яка забезпечується у всіх сферах повсякденного життя.

Рисунок 1.2



Слід зазначити, що молоді особи з розумовою відсталістю частіше ніж їх однолітки потребують додаткової підтримки для здійснення повсякденної діяльності. Важливо мати реалістичні очікування та враховувати, яка підтримка швидше за все допоможе розвинути їхню незалежність. Зокрема використання покрокових методів є одним із найефективніших стратегій, що допомагає розділити певну діяльність на менші частини та допоможе молодій особі з легкою розумовою відсталістю краще і швидше опанувати ту чи іншу діяльність (31).

Shannon A. та інші звертають увагу на те, що молоді особи з легкою розумовою відсталістю потребують додаткової підтримки для здійснення повсякденних дій, ніж їх однолітки. Також автори зазначають, що варто мати реалістичні очікування та враховувати, яка підтримка, швидше за все допоможе розвинути їх незалежність (32).

Висновки до розділу 1

Розумову відсталість мають близько 3% населення кожної країни. За коефіцієнтом інтелекту (IQ) розрізняють легку, помірну, тяжку та глибоку розумову відсталість. Кожна із них має свої особливості та специфіку роботи.

Одним із важливих фахівців у роботі з особами з розумовою відсталістю є ерготерапевти. Саме їхня діяльність спрямована на покращення якості життя молодих осіб з розумовою відсталістю, їхній соціалізації, підтримці та розвитку навичок самообслуговування, комунікації тощо. Ряд досліджень показують ефективність ерготерапевтичних втручань у покращенні активностей повсякденного життя молодих осіб. Адже у своїй роботі вони використовують клієнтоцентрований підхід, що дозволяє особі визначити найбільш значущі для людини діяльності та максимально покращити їхню участь.

Отже, варто зазначити, що перехід до дорослого життя молодих осіб є одним із найбільш знакових у їхньому житті, адже вони опиняються у нових ролях та статусах. Тому саме ерготерапевт є важливим фахівцем у роботі з молодими особами, який допомагає долати нові труднощі та покращувати якість життя осіб з легкою розумовою відсталістю.

РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Методи дослідження

Для реалізації мети та завдань магістерської роботи ми використовували наступні методи дослідження:

- аналіз наукових джерел літератури;
- збір інформації, анамнезу;
- бесіда;
- спостереження;
- клінічно-інструментальні методи: Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ) (26), Монреальська шкала оцінки когнітивних функцій (MoCA) (32), Канадська оцінка виконання діяльності (COPM) (33);
- методи математичної статистики (38-41).

Аналіз наукових джерел літератури

Для вивчення та ознайомлення з поняттям «розумова відсталість», основними характеристиками, етіологією, сучасним станом осіб з розумовою відсталістю в Україні та основними методиками ерготерапії з особами з легкою розумовою відсталістю ми проаналізували багато наукових джерел літератури. Було проведено детальний аналіз діагнозу «розумова відсталість» за МКХ-10 та описано особливості та специфіку роботи ерготерапевта в участі молодих осіб з легкою розумовою відсталістю в активностях повсякденного життя. Це у свою чергу дає розуміння того, як ерготерапевт працює з молоддю, з якими труднощами стикається та які стратегії застосовує у своїй роботі з молодими особами.

Аналіз наукових джерел літератури дав нам можливість сформулювати основні напрямки дослідження, актуальність теми для України, визначити основні напрямки діяльності ерготерапевта в активностях повсякденного життя молодих осіб з легкою розумовою відсталістю, а також визначити мету та завдання нашого дослідження.

Збір інформації дозволив нам отримати інформацію від родичів про учасників, встановити контакт, визначити запит учасників, дізнатися про особистісні та зовнішні фактори, особливості поведінки учасників в різних ситуаціях, сімейну ситуацію тощо.

Збір анамнезу надав нам інформацію про історію хвороби учасників, стан здоров'я, особливості поведінки, супутні захворювання та прийом медикаментів.

Бесіда - це метод, за допомогою якого ми отримали інформацію від учасників на основі відповідей на питання, які ставив дослідник. Метод бесіди потрібний для встановлення контакту, визначення основних скарг учасників (щодо діяльності та участі), визначення мотивації та емоційного стану учасників.

Спостереження тривало протягом усього курсу ерготерапії. Ми спостерігали за загальним станом учасників, як вони реагували на нові ситуації та види діяльності. Також ми мали можливість побачити шляхи вирішення тих чи інших проблем, виявити труднощі при виконанні нових завдань та оцінити рівень мотивації.

Клінічно-інструментальні методи:

МКФ охоплює всі аспекти здоров'я людини та деякі складові благополуччя, пов'язані зі здоров'ям, та описує їх в термінах доменів охорони здоров'я та доменів, пов'язаних зі здоров'ям (34). Передбачає всесторонній аналіз наявних обмежень життєдіяльності; визначення основних цілей і завдань програми реабілітації, в якій беруть участь фахівці і пацієнт; уточнення послідовності виконання завдань; аналіз особистісних особливостей і вплив навколишнього середовища, а також оцінка ефективності проведеної реабілітації. Складання програми реабілітації згідно МКФ забезпечує цілісний підхід до реабілітації (35) (див. Додаток А).

Монреальська шкала оцінки когнітивних функцій (MoCA) один із найбільш актуальних коротких комплексних тестів для діагностики помірних когнітивних розладів, що дозволяє провести оцінку різних когнітивних доменів:

виконавчих функцій, зорово-конструктивного сприйняття і праксису, уваги і концентрації, рахунку, мови, пам'яті, абстрактного мислення, орієнтації. Проведення цього тесту дозволяє ерготерапевту визначити ті сфери когнітивних порушень з якими буде в майбутньому працювати. Максимальна кількість балів – 30, нормою вважається 26 і більше балів (36) (див. Додаток В).

Канадська оцінка виконання діяльності (COPM) використовується для виявлення проблем та оцінки ефективності втручання пацієнтом, його рівня задоволення виконанням. Отримання інформації відбувається при інтерв'юванні пацієнта або родичів чи доглядальників (у разі неможливості отримання інформації від пацієнта: тяжкий стан, психічні захворювання, дитина раннього віку). COPM є надійним, клінічно корисним, стандартизованим інструментом ерготерапевта.

Оцінка проводиться за трьома категоріями (сферами діяльності), які включають підкатегорії:

- самообслуговування: догляд за собою, функціональна мобільність, участь в житті суспільства;
- продуктивна діяльність: наявність оплачуваною або неоплачуваної роботи, ведення домашнього господарства, школа або гра;
- дозвілля: «тихі» захоплення, активний відпочинок, соціальне спілкування. Оцінка проводиться у чотири кроки.

Крок 1: учасники описали свій звичайний день, виділити активності, які важко виконувати, та якістю виконання яких вони незадоволені згідно трьох вищеописаних сфер.

Крок 2: визначили за шкалою від 1 до 10 важливість виконання кожної активності. Бали записуються у відповідні графи Крок 1А, Крок 1Б, Крок 1 В.

Крок 3 і 4: разом з учасниками вибрали 5 найбільш важливих для них проблем і записати їх нижче. Учасники оцінили кожен «проблемну» активність за шкалою від 0 до 10 з точки зору її виконання, та рівня задоволення виконанням. Далі ерготерапевт підрахував бали. При повторному тестуванні проводилася оцінка найбільш важливих проблем з точки зору їх виконання та

рівня задоволення. Після підрахунку балів за описаною в формі інструкцією проводився аналіз змін, які є відображенням оцінки втручання учасників, їх відчуттям задоволення від результату та покращення виконання певного виду діяльності (37) (див. Додаток Б).

Методи математичної статистики

В нашій науковій роботі ми використали дослідження окремих випадків (single-case studies). Дослідження одного випадку є найосновнішою формою орієнтованого на конкретні випадки дослідження, дослідник докладає зусиль, щоб зрозуміти кожен випадок, включений у дослідження, окремо як сутність, що піддається інтерпретації (38). Основна функція окремого дослідження полягає у моніторингу та контролі терапевтичної роботи, а її цілі полягають у доведенні як цілісності процесу реабілітації, так і її ефективності (39).

Окремі дослідження можуть забезпечити життєздатну альтернативу великим групам досліджень, таким як рандомізовані клінічні дослідження. Окремі випадки включають повторні заходи, маніпуляції та незалежну змінну. Вони можуть бути спроектовані таким чином, щоб мати міцну внутрішню валідність для оцінки причинно-наслідкових зв'язків між втручаннями та результатами, а також зовнішню валідність для узагальнення результатів, особливо коли проекти дослідження включають реплікацію, рандомізацію та декількох учасників (39).

Дослідження окремих випадків можуть бути особливо корисними експериментальними конструкціями в таких ситуаціях, коли ресурси дослідників обмежені, досліджувані умови мають низьку частоту. Також такі дослідження можна проводити в установах та з популяцією, яка не передбачає великої кількості учасників (40). У дослідженнях окремих випадків кожен учасник слугує своїм власним порівнянням, контролюючи, таким чином, безліч заплутаних змінних, які можуть вплинути на результати реабілітаційних досліджень, таких як стать, вік, соціально-економічний рівень, пізнання, домашнє середовище та паралельні втручання (41).

Також у нашому дослідженні ми використовували описовий аналіз (описовий характер даних), візуальний та статистичний аналізи. Для аналізу статистичних даних ми використовували програму Microsoft Office Excel.

2.2. Організація дослідження

Дослідження проводилося у чотири етапи:

Перший етап (вересень – грудень 2020 р.) – вивчення теми, пошук та аналіз науково-методичної літератури, підбір методів дослідження розробка плану дослідження, визначення мети та завдань дослідження.

Другий етап (січень – лютий 2021 р.) – підбір учасників дослідження, збір інформації та анамнезу від учасників та їх сімей. Застосування клінічно-інструментальних методів.

Третій етап (березень 2021 р.) – проведення ерготерапевтичного втручання з учасниками дослідження.

Четвертий етап (квітень – травень 2021 р.) - статистична обробка даних, аналіз та опис отриманих результатів. Завершення дослідження та оформлення магістерської кваліфікаційної роботи.

РОЗДІЛ 3. ІНДИВІДУАЛЬНІ ПРОГРАМИ ЕРГОТЕРАПІЇ ОСІБ ВІКОМ 18-30 РОКІВ З ЛЕГКОЮ РОЗУМОВОЮ ВІДСТАЛІСТЮ ДЛЯ ПОКРАЩЕННЯ УЧАСТІ В АКТИВНОСТЯХ ПОВСЯКДЕННОГО ЖИТТЯ ТА ЇЇ ЕФЕКТИВНІСТЬ

3.1. Особливості індивідуальних програм ерготерапії молодих осіб з легкою розумовою відсталістю для покращення участі в активностях повсякденного життя

Ціль дослідження полягає у створенні індивідуальних програм ерготерапії та визначення їх ефективності для осіб з легкою розумовою відсталістю віком від 18 до 30 років для покращення участі в активностях повсякденного життя в Україні на базі Львівського міського центру реабілітації «Джерело», у відділенні Майстерні для молоді (ВДД для осіб з інвалідністю).

На початку дослідження було відібрано п'ять учасників віком 18-30 років з легкою розумовою відсталістю, проте двоє учасників були відсутні під час проведення ерготерапевтичного втручання, через пандемію COVID-19. В дослідженні взяли участь три учасники, представлені як одиночні випадки. Дослідження тривало протягом дев'яти тижнів.

Зокрема протягом перших двох тижнів (базова фаза) ми проводили збір даних, анамнезу, тестування. Тест МоСА ми проводили для визначення основних когнітивних порушень у молодих осіб з легкою розумовою відсталістю. За допомогою СОРМ ми визначили найбільш значущі для учасників види діяльності та оцінили їхній ступінь задоволення і виконання. Також перед початком ерготерапевтичного втручання ми розробили та заповнили індивідуальний ерготерапевтичний профіль учасників для визначення рівня допомоги, який потребують учасники для виконання активностей повсякденного життя (базові, інструментальні, професійні та домашній побут).

Протягом наступних чотирьох тижнів (фаза втручання) ми склали індивідуальну програму ерготерапії для кожного учасника та проводили

заняття, виконували вправи для покращення когнітивних функцій, виконували значущі для учасників діяльності та покращували їх виконання.

Після чотирьох тижнів ми провели повторне обстеження когнітивних функцій (тест МоСА), СОРМ та заповнили індивідуальний ерготерапевтичний профіль для виявлення змін, які відбулися після проходження програми ерготерапії.

