**Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ)**   ( [англ.](https://translate.google.com/translate?hl=ru&prev=_t&sl=ru&tl=uk&u=https://uk.wikipedia.org/wiki/%25D0%2590%25D0%25BD%25D0%25B3%25D0%25BB%25D1%2596%25D0%25B9%25D1%2581%25D1%258C%25D0%25BA%25D0%25B0_%25D0%25BC%25D0%25BE%25D0%25B2%25D0%25B0)  *International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF* )   — це класифікація компонентів функціональності та обмеження життєдіяльності.

МКФ   схвалена   усіма 191 членами   [Всесвітньої організації охорони здоров'я](https://translate.google.com/translate?hl=ru&prev=_t&sl=ru&tl=uk&u=https://uk.wikipedia.org/wiki/%25D0%2592%25D1%2581%25D0%25B5%25D1%2581%25D0%25B2%25D1%2596%25D1%2582%25D0%25BD%25D1%258F_%25D0%25BE%25D1%2580%25D0%25B3%25D0%25B0%25D0%25BD%25D1%2596%25D0%25B7%25D0%25B0%25D1%2586%25D1%2596%25D1%258F_%25D0%25BE%25D1%2585%25D0%25BE%25D1%2580%25D0%25BE%25D0%25BD%25D0%25B8_%25D0%25B7%25D0%25B4%25D0%25BE%25D1%2580%25D0%25BE%25D0%25B2%2527%25D1%258F)   (ВООЗ) 22   травня 2001   року під час 54-ї   [Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я](https://translate.google.com/translate?hl=ru&prev=_t&sl=ru&tl=uk&u=https://uk.wikipedia.org/w/index.php%3Ftitle%3D%25D0%2592%25D1%2581%25D0%25B5%25D1%2581%25D0%25B2%25D1%2596%25D1%2582%25D0%25BD%25D1%258C%25D0%25BE%25D1%2597_%25D0%25B0%25D1%2581%25D0%25B0%25D0%25BC%25D0%25B1%25D0%25BB%25D0%25B5%25D1%2597_%25D0%25BE%25D1%2585%25D0%25BE%25D1%2580%25D0%25BE%25D0%25BD%25D0%25B8_%25D0%25B7%25D0%25B4%25D0%25BE%25D1%2580%25D0%25BE%25D0%25B2%2527%25D1%258F%26action%3Dedit%26redlink%3D1) [[en]](https://translate.google.com/translate?hl=ru&prev=_t&sl=ru&tl=uk&u=https://en.wikipedia.org/wiki/World_Health_Assembly) [[1]](https://translate.google.com/translate?hl=ru&prev=_t&sl=ru&tl=uk&u=https://uk.wikipedia.org/wiki/%25D0%259C%25D1%2596%25D0%25B6%25D0%25BD%25D0%25B0%25D1%2580%25D0%25BE%25D0%25B4%25D0%25BD%25D0%25B0_%25D0%25BA%25D0%25BB%25D0%25B0%25D1%2581%25D0%25B8%25D1%2584%25D1%2596%25D0%25BA%25D0%25B0%25D1%2586%25D1%2596%25D1%258F_%25D1%2584%25D1%2583%25D0%25BD%25D0%25BA%25D1%2586%25D1%2596%25D0%25BE%25D0%25BD%25D1%2583%25D0%25B2%25D0%25B0%25D0%25BD%25D0%25BD%25D1%258F,_%25D0%25BE%25D0%25B1%25D0%25BC%25D0%25B5%25D0%25B6%25D0%25B5%25D0%25BD%25D0%25BD%25D1%258F_%25D0%25B6%25D0%25B8%25D1%2582%25D1%2582%25D1%2594%25D0%25B4%25D1%2596%25D1%258F%25D0%25BB%25D1%258C%25D0%25BD%25D0%25BE%25D1%2581%25D1%2582%25D1%2596_%25D1%2582%25D0%25B0_%25D0%25B7%25D0%25B4%25D0%25BE%25D1%2580%25D0%25BE%25D0%25B2%25E2%2580%2599%25D1%258F_(%25D0%259C%25D0%259A%25D0%25A4)%23cite_note-WHO_ICF-1" \l "cite_note-WHO_ICF-1) .

 МКФ доповнює іншу класифікацію ВООЗ -   [Міжнародну класифікацію хвороб 10-гоперегляду](https://translate.google.com/translate?hl=ru&prev=_t&sl=ru&tl=uk&u=https://uk.wikipedia.org/wiki/%25D0%259C%25D1%2596%25D0%25B6%25D0%25BD%25D0%25B0%25D1%2580%25D0%25BE%25D0%25B4%25D0%25BD%25D0%25B8%25D0%25B9_%25D0%25BA%25D0%25BB%25D0%25B0%25D1%2581%25D0%25B8%25D1%2584%25D1%2596%25D0%25BA%25D0%25B0%25D1%2582%25D0%25BE%25D1%2580_%25D1%2585%25D0%25B2%25D0%25BE%25D1%2580%25D0%25BE%25D0%25B1)   ( МКХ ), яка містить інформацію про діагнози та стан здоров ' я, але не описує функціональний стан . МКХ та МКФ є ключовими класифікаціями міжнародних класифікацій ВООЗ  .