Протягом наступних трьох тижнів (фаза спостереження) ми спостерігали за учасниками, проте ерготерапія з учасниками не проводилася. Наприкінці третього тижня ми провели повторне обстеження та заповнили індивідуальний ерготерапевтичний профіль учасників. Фази та періоди втручання представлені схематично в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Дизайн дослідження

| Базова фаза | Фаза втручання | Фаза спостереження |
|---|--|---|
| 2 тижні | 4 тижні | 3 тижні |
| МоСА, СОРМ, індивідуальний ерготерапевтичний профіль учасника | Ерготерапія, МоСА, СОРМ, індивідуальний ерготерапевтичний профіль учасника | СОРМ, індивідуальний ерготерапевтичний профіль учасника |

Учасники

Критерії включення:

- вік 18-30 років;
- клінічно визначений діагноз «легка розумова відсталість» за МКХ-10;
- відсутність супутніх захворювань;
- виконання функціональних завдань самостійно.

Критерії виключення:

- в даний час отримують ерготерапію;
- в даний час беруть участь в інших дослідницьких проектах;
- наявність епістатусу.

Опис учасника 1

Хлопець 22 роки, з діагнозом легка розумова відсталість (F-70).

На рівні структури і функції тіла. Когнітивні порушення: пам'ять, абстрактне мислення, увага.

Участь. Син, онук, друг, клієнт Центру «Джерело», хобі – столярна майстерня, складання пазлів. Випускник школи № 82.

Діяльність. Всі види переміщення виконує самостійно, самообслуговування здійснює з мінімальною допомогою. В Центр «Джерело» добирається самостійно.

Особистісні фактори. Дружелюбний, нетерплячий, слухняний.

Фактори навколишнього середовища. Проживає з мамою і татом у Львові (9 поверх). Відвідує бабцю, їздить з батьками на дачу.

Таблиця 3.2

Результати СОРМ учасника 1

| № | Вид діяльності | Виконання | Задоволення |
|---------------------|----------------------------|------------|-------------|
| 1 | Особистий догляд | 4 | 5 |
| 2 | Ручне прання | 3 | 3 |
| 3 | Приготування простих страв | 3 | 4 |
| Середній бал | | 3,6 | 4 |

Опис учасника 2

Хлопець 21 рік, клінічно встановлений діагноз «легка розумова відсталість» (F-70).

На рівні структури і функції тіла. Когнітивні порушення: увага, абстрактне мислення, пам'ять.

Участь. Син, онук, брат, друг, клієнт Центру «Джерело». Хобі – телефонні ігри, слухати музику, танцювати, грати у футбол. Випускник НРЦ «Довіра».

Діяльність. Самостійно здійснює всі види переміщення, за межами дому є під супроводом родичів. Самостійний в самообслуговуванні, крім миття голови та гоління.

Особистісні фактори. Вмотивований, добрий, привітний, старанний, дружелюбний.

Фактори навколишнього середовища. Живе у Львові на 4 поверсі з мамою, татом, сестрою і бабцею.

Таблиця 3.3

Результати СОРМ учасника 2

| № | Вид діяльності | Виконання | Задоволення |
|---------------------|--|------------|-------------|
| 1 | Здійснення покупок | 2 | 3 |
| 2 | Користування громадським транспортом (трамвай) | 2 | 2 |
| 3 | Приготування простих страв | 1 | 1 |
| 4 | Особистий догляд | 5 | 5 |
| 5 | Прибирання в квартирі | 3 | 4 |
| Середній бал | | 2,6 | 3 |

Опис учасника 3

Хлопець 24 роки, з легкою розумовою відсталістю (F-70).

На рівні структури і функції тіла. Когнітивні порушення: зорово-конструктивні, абстракція, увага.

Участь. Син, друг, клієнт Центру «Джерело». Хобі – слухати музику, танцювати, виступати.

Діяльність. Всі види переміщення виконує самостійно. В самообслуговуванні потребує мінімальної допомоги.

Особистісні фактори. Емоційний, дружелюбний, не любить критики та невдач.

Фактори навколишнього середовища. Проживає у Львові з мамою в квартирі. Тато живе окремо.

Таблиця 3.4

Результати СОРМ учасника 3

| № | Вид діяльності | Виконання | Задоволення |
|---|--|-----------|-------------|
| 1 | Приготування простих страв | 4 | 4 |
| 2 | Користування громадським транспортом (трамвай) | 2 | 3 |

| | | | |
|---------------------|---------------------|----------|------------|
| 3 | Прибирання на кухні | 3 | 3 |
| Середній бал | | 3 | 3,3 |

За допомогою Монреальської шкали оцінки когнітивних функцій (MoCA) ми визначили основні порушення учасників, які наведені в таблиці 3.5.

Таблиця 3.5

Результати MoCA

| № | Секції обстеження MoCA | Норма | Учасник 1 | Учасник 2 | Учасник 3 |
|----------------------|--|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1 | Створення послідовності, що чергується | 1 | 1 | 1 | 0 |
| 2 | Зоровоконструктивні навички (куб) | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 3 | Зоровоконструктивні навички (годинник) | 3 | 2 | 2 | 2 |
| 4 | Найменування | 3 | 3 | 3 | 3 |
| 5 | Пам'ять | - | - | - | - |
| 6 | Увага | 6 | 3 | 1 | 2 |
| 7 | Повторення речень | 2 | 1 | 1 | 0 |
| 8 | Словесна вільність | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 9 | Абстракція | 2 | 0 | 0 | 0 |
| 10 | Відкладене пригадування | 5 | 1 | 3 | 2 |
| 11 | Орієнтація | 6 | 6 | 5 | 6 |
| Загальний бал | | 30 | 19 | 17 | 16 |

Примітки. Додається 1 бал, якщо освіта ≤ 12

Згруповані загальні дані по трьох учасниках представлені в таблиці 3.6.

Таблиця 3.6

Загальні дані учасників

| Показник | Учасник 1 | Учасник 2 | Учасник 3 |
|----------------|-----------|----------------|--------------|
| Стать | Чоловіча | Чоловіча | Чоловіча |
| Вік | 22 | 21 | 24 |
| Діагноз | F-70 | F-70 | F-70 |
| Освіта | школа №82 | школа «Довіра» | школа Центру |

| | | | |
|--------------------------------|--|--|---|
| | | | “Джерело” |
| Когнітивні порушення | пам'ять, абстрактне мислення, увага | увага, абстрактне мислення, пам'ять | зорово-конструктивні, абстракція, увага |
| Основні види діяльності | особистий догляд, ручне прання, приготування простих страв | здійснення покупок, користування громадським транспортом (трамвай), приготування простих страв, фінансова грамотність, прибирання в квартирі | приготування простих страв, користування громадським транспортом (трамвай), прибирання на кухні |

За допомогою тесту МоСА ми оцінили, які когнітивні порушення має кожен з учасників, зокрема такі як, зорово-конструктивні навички, пам'ять, увага, абстрактне мислення. Це дозволило нам працювати над покращенням когнітивних функцій за допомогою вправ на увагу, пам'ять та увагу та використовувати стратегії втручання під час виконання різних діяльностей. Також за допомогою Канадської оцінки виконання діяльності (COPM), ми визначили важливі для учасників види діяльності, рівень їх виконання та задоволення. Серед основних видів діяльності учасники виділили: приготування простих страв, користування громадським транспортом (трамвай), прибирання на кухні, здійснення покупок, фінансова грамотність, прибирання в квартирі, особистий догляд, ручне прання.

Також ми заповнили індивідуальний ерготерапевтичний профіль кожного учасника (активності повсякденного життя: базові, інструментальні, професійні та домашній побут), які представлені в таблицях 3.7. - 3.11 (див. Додаток Г).

Зокрема кожен з пунктів індивідуального ерготерапевтичного профілю ми оцінювали від 0 до 5, де 0 – учасник не виконує завдання, а 5 – виконує самостійно, підказки не потрібні. Саме ця градація балів оцінює самостійність виконання діяльності та сутінь допомоги.

Базові активності повсякденного життя (самообслуговування)

| Учасники/Діяльність | Вмивання, чищення зубів | Прийом душу/ ванни | Догляд за волоссям | Догляд за шкірою, нігтями | Обслуговування в туалеті | Одягання/ Роздягання | Прийм їжі та пиття |
|---------------------|-------------------------|--------------------|--------------------|---------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------|
| Учасник 1 | 5 | 4 | 4 | 1 | 5 | 5 | 5 |
| Учасник 2 | 5 | 4 | 1 | 0 | 5 | 5 | 5 |
| Учасник 3 | 5 | 5 | 4 | 2 | 5 | 5 | 5 |

Таблиця 3.8

Інструментальні активності повсякденного життя

| Учасники/ Діяльності | Користування телефоном | Користування громадським транспортом | Управління (користування) грошима | Здійснення покупок | Догляд за домашнім улюбленцем |
|----------------------|------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|--------------------|-------------------------------|
| Учасник 1 | 5 | 4 | 1 | 4 | 4 |
| Учасник 2 | 5 | 1 | 1 | 1 | 3 |
| Учасник 3 | 5 | 3 | 1 | 4 | 4 |

Таблиця 3.9

Активності повсякденного життя (Професійні)

| Учасники/Діяльності | Читання | Писання | Запам'ятовування | Рахування |
|---------------------|---------|---------|------------------|-----------|
| Учасник 1 | 5 | 4 | 4 | 2 |
| Учасник 2 | 4 | 4 | 2 | 1 |
| Учасник 3 | 4 | 4 | 3 | 1 |

Таблиця 3.10

Активності повсякденного життя (Домашній побут)

| Учасники /Діяльність | Приготування чаю | Приготування канапки | Приготування простих страв | Миття, витирання і складання посуду | Прання і сушіння одягу | Підмітання/користування порохоотягом | Складання одягу | Застеляння ліжка |
|----------------------|------------------|----------------------|----------------------------|-------------------------------------|------------------------|--------------------------------------|-----------------|------------------|
| Учасник 1 | 4 | 3 | 1 | 2 | 1 | 4 | 4 | 4 |
| Учасник 2 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 3 | 2 | 2 |
| Учасник 3 | 5 | 4 | 1 | 2 | 2 | 4 | 4 | 3 |

Примітки:

5 балів – підказки не потрібні – Людина не вимагає допомоги чи заспокоєння, не задає питань для уточнення, переходить безпосередньо до завдання і виконує його. Вона вголос говорить, що їй потрібно робити (це називається самонаведенням).

4 бали – непрямі словесні підказки - Людині потрібні словесні підказки, такі як відкрите запитання або твердження, яке допоможе їй рухатися далі. Непряма словесна підказка має надходити у формі запитання, а не прямої інструкції, наприклад: «Що ви повинні робити зараз?»; «Який наступний крок?»; «Що ще вам потрібно?» Уникайте прямих фраз, таких як «прочитати інструкції» або «увімкнути плиту».

3 бали – жестові підказки - Людина потребує жестових підказок. На цьому рівні ви фізично не берете участі в жодній частині завдання. Натомість вам слід зробити жест, що імітує дію, необхідну для виконання тієї частини завдання, якою вони зайняті, або зробити рух, який спрямовує людину, наприклад, ви можете рухати руками, вказуючи на те, де учасник може знайти предмет, вказати відповідний рівень на мірній чашці. Ви не можете фізично брати участь, наприклад, передавати людині предмет.

2 бали – прямі словесні підказки - Вам потрібно виконати однокрокову команду, щоб ви словесно спонукали учасника до дії. Наприклад, скажіть: «взьміть ручку» або «налийте воду в каструлю».

1 бал – фізична допомога - Ви фізично допомагаєте учаснику в певному кроці, але не робите це замість нього. Ви можете тримати чашку, поки він/вона наливає, тримати чекову книжку, поки він/вона пише, послабити кришку на контейнері з ліками тощо, але учасник все ще береться за завдання та бере участь у ньому.

0 балів – зробіть замість учасника - Ви повинні зробити крок замість учасника.

Таблиця 3.11

Результати учасників індивідуального ерготерапевтичного профілю

| Учасники /ADL | ADL (Базові) | ADL (Інструментальні) | ADL (Професійні) | ADL (Домашній побут) | Загальний бал |
|---------------|--------------|-----------------------|------------------|----------------------|---------------|
| Учасник 1 | 29 | 18 | 15 | 23 | 85 |
| Учасник 2 | 25 | 11 | 11 | 10 | 57 |
| Учасник 3 | 31 | 17 | 12 | 25 | 85 |
| Норма | 35 | 25 | 20 | 40 | 120 |

За результатами COPM, в учасника 1 спостерігаються труднощі у догляді за шкірою та нігтями, рахуванням та користуванням грошима, приготуванням канапок та простих страв, а також з пранням та миттям посуду. В учасника 2 виникають труднощі з особистим доглядом, зокрема за волоссям, шкірою та нігтями. Користування громадським транспортом, управління грошима, здійснення покупок, приготування чаю та простих страв, а також рахування та запам'ятовування, миття посуду, прання, складання одягу та застеляння ліжка теж виникає в учасника труднощі. Результати учасника 3 відзначають допомогу в таких діяльностях як догляд за шкірою та нігтями, управління грошима, рахуванням, приготування простих страв, миття, складання посуду, прання та застеляння ліжка.

Необхідні матеріали:

Заняття з гігієни (самообслуговування) – тепла вода, рушник, зубна паста і щітка, мило, вушні палички, манікюрні ножиці.

Заняття з кулінарії – горнятко, чайник, вода, пакетик чаю, чайна ложка цукор, газова плита, макарони, каструля, сіль, друшляк, яйце, сковорідка, сосиски, виделка, ложка, тарілка, хліб, масло, сир, ніж, дошка, терка.

Заняття з домашнього побуту – ліжко (кушетка), покривало, подушка, ковдра, одяг, віник, совок, порох отяг, пральна машина, сушка для одягу, господарське мило, порошок, губка для миття посуду, рідина для миття посуду.

Заняття з орієнтації в просторі – громадський транспорт (трамвай), квиток, гроші, пакет для покупок.

Інші заняття – ручка, олівець, папір, карточки з цифрами, карточки з різними зображеннями (фрукти, овочі, тварини, тощо), гра «Дабл», книжка з оповіданнями.

Терапія тривала протягом чотирьох тижнів (10 занять). Тривалість одного заняття – 1 година.

Програма учасника 1

Заняття 1. Вправи на пам'ять, увагу. Презентація «Особиста гігієна».

Заняття 2. Вправи на увагу. Практичне заняття: догляд за шкірою та нігтями, гігієна всього тіла.

Заняття 3. Вправи на пам'ять. Приготування канапок (нарізання хліба, змащення маслом, тертя сиру). Миття посуду.

Заняття 4. Вправи на пам'ять та увагу. Приготування простих страв: яєчня. Миття посуду.

Заняття 5. Рахування: віднімання та додавання чисел. Менеджмент грошей.

Заняття 6. Рахування: віднімання та додавання чисел. Гра «Магазин».

Заняття 7. Приготування простих страв: макарони, сосиски. Миття посуду.

Заняття 8. Вправи на увагу та пам'ять. Прання вручну захисної маски.

Заняття 9. Складання списку продуктів. Похід в магазин. Здійснення покупок.

Заняття 10. Приготування макаронів з яєчною і миття посуду.

Програма учасника 2

Заняття 1. Вправи на увагу та пам'ять. Презентація «Особиста гігієна».

Заняття 2. Практичне заняття: особиста гігієна, чищення зубів та вмивання, догляд за шкірою та нігтями.

Заняття 3. Вправи на увагу та пам'ять, рахування (додавання і віднімання). Гра «Магазин».

Заняття 4. Планування покупок, складання списку продуктів. Правила дорожнього руху. Похід в магазин.

Заняття 5. Приготування чаю, канапки, яєчні. Миття посуду.

Заняття 6. Приготування молочної каші. Миття посуду. Складання одягу.

Заняття 7. Користування громадським транспортом (трамвай). Вивчення маршруту Дім – Центр «Джерело».

Заняття 8. Прання в пральній машині. Сушіння одягу. Застеляння ліжка.

Заняття 9. Поїздка трамваєм Дім – Центр «Джерело».

Заняття 10. Приготування чаю і канапки. Миття, витирання і складання посуду. Підмітання підлоги.

Програма учасника 3

Заняття 1. Вправи на пам'ять та увагу. Презентація «Особиста гігієна».

Заняття 2. Вправи на пам'ять та увагу. Особиста гігієна, практичне заняття.

Заняття 3. Рахування, додавання і віднімання. Гроші. Гра «Магазин».

Заняття 4. Вправи на пам'ять та увагу. Купівля продуктів в магазині.

Заняття 5. Вправи на пам'ять. Застеляння ліжка. Додавання і віднімання чисел.

Заняття 6. Приготування чаю і канапки (сир, масло, хліб). Миття посуду, витирання та складання

Заняття 7. Вправи на увагу. Особиста гігієна. Прання в пральній машині і прання вручну.

Заняття 8. Приготування макаронів і сосисок. Миття посуду, прибирання робочої поверхні.

Заняття 9. Прибирання, підмітання та миття підлоги, складання одягу та прибирання на книжкових полицях.

Заняття 10. Правила дорожнього руху. Поїздка трамваєм.

Вправи на увагу

1. Настільна гра «Дабл». Два учасника, кожен з яких має однакову кількість карток. Одну карту кладуть посередині зображенням вгору. Учасники на швидкість та увагу повинні покласти свою карточку поверх тої, що знаходиться посередині і назвати що є спільного між їхньою картокою і тою, що лежить по центру. Перемагає той учасник, який швидше позбудеться карток.

2. Таблиці Шульте (див. Додаток Д). Учасники повинні якнайшвидше показати і назвати від 1 до 25 всі цифри по порядку. Можна фіксувати цифри тільки поглядом або за допомогою олівця, але відміток не залишати. Наведено п'ять таблиць для п'яти спроб. Виконання на швидкість.

3. Цифра «п'ять». Учасники плескають у долоні, коли чують цифру п'ять. Називаємо цифри, наприклад, 3, 4, 5, 7, 9, 15, 10, 5, 5, 1, 6, 5, 2, 8, 11, 5, 25, 5, 17, 2, 35, 5, 10, 11.

4. Відмінності між картинками. Знайти відмінності між картинками (5, 10 відмінностей). Перед учасниками представлені дві однакові картинки, проте вони мають відмінності, які необхідно знайти.

5. Стукіт. Учасники повинні порахувати скільки разів стукнули ручкою чи олівцем по столі.

Вправи на пам'ять

1. Називаємо учасникам п'ять слів, наприклад, риба, зелений, рука, шість, троянда. Виконуємо якусь діяльність чи іншу вправу. Через п'ять хвилин учасники мають повторити цих п'ять слів.

2. Розкладаємо на стіл п'ять різних картинок чи предметів. Просимо учасників їх уважно роздивитися та запам'ятати, потім вони повинні розвернутися і ми забираємо один із них. Учасники повинні відгадати, що зникло, якого воно було кольору, якої форми тощо. Кількість предметів чи картинок можна змінювати

3. Учасники повинні прочитати оповідання, а потім переказати зміст прочитаного.

4. Називаємо шість слів, наприклад: цукерка, троянда, шоколад, ромашка, торт, тюльпан. Запитуємо: Скільки було квіток? Які це були квіти? Що ще було назване? В яку групу можна об'єднати ці слова? Кількість слів можна змінювати і міняти самі слова.

5. Короткотривала пам'ять. Підсумовували все, що ми робили на занятті і протягом дня.

У роботі з молодими особами з легкою розумовою відсталістю, ми використовували **навчальні та поведінкові методи:**

1. Формування. Техніка поведінки, яка відповідає бажаній поведінці, отримує визнання та похвалу. Після того, як початковий етап компонента діяльності чи завдання вивчений, похвала більше не дається, поки не буде досягнута наступна стадія діяльності чи завдання.

2. Підказки. Сигнали – це візуальний, фізичний або словесний елемент події чи завдання, який допомагає людині сприймати і розуміти ціле завдання. Підказки включають різний рівень допомоги від максимального до мінімального: зробіть замість учасника (клієнта), фізична допомога, прямі словесні підказки, жестові підказки, непрямі словесні підказки, підказки не потрібні. Метою реабілітаційної програми є поступове зменшення обсягу підтримки, яка забезпечується у всіх сферах повсякденного життя.

3. Створення ланцюжка. Необхідно встановити процедуру та послідовність звичок, визначитись із оптимальною послідовністю кроків. Також ми використовували ланцюжки, підказки та підсилення кожного разу, коли використовували послідовність. Прямий ланцюжок полягає у тому, що учасник

(клієнт) робить перші кроки діяльності, а ерготерапевт продовжує їх. Зворотній ланцюжок – ерготерапевт робить перші кроки діяльності, а учасник (клієнт) продовжує їх виконання.

4. «Крок за кроком». Кожне завдання учасника ми ділили на детальні поетапні кроки для полегшення і засвоєння цілої діяльності. По одному завданні кожного учасника ми представили у таблиці 3.12.

Таблиця 3.12

| Приготування канапки (учасник 1) | Приготування чаю (учасник 2) | Користування порохотягом (учасник 3) |
|---|--|--|
| 1. Проговоріть про продукти та інвентар, який необхідний для приготування канапки та покладіть на стіл | 1. Проговоріть про необхідні продукти та інвентар, який необхідний для приготування чаю | 1. Знайдіть і витягніть порохотяг зі шафи |
| 2. Витягніть з холодильника масло та сир (твердий); хліб; зі шафи терку, ніж для масла, ніж для нарізання хліба та дощечку, тарілку | 2. Витягніть зі шафи горнятко, чайну ложку, чайник, пакетик чаю, цукор | 2. Проговоріть з чого складається порохотяг (кнопки, корпус, шланг, кабель) |
| 3. Проговоріть техніку безпеки користування ножем | 3. Проговоріть техніку безпеки користування електричним чайником | 3. Проговоріть техніку безпеки |
| 4. Ножем наріжте хліб на дощечці | 4. Наберіть необхідну кількість води в чайник з кулера, поставте на підставку та натисніть кнопку «вкл.» | 4. Витягніть кабель і вставте в розетку |
| 5. Натріть сир на терці | 5. Поставте пакетик чаю в горнятко та наберіть 1-2 чайну ложку цукру та насипте в горнятко | 5. Натисніть кнопку «вкл.» |
| 6. Намастіть масло на хліб, рівномірно розмащуючи по кусочку | 6. Налийте воду з чайника в горнятко | 6. Прибираємо (пилососимо) |
| 7. Посипте сиром кусок хліба та кладемо на тарілку | 7. Поставте чайник на підставку | 7. Натисніть кнопку «викл.» |
| 8. Витріть поверхню столу | 8. Витягніть пакетик та викиньте у сміттєве відро | 8. Витягніть кабель з розетки та натисніть на кнопку на якій зображена вилка |
| 9. Помийте та складіть посуд в шафу, а продукти в холодильник | 9. Розмішайте цукор чайною ложкою | 9. Складіть порохотяг в шафу |

5. Навчання без помилок. Підготовка учасника розумово та емоційно до завдання за допомогою словесної та жестової підказки. Сформулюйте або запишіть узгоджену мету та завдання діяльності. Орієнтуйте учасника (клієнта) за допомогою фізичних підказок або, якщо потрібно, повного фізичного керівництва. Моделюйте поведінку, необхідну для початку та виконання завдання. Наведіть та скеруйте клієнта на початок діяльності. Підтримуйте участь клієнта у діяльності за допомогою підказок та підказок через діяльність. Підтримуйте особу на основі співпраці. Завершіть діяльність успішно та на приємній ноті.

6. Зразки (шаблони) практики. Заблокована практика: відпрацьовуйте частини завдання шляхом повторення та складайте все завдання разом, як тільки людина зможе виконати окремі частини завдання. Випадкова практика: відпрацьовуйте все завдання в різних умовах, щоб допомогти передати вміння.

7. Зворотній зв'язок (відгук). Відгук необхідний для навчання. Учасник (клієнт) повинен використовувати знання про свої результати (успішні чи невдалі), щоб: оцінити ефективність; змінити продуктивність; вдосконалити майбутнє виконання завдання. Відгуки можуть бути: словесний; візуальний; тактильний. Працюйте з людиною, щоб:

- Розпізнавати проблеми з виконанням завдань
- Поміркувати над власною ефективністю
- Надати зворотний зв'язок, щоб допомогти зрозуміти різницю між очікуваною і фактичною продуктивністю
- Визначити тип підказки, що підтримує продуктивність
- Зрозуміти наслідки труднощів для повсякденного функціонування та безпеки

8. Оцінювання. Оцініть та адаптуйте відповідно до потреб та можливостей особи: тривалість діяльності; складність діяльності; рівень допомоги, яку хтось надає (42).

Принципи нейропластичності:

- Використовуй бо – загубиш

- Використовуй і покращуй
- Специфічність
- Повторюваність
- Інтенсивність
- Питання стосовно часу
- Важливість для пацієнта (43)

3.2. Ефективність індивідуальних програм ерготерапії осіб віком 18-30 років з легкою розумовою відсталістю для покращення участі в активностях повсякденного життя

Результати дослідження по кожному учаснику окремо представлені описово, а також у вигляді таблиць та графіків.

Результати по учаснику 1

Динаміка результатів за Канадською оцінкою виконання діяльності (COPM) по учаснику 1 представлена в таблиці 3.13.

Таблиця 3.13

Результати за COPM учасника 1

| № | Вид діяльності | Норма | Базова фаза | Фаза втручання | Базова фаза | Фаза втручання |
|---------------------|----------------------------|-----------|------------------|----------------|------------------|----------------|
| | | | В | В | З | З |
| 1 | Особистий догляд | 10 | 4 | 6 | 5 | 6 |
| 2 | Ручне прання | 10 | 3 | 7 | 3 | 8 |
| 3 | Приготування простих страв | 10 | 3 | 6 | 4 | 8 |
| Середній бал | | 10 | 3,3 | 6,3 | 4 | 7,3 |
| | | | Зміни у В | 3 | Зміни у З | 3, 3 |

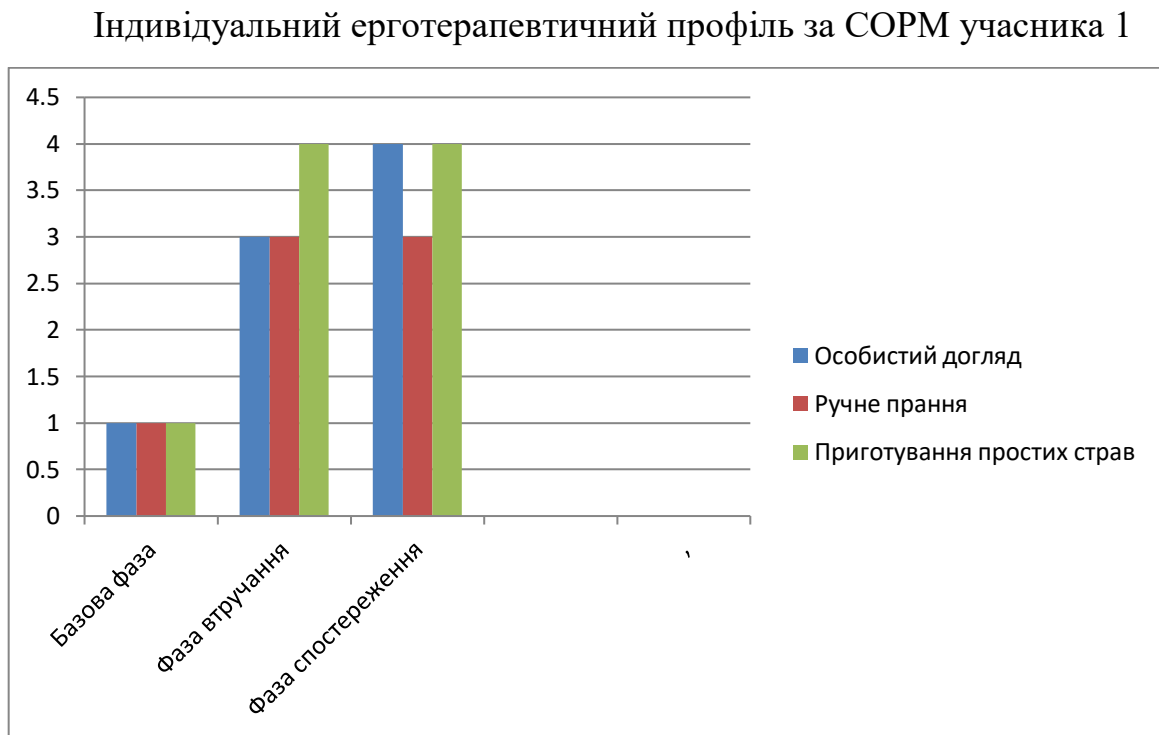
Примітки: В – виконання, З - задоволення

За результатами COPM в учасника 1 відбулися зміни у виконанні та задоволенні у всіх видах діяльності (зміни у виконанні – 3, зміни у задоволенні – 3,3). Зокрема значна різниця відбулася ручному пранні виконання до ерготерапії було 3 бали, а після 7 балів, задоволення до – 3 бали, після – 8 балів. Також різниця спостерігалася у приготуванні простих страв виконання до втручання становило 3 бали, після – 6, задоволення до – 4 бали, а після 8 балів, що в два рази більше від початкового показника.

Важливою складовою нашого дослідження було оцінити рівень самостійності учасників у виконанні важливих для них діяльностей. Результати індивідуального ерготерапевтичного профілю за COPM учасника 1 показують

нам динаміку виконання діяльності на базовій фазі, фазі спостереження та фазі втручання (рис. 3.1).

Рисунок 3.1



Примітки. 5 балів – підказки не потрібні, 4 бали – непрямі словесні підказки, 3 бали – жестові підказки, 2 бали – прямі словесні підказки, 1 бал – фізична допомога, 0 балів – зробіть замість учасника

Особистий догляд на базовій фазі, зокрема йдеться про догляд за шкірою та нігтями, учасника 1 потребував значної фізичної допомоги. На фазі втручання потребував жестової підказки, де ерготерапевт вказувала на певну ділянку шкіри та як правильно тримати манікюрні ножиці, згодом на базі спостереження учасник самостійно з непрямыми словесними підказками доглядав за шкірою та нігтями.

На базовій фазі учасник 1 потребував значної фізичної допомоги у ручному пранні, на фазі втручання – жестових підказок (ерготерапевт вказувала на ділянку одягу, необхідність взяти господарське мило тощо), а на фазі спостереження непрямих словесних підказок (запитання: Як ти думаєш яку частину одягу ти не намилив/намочив достатньо тощо?).

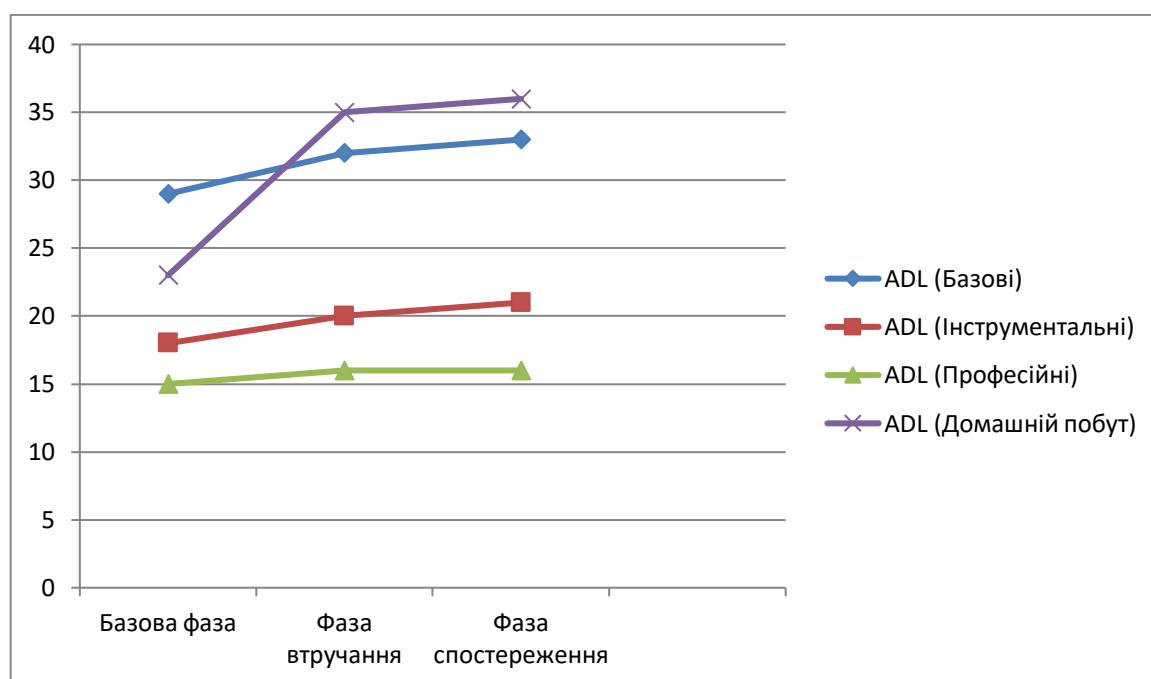
Учасник 1 зазначив, що йому важливо навчитись готувати прості страви, зокрема макарони, сосиски, яєчня. Приготування простих страв на базовій фазі

учасник потребував фізичної допомоги, а саме ерготерапевт включала газову плиту, допомагала у набиранні води у каструлю тощо. На базі втручання та базі спостереження потребував непрямих словесних підказок (наприклад, Чи не зavelикий вогонь?, Скільки ще часу мають варитися макарони? тощо).

У нашому дослідженні ми досліджували також інші сфери активності повсякденного життя, такі як самообслуговування, інструментальні, професійні та домашній побут (рис. 3.2).

Рисунок 3.2

Загальні дані індивідуального ерготерапевтичного профілю учасника 1



Примітка. Максимальні бали: ADL (Базові) – 35, ADL (Інструментальні) – 25, ADL (Професійні) – 20, ADL (Домашній побут) – 40.

ADL (Базові) на базовій фазі становили 29 балів, на фазі втручання – 32, а на фазі спостереження – 33 бали. ADL (Інструментальні) на базовій фазі ми визначили 18 балів з 25, на фазі втручання – 20 балів, а на фазі спостереження – 21 бал. ADL (Професійні) на базовій фазі становили 15 балів з максимальних 20, на фазі втручання та фазі спостереження – 16 балів. ADL (Домашній побут) на базовій фазі становили 23 бали з 40 можливих, на фазі втручання – 35 балів і на фазі спостереження – 36 балів.

Результати по учаснику 2

Зміни які відбулися у виконанні та задоволенні від діяльності за СОРМ представлені у табл. 3.14.

Таблиця 3.14

Результати за СОРМ учасника 2

| № | Вид діяльності | Норма | Базова фаза | Фаза втручання | Базова фаза | Фаза втручання |
|---------------------|---|-----------|------------------|----------------|------------------|----------------|
| | | | В | В | З | З |
| 1 | Здійснення покупок | 10 | 2 | 4 | 3 | 4 |
| 2 | Користування громадським транспортом (трамваєм) | 10 | 2 | 4 | 2 | 5 |
| 3 | Приготування простих страв | 10 | 1 | 4 | 1 | 4 |
| 4 | Особистий догляд | 10 | 5 | 7 | 5 | 8 |
| 5 | Прибирання в квартирі | 10 | 3 | 8 | 4 | 9 |
| Середній бал | | 10 | 2,6 | 5,4 | 3 | 6 |
| | | | Зміни у В | 2,8 | Зміни у З | 3 |

Примітки: В – виконання, З - задоволення

Учасник 2 вибрав п'ять важливих для нього видів діяльності і у всіх відбулися позитивні зміни, зокрема різниця між виконанням до і після ерготерапевтичного втручання становить 2,8 балів, а між задоволенням – 3 бали.

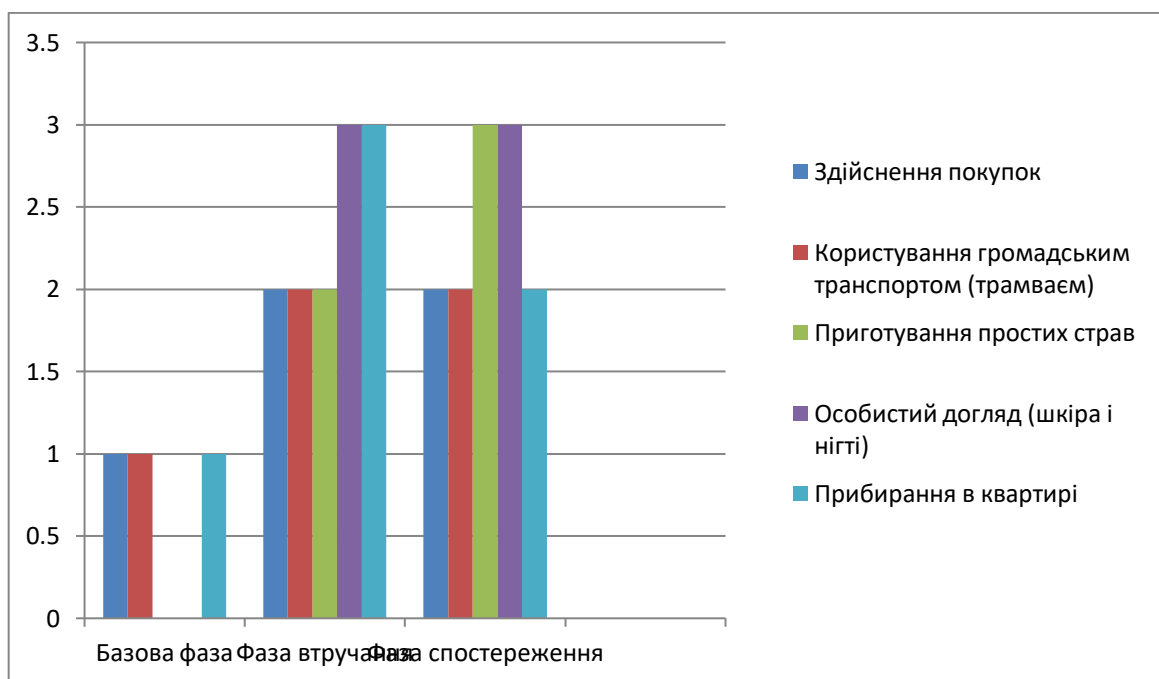
Зокрема, здійснення покупок учасник 2 оцінив на 2, а після терапії на 4, задоволеність на 3, а після на 4. Користування громадським транспортом виконання і задоволення було на 2, а після втручань 4 і 5 відповідно. Приготування простих страв було оцінено виконання та задоволення на 1, а після ерготерапії на 4. Виконання особистого догляду до було оцінено на 5 а після на 7, задоволення від виконання до – 5, після – 8. Прибирання в квартирі

до терапії було оцінено на 3, після на 8, задоволеність від виконання становила до терапії 4, а після – 9.

Важливо було визначити якої саме допомоги потребує учасник 2 при виконанні важливих для нього діяльностей, таких як здійснення покупок, користування громадським транспортом, приготування простих страв, прибирання в квартирі та особистий догляд. Ми визначили рівень допомоги на базовій фазі, фазі втручання та фазі спостереження (рис. 3.3).

Рисунок 3.3

Індивідуальний ерготерапевтичний профіль за COPM учасника 2



Примітки. 5 балів – підказки не потрібні, 4 бали – непрямі словесні підказки, 3 бали – жестові підказки, 2 бали – прямі словесні підказки, 1 бал – фізична допомога, 0 балів – зробіть замість учасника.

Здійснення покупок на базовій фазі учасник 2 потребував значної фізичної допомоги, на фазі втручання та фазі спостереження – прямих словесних підказок (шукай на цій полиці; потрібно зважити тощо). Користування громадським транспортом (трамваєм) на початку дослідження потребував фізичної допомоги, а на фазі втручання та спостереження – прямих словесних підказках (потрібно закомпостувати квиток; ми виходимо на цій зупинці тощо). Приготування простих страв на базовій фазі учасник 2 взагалі не виконував, а вже на фазі втручання він потребував прямих словесних підказок, а на фазі

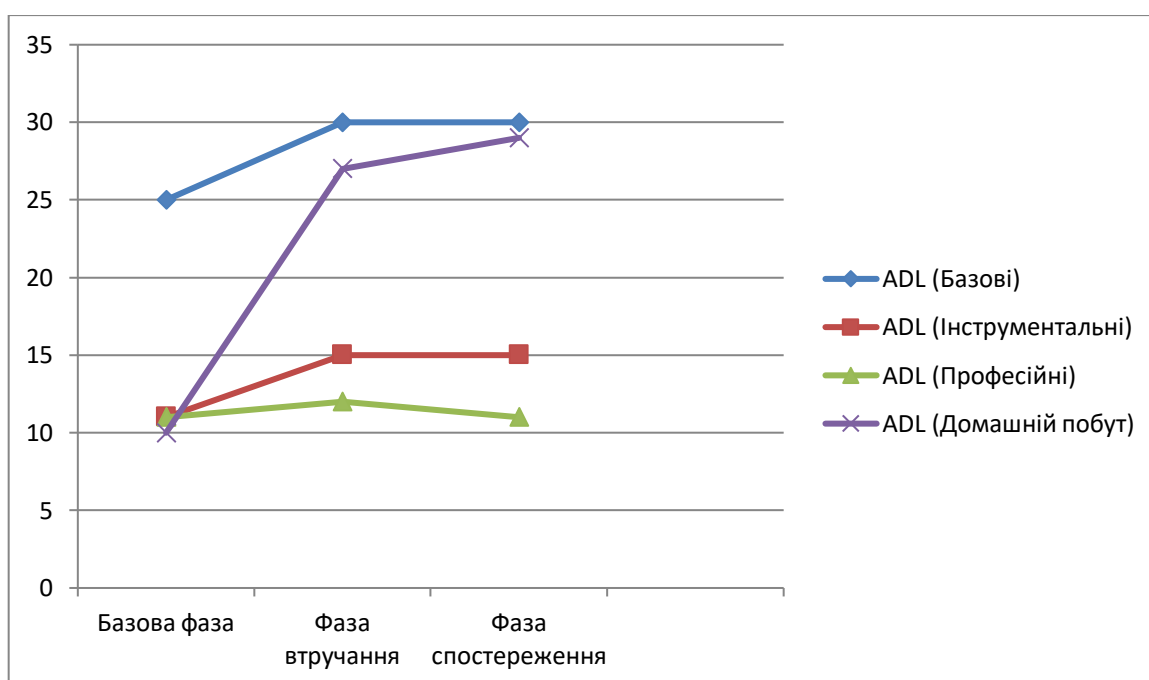
спостереження тільки жестових підказок (ерготерапевт вказувала на годинник при готуванні молочної каші; необхідність посолити яєчню, тощо).

Особистий догляд, зокрема за шкірою і нігтям учасник 2 не виконував самостійно, проте вже на фазі втручання та фазі спостереження виконував з жестовими підказками. Прибирання в квартирі на базовій фазі учасник потребував значної фізичної допомоги, на базі втручання потребував жестових підказок, проте вже на базі спостереження виконував зі прямими словесними підказками (правильно тримай віника; позамітати біля шафи тощо).

Ми порівняли інші види активностей повсякденного життя на трьох фазах дослідження (рис.3.4).

Рисунок 3.4

Загальні дані індивідуального ерготерапевтичного профілю учасника 2



Примітка. Максимальні бали: ADL (Базові) – 35, ADL (Інструментальні) – 25, ADL (Професійні) – 20, ADL (Домашній побут) – 40.

Позитивні зміни у самостійності виконання активностей повсякденного життя спостерігаються у всіх видах ADL. Рівень допомоги ADL (Базові) на базовій фазі був оцінений на 25 балів з 35, на фазі втручання та фазі спостереження – 30 балів. ADL (Інструментальні) становив 11 балів, на фазі втручання та спостереження – 15 з 25. Також зміни відбулися і в ADL (Професійні) на базовій фазі становив 11 балів з 20, на базі втручання

збільшився на 1 бал, проте вже на базі спостереження повернувся до початкових результатів. ADL (Домашній побут) на базовій фазі були визначені на 10 балів з 40, що свідчить про низький рівень самостійності у виконанні діяльностей, що стосуються домашнього побуту. На базі втручання результати змінилися в кращу сторону (27), а на базі спостереження збільшився ще на 2 бали.

Результати по учаснику 2

Результати виконання та задоволення від видів діяльності представлені в таблиці 3.15.

Таблиця 3.15

Результати за COPM учасника 3

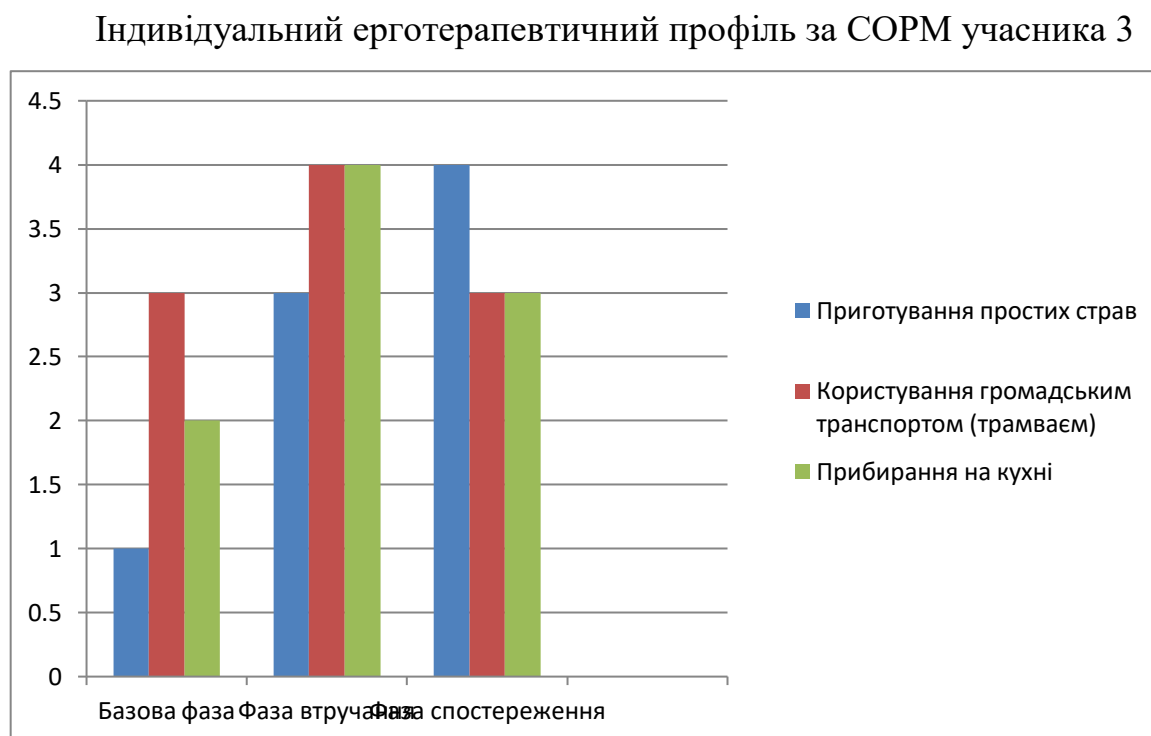
| № | Вид діяльності | Норма | Базова фаза | Фаза втручання | Базова фаза | Фаза втручання |
|---------------------|---|-----------|------------------|----------------|------------------|----------------|
| | | | В | В | З | З |
| 1 | Приготування простих страв | 10 | 4 | 6 | 4 | 6 |
| 2 | Користування громадським транспортом (трамваєм) | 10 | 2 | 5 | 3 | 7 |
| 3 | Прибирання на кухні | 10 | 3 | 7 | 3 | 6 |
| Середній бал | | 10 | 3 | 6 | 3,3 | 6,3 |
| | | | Зміни у В | 3 | Зміни у З | 3 |

Примітки: В – виконання, З - задоволення

Зміни відбулися у виконанні та задоволенні та становить – 3. Зокрема, приготування простих страв виконання на базовій фазі було оцінено на 4 бали, а на фазі втручання збільшилось на 2 бали, задоволеність становила на початку 4 бали, а після втручання 6. Виконання від користування громадським транспортом (трамваєм) на базовій фазі становив 2 бали, а на фазі втручання – 5, задоволеність від виконання становив 3 бали, а потім збільшився на 4. Прибирання на кухні на базовій фазі виконання було оцінено на 3 бали, а на фазі втручання на 7, задоволеність була на 3 бали, а після втручання на 6 балів.

Важливою було оцінити рівень самостійності учасника 3 у виконанні важливих для нього діяльностей. На рисунку 3.5 представлені результати змін у виконанні діяльності та рівню самостійності на трьох фазах.

Рисунок 3.5



Примітки. 5 балів – підказки не потрібні, 4 бали – непрямі словесні підказки, 3 бали – жестові підказки, 2 бали – прямі словесні підказки, 1 бал – фізична допомога, 0 балів – зробіть замість учасника.

Приготування простих страв на базовій фазі учаснику 3 була необхідна значна фізична допомога, на базі втручання він потребував жестових підказок (ерготерапевт вказувала на кількість води у каструлі; достатній кількості газу тощо), а на фазі спостереження непрямих словесних підказок.

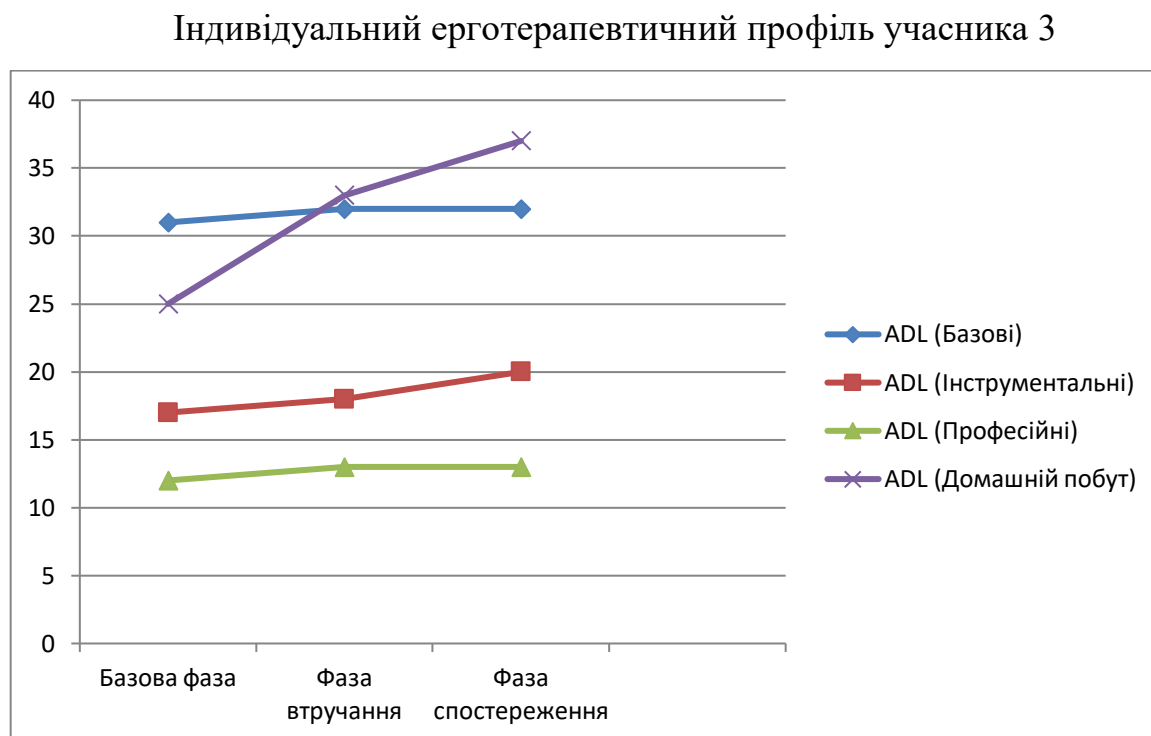
Користування громадським транспортом (трамваєм) на базовій фазі потребував жестових підказок (наприклад, купити квиток), на фазі втручання потребував непрямих словесних підказок, а на фазі спостереження потребував знову жестових підказок.

На базовій фазі учасник 3 потребував прямих словесних підказок під час прибирання на кухні, зокрема ерготерапевт допомагала у витиранні робочих поверхонь на кухні, підказувала в необхідній кількості рідини для посуду тощо. На базі втручання учаснику була необхідна мінімальна допомога, зокрема

непрямі словесні підказки, проте на базі спостереження потребував жестових підказок.

Загальні дані індивідуального ерготерапевтичного профілю учасника 3 представлені на рисунку 3.6.

Рисунок 3.6



Примітка. Максимальні бали: ADL (Базові) – 35, ADL (Інструментальні) – 25, ADL (Професійні) – 20, ADL (Домашній побут) – 40.

ADL (Базові) на базовій фазі учасника 3 рівень самостійності був оцінений на 31 бал з 35, на фазі втручання та фазі спостереження – 32. ADL (Інструментальні) на базовій фазі становили 17 балів, на базі втручання – 18, на базі спостереження – 20 балів з 25. На базовій фазі ADL (Професійні) були оцінені на 12 балів з 20, на базі втручання та фазі спостереження – 13 балів. ADL (Домашній побут) на базовій фазі становили 25 балів зі 40, на базі втручання – 33, на базі спостереження – 37, що свідчить про високий рівень самостійності.

Також ми оцінили у відсотковому співвідношенні рівень самостійності у виконанні діяльностей (активностей повсякденного життя: базові, інструментальні, професійні, домашній побут), які представлені у таблиці 3.16.

Таблиця 3.16

| Обстеження | Результати учасника 1 | % виконання | Результати учасника 2 | % виконання | Результати учасника 3 | % виконання |
|------------|--------------------------|----------------|--------------------------|----------------|--------------------------|----------------|
| 1 | 85 | 70,8 | 57 | 47,5 | 85 | 70,8 |
| 2 | 103 | 85,8 | 84 | 70 | 96 | 80 |
| 3 | 106 | 88,3 | 85 | 70,8 | 102 | 85 |

Примітка. Максимальний результат - 120

В учасника 1 на базовій фазі рівень виконання становив 70,8%, на фазі втручання – 85,8%, на фазі спостереження 88,3%. Під час базової фази рівень виконання становив 47,5%, на фазі втручання – 84%, на фазі спостереження – 85% зі 100. Учасник 3 в процесі дослідження показав позитивний результат, на базовій фазі рівень виконання становив 70,8%, на фазі втручання – 80% та на фазі спостереження – 85%.

Під час фази втручання ми працювали з учасниками над розвитком і покращенням уваги та пам'яті. Результати МоСА до і після ерготерапевтичних втручань представлені в таблиці 3.17.

Рисунок 3.17

Результати МоСА

| № | Секції обстеження МоСА | Норма | Учасник 1 | | Учасник 2 | | Учасник 3 | |
|---|--|-------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|-------|
| | | | До | Після | До | Після | До | Після |
| 1 | Створення послідовності, що чергується | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 2 | Зоровоконструктивні навички (куб) | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3 | Зоровоконструктивні навички (годинник) | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 4 | Найменування | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| 5 | Пам'ять | - | - | - | - | - | - | - |
| 6 | Увага | 6 | 3 | 4 | 1 | 2 | 2 | 3 |
| 7 | Повторення речень | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 0 | 1 |
| 8 | Словесна вільність | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 9 | Абстракція | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |

| | | | | | | | | |
|----------------------|-------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 10 | Відкладене пригадування | 5 | 1 | 3 | 3 | 4 | 2 | 3 |
| 11 | Орієнтація | 6 | 6 | 6 | 5 | 6 | 6 | 6 |
| Загальний бал | | 30 | 19 | 23 | 17 | 21 | 16 | 19 |

В учасника 1 змінилися зоровоконструктивні навички, малювання годинника, зокрема малювання стрілок і правильного їх розташування, з двох балів на три. Увага з 6 максимальних балів, була до початку втручання 3, а після – 4. Також покращилися повторення речень з 1 балу до двох. Абстрактне мислення з 0 балів до 1, учасник об'єднав слова поїзд і велосипед у види транспорту. Відкладене пригадування, учасник 1 зміг пригадати 3 слова з 5. Загальна кількість балів за МоСА до початку втручання була 19, а після – 23 бали.

В учасника 2 загальна кількість на базовій фазі була 17 балів, а після втручання становила 21 бал. Зокрема змінилися результати в увазі з 1 балу до 2 з шести можливих. Повторення речень з 1 до 2, абстрактне мислення з 0 до 1, відкладене пригадування з 3 до 4 та з 5 до 6, учасник 2 зміг назвати де саме він знаходиться під час тестування, Центр «Джерело».

Загальні результати учасника 3 з 16 балів змінилися на 19. Відбулися зміни в увазі з 2 балів до 3. Повторенні речень з 0 до 1 та відкладеному пригадуванні з 2 до 3 балів.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Стратегії зменшення плутанини та полегшення орієнтації:

- Переконайтесь, що оточення та заняття є знайомими
- Встановіть та підтримуйте розпорядок дня
- Впровадити та використовувати послідовність в напрямках та завданнях
- Уникайте двозначності, представляючи непотрібні варіанти рішення
- Уникайте багаторазової або заплутаної стимуляції
- Забезпечте чітке, плавне та послідовне фізичне керівництво
- Забезпечте чіткі та послідовні жести, знаки чи ярлики
- Використовуйте позитивні висловлювання, орієнтовані на майбутнє, наприклад, «Тепер ми повинні одягнутися» або «Зараз ми підемо в магазин»
- Забезпечте час для реагування та скористайтесь тимчасовими затримками
- Будьте чутливі до рівня спілкування особи
- Змініть ролі, щоб наставник змодельював орієнтувальну поведінку
- Встановіть послідовні режими та зменшіть втому

Стратегії втручання для труднощів з пам'яттю:

- Давайте підказки лише тоді, коли це вкрай необхідно
- Використовуйте блокнот або магнітофон для запису речей і вчіть клієнта носити їх з собою
- Використовуйте щоденники, календарі або дошки для запису завдань, які потрібно запам'ятати чи виконати
- Позначте завдання по мірі виконання
- Використовуйте будильник, щоб перейти до наступного завдання
- Зберігайте речі в одному місці та використовуйте ярлики
- Впорядкуйте інформацію так, щоб її було легше запам'ятовувати
- Навчіть клієнта повторювати інформацію (вголос), щоб легше запам'ятати її
- Навчіть клієнта просити, щоб інформацію для нього повторювали, уточнювали або давали повільніше

- Використовуйте сильні сторони, наприклад зорова пам'ять краща за вербальну?

Стратегії втручання для труднощів з увагою:

- Уникайте відволікання уваги (безлад, шум, перебої, відкриті двері чи вікно, прикраси)
- Уникайте надмірної стимуляції
- Виконуйте важливі завдання, коли клієнт є найбільш пильним - різний час для різних людей
- Підвищуйте пильність за допомогою часу відпочинку або фізичних вправ, проте переконайтесь, що ви не втомлюєте клієнта
- Зробіть завдання короткими, простими та відповідними для клієнта
- Зосередьтеся на завданнях, що представляють високий інтерес для особи
- Розбийте великі завдання на менші кроки та робіть перерви
- Наберіться терпіння
- Використовуйте похвалу

Загальні стратегії втручання при когнітивних труднощах:

- Уникайте зайвих відволікань
- Усвідомлення обмежень діяльності
- Розпорядок дня, повторення, структура
- Невеликі обсяги втручання за раз
- Заохочуйте повільний рівномірний темп
- Візуальні, тактильні, словесні підказки для скерування клієнта у виконанні складних завдань
- Оцінюйте програму для підвищення виклику клієнту
- Залучіть родину/доглядачів/друзів

ВИСНОВКИ

1. Аналіз сучасних наукових джерел літератури показав недостатню висвітленість в Україні питань ерготерапії молодих осіб з легкою розумовою відсталістю, тому ця тема в подальшому потребує детальнішого вивчення та дослідження.
2. Для створення індивідуальних програм розроблено ерготерапевтичний профіль клієнта, який дав можливість комплексно підійти до оцінки чотирьох рівнів самостійності у виконанні активностей повсякденного життя.
3. Реалізація розроблених індивідуальних програм ерготерапії для учасників дослідження, показала підняття рівня самостійності молодих осіб в значущих для них активностях повсякденного життя.
4. На основі проведеного дослідження укладено практичні рекомендації для ерготерапевтів, які дадуть можливість розробляти індивідуальні програми ерготерапії для молодих осіб віком 18-30 років з легкою розумовою відсталістю.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Dewi Yustika Tri Y, Apsari Nurliana Cipta N, Wibhawa Budhi B, Humaedi Sahadi S. Activity daily living (ADL) of young people with intellectual disabilities. В: Proceedings of the International Conference on Diversity and Disability Inclusion in Muslim Societies (ICDDIMS 2017) [Інтернет]. Jakarta, Indonesia: Atlantis Press; 2018 [цит. за 14, лютий 2021]. Доступний у: <http://www.atlantis-press.com/php/paper-details.php?id=25892988>
2. Центр медстатистики - База нормативних документів [Інтернет]. [цит. за 28, лютий 2021]. Доступний у: <http://medstat.gov.ua/ukr/normdoc/vooz.html>
3. Шипицына Л.М. Необучаемый ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушением интеллекта [DOC] [Інтернет]. [цит. за 28, лютий 2021]. Доступний у: <https://www.twirpx.com/file/31444/>
4. Исаев Д.Н. Умственная отсталость у детей и подростков [DOC] [Інтернет]. [цит. за 28, лютий 2021]. Доступний у: <https://www.twirpx.com/file/1768304/>
5. Сорокин В.М. Специальная психология: Учеб. пособие / Под научн. ред. Л.М. Шипицыной. — СПб.: Речь, 2 [Інтернет]. [цит. за 28, лютий 2021]. Доступний у: http://pedlib.ru/Books/3/0485/3_0485-4.shtml#book_page_top
6. Гаврилов О. В. Формування поняття про розумову відсталість у психолого–педагогічних дослідженнях. ПСП [Інтернет]. 2011 [цит. за 28, лютий 2021];14. Доступний у: <http://eehb.dspu.edu.ua/index.php/2227-6246/article/view/160792>
7. Vannaardenbraun K, Yearginallsopp M, Lollar D. Activity limitations among young adults with developmental disabilities: A population-based follow-up study. Research in Developmental Disabilities [Інтернет], січень 2009 [цит. за 14, лютий 2021]; 30(1):179–91. Доступний у: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0891422208000267>
8. Home Modifications and Occupational Therapy [Інтернет]. [цит. за 28, лютий 2021]. Доступний у: <https://www.aota.org/About-Occupational-Therapy/Professionals/RDP/HomeMods.aspx>

9. Реабілітація дітей і молоді з помірною, важкою та глибокою інтелектуальною недостатністю: сьогоднішні реалії і перспективи-> Стаття -> Збірник «Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами» [Інтернет]. [цит. за 27, лютий 2021]. Доступний у: <http://ap.uu.edu.ua/article/448>
10. Mental retardation. *Indian Journal of Pediatrics*. 2003;70:6.
11. Про освіту [Інтернет]. Офіційний вебпортал парламенту України. [цит. за 04, Квітень 2021]. Доступний у: <https://zakon.rada.gov.ua/go/2145-19>
12. Гаврилов О. В. Особливі діти в закладі і соціальному середовищі :312.
13. МКХ-10 Клас V. Розлади психіки та поведінки [Інтернет]. [цит. за 04, квітень 2021]. Доступний у: <https://medical-club.net/uk/mkb-10-klass-v-psihicheskie-rasstrojstva-i-rasstrojstva-povedenija/>
14. Ковцун І. Особливості розумового і фізичного розвитку дітей з легким ступенем розумової відсталості. 2015 [цит. за 08, квітень 2021]; Доступний у: <http://repository.ldufk.edu.ua/bitstream/34606048/9756/1/347-715-1-SM.pdf>
15. Соловійова Т. Г. Соціально-побутова адаптація молоді з розумовою відсталістю в умовах територіального центру соціального обслуговування. Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка Серія : Соціально-педагогічна [Інтернет]. 2015 [цит. за 10, квітень 2021];(24):195–207. Доступний у: http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&C21COM=S&2_S21P03=FILA=&2_S21STR=znpkp_sp_2015_24_22
16. Salt E., Melville C., Jahoda A. Transitioning to adulthood with a mild intellectual disability—young people’s experiences, expectations and aspirations. *J Appl Res Intellect Disabil* [Інтернет], липень 2019 [цит. за 11, квітень 2021];32(4):901–12. Доступний у: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jar.12582>

17. Khemka I., Hickson L., Casella M., Accetturi N., Rooney M.E. Impact of coercive tactics on the decision-making of adolescents with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research* [Інтернет]. 2009 [цит. за 11, квітень 2021]; 53(4):353–62. Доступний у: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2788.2009.01152.x>
18. Wilkinson VJ, Theodore K, Raczka R. ‘As Normal as Possible’: Sexual Identity Development in People with Intellectual Disabilities Transitioning to Adulthood. *Sex Disabil* [Інтернет]. 01, березень 2015 [цит. за 11, квітень 2021]; 33(1):93–105. Доступний у: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11195-014-9356-6>
19. Kitsoft. Кабінет Міністрів України - ПОЛОЖЕННЯ про індивідуальну програму реабілітації інваліда [Інтернет]. [цит. за 11, Квітень 2021]. Доступний у: <https://www.kmu.gov.ua/npas/80133163>
20. Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні [Інтернет]. Офіційний вебпортал парламенту України. [цит. за 11, квітень 2021]. Доступний у: <https://zakon.rada.gov.ua/go/2961-15>
21. Малинович Л. М. Шляхи вирішення проблеми соціальної адаптації осіб з інтелектуальними порушеннями до трудової діяльності. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М П Драгоманова Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія* [Інтернет]. 2015 [цит. за 11, квітень 2021]; (30):264–9. Доступний у: http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&C21COM=S&2_S21P03=FILA=&2_S21STR=Nchnpu_019_2015_30_46
22. Maenner M.J., Smith L.E., Hong J., Makuch R., Greenberg J.S., Mailick M.R. Evaluation of an activities of daily living scale for adolescents and adults with developmental disabilities. *Disability and Health Journal* [Інтернет]. Січень 2013 [цит. за 11, квітень 2021];6(1):8–17. Доступний у: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1936657412001185>

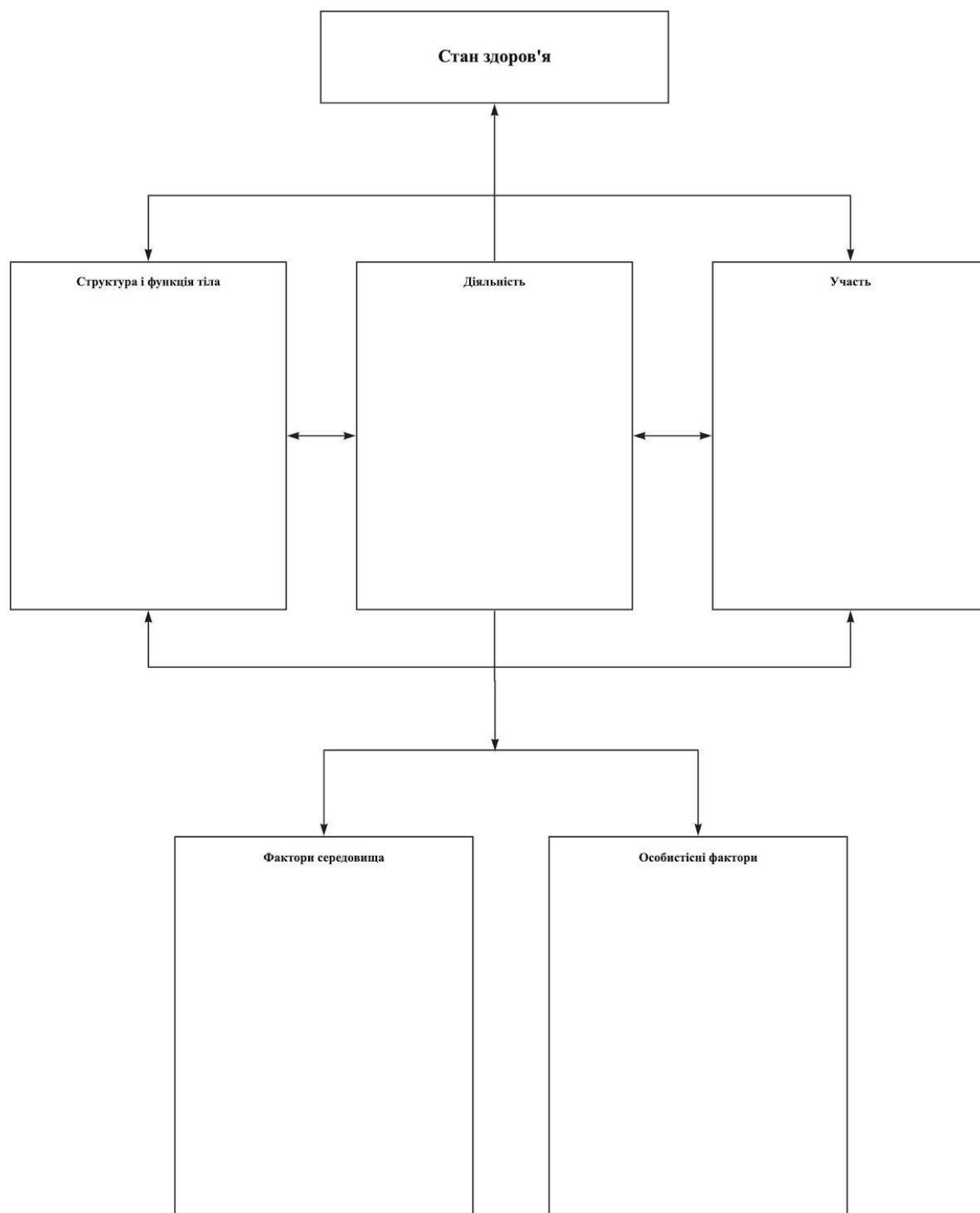
23. Hällgren M, Kottorp A. Effects of occupational therapy intervention on activities of daily living and awareness of disability in persons with intellectual disabilities. *Australian Occupational Therapy Journal* [Інтернет]. 2005 [цит. за 11, квітень 2021];52(4):350–9. Доступний у: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1440-1630.2005.00523.x>
24. Therapists WF of O. Definitions of Occupational Therapy from Member Organisations [Інтернет]. WFOT. WFOT; 2021 [цит. за 11, квітень 2021]. Доступний у: <https://www.wfot.org/resources/definitions-of-occupational-therapy-from-member-organisations>
25. Таран І.В., Валюшко Ю. Ерготерапія, як сучасний напрямок фізичної реабілітації хворих із травмами й захворюваннями нервової системи. 2016 [цит. за 10, квітень 2021]; Доступний у: <http://dspace.ksu.ks.ua/handle/123456789/2416>
26. МКФ [Інтернет]. [цит. за 10, квітень 2021]. Доступний у: <http://moz.gov.ua/mkf>
27. eSSPU Institutional Repository: Ерготерапія в Україні. Сучасний стан проблеми [Інтернет]. [цит. за 11, квітень 2021]. Доступний у: <https://repository.sspu.edu.ua/handle/123456789/10215?locale=en>
28. Wuang Y-P, Wang C-C, Huang M-H, Su C-Y. Prospective Study of the Effect of Sensory Integration, Neurodevelopmental Treatment, and Perceptual-Motor Therapy on the Sensorimotor Performance in Children With Mild Mental Retardation. *American Journal of Occupational Therapy* [Інтернет]. 01, липень 2009 [цит. за 14, лютий 2021];63(4):441–52. Доступний у: <http://ajot.aota.org/Article.aspx?doi=10.5014/ajot.63.4.441>
29. К L, М С, R M. Intellectual Disability. 16, жовтень 2019 [цит. за 11, Квітень 2021]; Доступний у: <https://europepmc.org/article/NBK/nbk547654>
30. Supporting Community Integration and Participation for Individuals With Intellectual Disabilities - АОТА [Інтернет]. [цит. за 24, квітень 2021]. Доступний у: <https://www.aota.org/About-Occupational-Therapy/Professionals/WI/Intellectual-Disabilities.aspx>

31. Pearce D. Intellectual Disability: promoting daily living skills in adults. :4.
32. MoCA Montreal - Cognitive Assessment [Інтернет]. MoCA Montreal - Cognitive Assessment. [цит. за 24, квітень 2021]. Доступний у: <https://www.mocatest.org/>
33. COPM [Інтернет]. COPM. [цит. за 24, квітень 2021]. Доступний у: <https://www.thecopm.ca/>
34. Епідеміологія неврологічних захворювань в Україні | «НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія» [Інтернет]. [цит. за 19, березень 2020]. Доступний у: <https://neuronews.com.ua/ua/issue-article-107/Epidemiologiya-nevrologichnih-zahvoryuvan-v-Ukrayini#gsc.tab=0>
35. Міжнародна класифікація функціонування (МКФ) в реабілітаційній практиці [Інтернет]. ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ імені І.Я.Горбачевського. [цит. за 25, квітень 2021]. Доступний у: <https://www.tdmu.edu.ua/2019/11/29/mizhnarodna-klassyfikatsiya-funktsionuvannya-mkf-v-reabilitatsijnij-praktytsi/>
36. Горева Ганна Валентинівна [Інтернет]. [цит. за 25, квітень 2021]. Доступний у: <http://irbis-nbuv.gov.ua/ASUA/1261962>
37. Law M., Baptiste S., McColl M., Opzoomer A., Polatajko H., Pollock N. The Canadian occupational performance measure: an outcome measure for occupational therapy. *Can. J. Occup. Ther.*, квітень 1990; 57(2):82–7.
38. Одиночне дослідження - огляд | Теми ScienceDirect [Інтернет]. [цит. за 25, квітень 2021]. Доступний у: <https://www.sciencedirect.com/topics/computer-science/single-case-study>
39. International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences | ScienceDirect [Інтернет]. [цит. за 25, квітень 2021]. Доступний у: <https://www.sciencedirect.com/referencework/9780080430768/international-encyclopedia-of-the-social-and-behavioral-sciences>
40. Single-case intervention research: Methodological and statistical advances. Washington, DC, US: American Psychological Association; 2014. xiii, 366 с.

(Kratochwill TR, Levin JR. Single-case intervention research: Methodological and statistical advances).

41. Lobo MA, Moeyaert M, Cunha AB, Babik I. Single-Case Design, Analysis, and Quality Assessment for Intervention Research. *J Neurol Phys Ther* [Интернет]. Липень 2017 [цит. за 25, квітень 2021];41(3):187–97. Доступний у: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5492992/>
42. IP-комунікації [Интернет]. [цит. за 15, травень 2021]. Доступний у: http://www.ipcommunications.com.au/title_interlives.html
43. Occupational therapy for physical dysfunction (Book, 2014) [WorldCat.org] [Интернет]. [цит. за 15, травень 2021]. Доступний у: <https://www.worldcat.org/title/occupational-therapy-for-physical-dysfunction/oclc/854239986>

ДОДАТКИ

Міжнародна класифікація функціонування (МКФ)

| МКФ/ Низхідна модель (Цілі пацієнта) | Цілі фізичної терапії та ерготерапії | Інструменти вимірювання прогресу |
|--|--|--|
| <p>Участь:</p> <p><i>(Яка роль у суспільстві є важливою для Вашого пацієнта?)</i></p> | | |
| <p>Обмеження діяльності:</p> <p><i>(Які обмеження у діяльності спричиняють перешкоди у вище зазначеній участі? Які навички необхідні для досягнення вище зазначеної ролі?)</i></p> | | |
| <p>Структури та функції тіла:</p> <p><i>(Які порушення впливають на виконання вище зазначеної діяльності? Напишіть в порядку пріоритетності.)</i></p> | | |
| <p>Запит пацієнта на момент поступлення</p> | | |

**КАНАДСЬКА ОЦІНКА ВИКОНАННЯ
ДІЯЛЬНОСТІ
(CANADIAN OCCUPATIONAL PERFORMANCE
MEASURE)**

| | | |
|--|----------------------------------|------------------------|
| П.І.П. пацієнта | | |
| Вік: | Стать: | ВІК: |
| Хто відповідає на запитання (якщо не клієнт) | | |
| Дата оцінки: | Планована дата повторної оцінки: | Дата повторної оцінки: |

| |
|------------------------------------|
| Спеціаліст: |
| Установа, де проводиться інтерв'ю: |
| Програма |

Гра/школа

(напр.навики гри, домашнє завдання)

КРОК1В: Дозвілля

«Тихі» захоплення

(хоббі, читання)

Активний відпочинок

(спорт, прогулянки, подорожі)

Соціальне спілкування

(візити, переписка, розмови по телефону, вечірки)

ВАЖЛИВІСЬ

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

КРОКИ 3 І 4: ПІДРАХУНОК БАЛІВ - ПЕРВИННА ОЦІНКА І ПОВТОРНА ОЦІНКА

Виберіть з особою 5 найбільш важливих для неї/нього проблем і запишіть їх нижче. Використовуючи картки з балами, попросіть оцінити кожен «проблемну» активність з точки зору її виконання, а також задовільністю її виконання. Підрахуйте загальні бали. Їх можна отримати шляхом додавання отриманих балів, котрі відповідають виконанню чи задовільності виконання і поділом на кількість проблем, котрі оцінювались. При повторному використанні даного інструменту, особа знову оцінює кожен проблему з точки зору її виконання і задовільність виконання. Підрахуйте нові бали, а потім бали, котрі будуть ілюструвати зміни.

Первинна оцінка:

ПРОБЛЕМАКТИВНОСТІ

- :
1. _____
2. _____

ВИКОНАННЯ 1

ЗАДОВІЛЬНІСТЬ

1

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Повторна оцінка:

ВИКОНАННЯ 2

ЗАДОВІЛЬНІСТЬ

2

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

3. _____

4. _____

5. _____

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ПІДРАХУНОК БАЛІВ: ЗАГАЛЬНИЙ БАЛ = СУМА ВИКОНАННЯ чи ЗАДОВІЛЬНІСТЬ Кількість ПРОБЛЕМ | СУМА 1 ВИКОНАННЯ = <input type="text"/> | СУМА 1 ЗАДОВІЛЬНІСТЬ = <input type="text"/> | СУМА 2 ВИКОНАННЯ = <input type="text"/> | СУМА 2 ЗАДОВІЛЬНІСТЬ = <input type="text"/> |
|---|---|---|---|---|

ЗМІНИ У ВИКОНАННІ = СУМА 2 - СУМА 1 =

ЗМІНИ У ЗАДОВІЛЬНОСТІ = СУМА 2 - СУМА 1 =

Додаткові нотатки і інформація:

Первинна

оцінка: _____

Повторна

оцінка: _____

Виконання

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

не можу виконати

легко виконую

Важливість

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

зовсім не має значення

дуже важливо

Задоволеність

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

не задоволений

повністю задоволений

Додаток В

МОНРЕАЛЬСЬКИЙ КОГНІТИВНИЙ ТЕСТ (МОСА)

Ім'я:

Освіта:

Стать:

Дата народження:

ДАТА:

| ЗОГОВО-КОНСТРУКТИВНІ / ВИКОНАВЧІ НАВИЧКИ | | Скопіюйте куб | | Намалюйте ГОДИННИК (10 хвилин на дванадцяті) (3 бали) | | БАЛИ: | | | |
|--|--|---|------------|--|----------------|--------------------------------|-----------|----------|---|
| | | | | <input type="checkbox"/> Контур <input type="checkbox"/> Цифри <input type="checkbox"/> Стрілки | | | ___/5 | | |
| НАЗВИ | | | | | | | | | |
| | | | | | | ___/3 | | | |
| ПАМ'ЯТЬ | | Прочитайте список слів. Обстежуваний повинен їх повторити. Зробіть дві спроби, нашіть якщо обстежуваний повторив усі слова після першої спроби. Перепитайте слова через 5 хвилин. | | ОБЛІМЧИ | ОКСАМІТ | ШКОЛА | РОМАШКА | ЧЕРВОНИЙ | Бали не додаються |
| | | | | 1 спроба | | | | | |
| | | | | 2 спроба | | | | | |
| УВАГА | | Прочитайте список цифр. Обстежуваний повинен повторити їх у такому ж порядку [] 2 1 8 5 4 | | Обстежуваний повинен повторити їх у зворотному порядку [] 7 4 2 | | | | ___/2 | |
| | | Прочитайте список букв. Обстежуваний повинен вдарити долонею по столу кожен раз при проголошенні букви А. [] Ф Б А С М Н А А Ж К Л Б А Ф А К Д Е А А А Ж А М О Ф А А Б | | Бали не додаються, якщо є дві або більше помилок. | | | | ___/1 | |
| | | Серійне віднімання 7 починаючи зі 100. [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65 | | 4 або 5 правильних відповідей: 3 бали, 2 або 3 прав. відп.: 2 бали, 1 прав. відп.: 1 бал, 0 прав. відп.: 0 балів | | | | ___/3 | |
| МОВА | | Повторіть: Я упевнений в одному, тільки Євген - це той, хто може сьогодні допомогти [] | | Кіт завжди ховався під диваном, коли пес був у кімнаті [] | | | | ___/2 | |
| | | Вербальна швидкість / Назвати за одну хвилину максимальну кількість слів, що починаються з букви Н [] _____ (N ≥ 11 слів) | | | | | | ___/1 | |
| АБСТРАКЦІЯ | | Спів'язні між собою, наприклад, яблуко і апельсин = фрукти [] поїзд і велосипед [] лінійка й годинник | | | | | | ___/2 | |
| ВІДКЛАДЕНЕ ПОВТОРЕННЯ | | Повторені слова БЕЗ ПІДКАЗКИ | | ОБЛІМЧИ | ОКСАМІТ | ШКОЛА | РОМАШКА | ЧЕРВОНИЙ | Бали присуджуються тільки за названі слова без підказок |
| | | Категорична підказка | | | | | | | |
| | | Список слів для вибору | | | | | | | |
| ОРИЄНТАЦІЯ | | [] Дата | [] Місяць | [] Рік | [] День тижня | [] Місце | [] Місто | ___/6 | |
| © Z. Nasreddine MD Версія 7.1 | | www.mocatest.org | | Норма ≥ 26 / 30 | | Сума балів: | | | |
| Переклад: Труфанок Є.О. MD PhD | | | | | | Додайте 1 бал, якщо осіли ≤ 12 | | | |
| Тестування проводить: | | | | | | | | | |

Додаток Г

Індивідуальний ерготерапевтичний профіль учасника

Базові активності повсякденного життя (Самообслуговування)

| Учасники/Діяльність | Вмивання, чищення зубів | Прийом душу/ванни | Догляд за волоссям | Догляд за шкірою, нігтями | Обслуговування в туалеті | Одягання/Роздягання | Прийом їжі та пиття |
|---------------------|-------------------------|-------------------|--------------------|---------------------------|--------------------------|---------------------|---------------------|
| Учасник 1 | | | | | | | |
| Учасник 2 | | | | | | | |
| Учасник 3 | | | | | | | |

Інструментальні активності повсякденного життя

| Учасники/Діяльність | Користування телефоном | Користування громадським транспортом | Управління (користування) грошима | Здійснення покупок | Догляд за домашнім улюбленцем |
|---------------------|------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|--------------------|-------------------------------|
| Учасник 1 | | | | | |
| Учасник 2 | | | | | |
| Учасник 3 | | | | | |

Активності повсякденного життя (Професійні)

| Учасники/Діяльності | Читання | Писання | Запам'ятовування | Рахування |
|---------------------|---------|---------|------------------|-----------|
| Учасник 1 | | | | |
| Учасник 2 | | | | |
| Учасник 3 | | | | |

Активності повсякденного життя (Домашній побут)

| Учасники /Діяльності | Приготування чаю | Приготування канапки | Приготування простих страв | Миття, витирання і складання посуду | Прання і сушіння одягу | Підмітання/користування порохотягом | Складання одягу | Застеляння ліжка |
|-------------------------|------------------|----------------------|----------------------------|-------------------------------------|------------------------|-------------------------------------|-----------------|------------------|
| Учасник 1 | | | | | | | | |
| Учасник 2 | | | | | | | | |
| Учасник 3 | | | | | | | | |

Примітки:

5 балів – підказки не потрібні – Людина не вимагає допомоги чи заспокоєння, не задає питань для уточнення, переходить безпосередньо до завдання і виконує його. Вона вголос говорить, що їй потрібно робити (це називається самонаведенням).

4 бали – непрямі словесні підказки - Людині потрібні словесні підказки, такі як відкрите запитання або твердження, яке допоможе їй рухатися далі. Непряма словесна підказка має надходити у формі запитання, а не прямої інструкції, наприклад: «Що ви повинні робити зараз?»; «Який наступний крок?»; «Що ще вам потрібно?» Уникайте прямих фраз, таких як «прочитати інструкції» або «увімкнути плиту».

3 бали – жестові підказки - Людина потребує жестових підказок. На цьому рівні ви фізично не берете участі в жодній частині завдання. Натомість вам слід зробити жест, що імітує дію, необхідну для виконання тієї частини

завдання, якою вони зайняті, або зробити рух, який спрямовує людину, наприклад, ви можете рухати руками, вказуючи на те, де учасник може знайти предмет, вказати відповідний рівень на мірній чашці. Ви не можете фізично брати участь, наприклад, передавати людині предмет.

2 бали – прямі словесні підказки - Вам потрібно виконати однокрокову команду, щоб ви словесно спонукали учасника до дії. Наприклад, скажіть: «взьміть ручку» або «налийте воду в каструлю».

1 бал – фізична допомога - Ви фізично допомагаєте учаснику в певному кроці, але не робите це замість нього. Ви можете тримати чашку, поки він/вона наливає, тримати чекову книжку, поки він/вона пише, послабити кришку на контейнері з ліками тощо, але учасник все ще береться за завдання та бере участь у ньому.

0 балів – зробіть замість учасника - Ви повинні зробити крок замість учасника.

Таблиці Шульте

| | | | | |
|----|----|----|----|----|
| 14 | 18 | 7 | 24 | 21 |
| 22 | 1 | 10 | 9 | 6 |
| 16 | 5 | 8 | 20 | 11 |
| 23 | 2 | 25 | 3 | 13 |
| 19 | 15 | 17 | 12 | 4 |

| | | | | |
|----|----|----|----|----|
| 22 | 25 | 7 | 21 | 11 |
| 6 | 2 | 10 | 3 | 23 |
| 17 | 12 | 16 | 5 | 18 |
| 1 | 15 | 20 | 9 | 24 |
| 19 | 13 | 4 | 14 | 8 |

| | | | | |
|----|----|----|----|----|
| 9 | 5 | 11 | 23 | 20 |
| 14 | 25 | 17 | 1 | 6 |
| 3 | 21 | 7 | 19 | 13 |
| 18 | 12 | 24 | 16 | 4 |
| 8 | 15 | 2 | 10 | 22 |

| | | | | |
|----|----|----|----|----|
| 21 | 12 | 7 | 1 | 20 |
| 6 | 15 | 17 | 3 | 18 |
| 19 | 4 | 8 | 25 | 13 |
| 24 | 2 | 22 | 10 | 5 |
| 9 | 14 | 11 | 23 | 16 |

| | | | | |
|----|----|----|----|----|
| 5 | 14 | 12 | 23 | 2 |
| 16 | 25 | 7 | 24 | 13 |
| 11 | 3 | 20 | 4 | 18 |
| 8 | 10 | 19 | 22 | 1 |
| 21 | 15 | 9 | 17 | 6 |