 [Міністерство охорони здоров'я України](https://translate.google.com/translate?hl=ru&prev=_t&sl=ru&tl=uk&u=https://uk.wikipedia.org/wiki/%25D0%259C%25D1%2596%25D0%25BD%25D1%2596%25D1%2581%25D1%2582%25D0%25B5%25D1%2580%25D1%2581%25D1%2582%25D0%25B2%25D0%25BE_%25D0%25BE%25D1%2585%25D0%25BE%25D1%2580%25D0%25BE%25D0%25BD%25D0%25B8_%25D0%25B7%25D0%25B4%25D0%25BE%25D1%2580%25D0%25BE%25D0%25B2%2527%25D1%258F_%25D0%25A3%25D0%25BA%25D1%2580%25D0%25B0%25D1%2597%25D0%25BD%25D0%25B8)   впроваджує МКФ та Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків (МКФ-ДП) в Україні для розвитку   [реабілітаційної медицини](https://translate.google.com/translate?hl=ru&prev=_t&sl=ru&tl=uk&u=https://uk.wikipedia.org/wiki/%25D0%259C%25D0%25B5%25D0%25B4%25D0%25B8%25D1%2587%25D0%25BD%25D0%25B0_%25D1%2580%25D0%25B5%25D0%25B0%25D0%25B1%25D1%2596%25D0%25BB%25D1%2596%25D1%2582%25D0%25B0%25D1%2586%25D1%2596%25D1%258F) [[4]](https://translate.google.com/translate?hl=ru&prev=_t&sl=ru&tl=uk&u=https://uk.wikipedia.org/wiki/%25D0%259C%25D1%2596%25D0%25B6%25D0%25BD%25D0%25B0%25D1%2580%25D0%25BE%25D0%25B4%25D0%25BD%25D0%25B0_%25D0%25BA%25D0%25BB%25D0%25B0%25D1%2581%25D0%25B8%25D1%2584%25D1%2596%25D0%25BA%25D0%25B0%25D1%2586%25D1%2596%25D1%258F_%25D1%2584%25D1%2583%25D0%25BD%25D0%25BA%25D1%2586%25D1%2596%25D0%25BE%25D0%25BD%25D1%2583%25D0%25B2%25D0%25B0%25D0%25BD%25D0%25BD%25D1%258F,_%25D0%25BE%25D0%25B1%25D0%25BC%25D0%25B5%25D0%25B6%25D0%25B5%25D0%25BD%25D0%25BD%25D1%258F_%25D0%25B6%25D0%25B8%25D1%2582%25D1%2582%25D1%2594%25D0%25B4%25D1%2596%25D1%258F%25D0%25BB%25D1%258C%25D0%25BD%25D0%25BE%25D1%2581%25D1%2582%25D1%2596_%25D1%2582%25D0%25B0_%25D0%25B7%25D0%25B4%25D0%25BE%25D1%2580%25D0%25BE%25D0%25B2%25E2%2580%2599%25D1%258F_(%25D0%259C%25D0%259A%25D0%25A4)%23cite_note-%D0%9A%D0%9C%D0%A3-4" \l "cite_note-%D0%9A%D0%9C%D0%A3-4) .

МКФ складається з таких основних компонентів:

а) Функції та структура тіла (В   —   [англ.](https://translate.google.com/translate?hl=ru&prev=_t&sl=ru&tl=uk&u=https://uk.wikipedia.org/wiki/%25D0%2590%25D0%25BD%25D0%25B3%25D0%25BB%25D1%2596%25D0%25B9%25D1%2581%25D1%258C%25D0%25BA%25D0%25B0_%25D0%25BC%25D0%25BE%25D0%25B2%25D0%25B0)   *Body* )

б) Активність (А   —   [англ.](https://translate.google.com/translate?hl=ru&prev=_t&sl=ru&tl=uk&u=https://uk.wikipedia.org/wiki/%25D0%2590%25D0%25BD%25D0%25B3%25D0%25BB%25D1%2596%25D0%25B9%25D1%2581%25D1%258C%25D0%25BA%25D0%25B0_%25D0%25BC%25D0%25BE%25D0%25B2%25D0%25B0)   *Activity* , пов'язана із завданнями та діями індивіда)

в) участь (Р-   [англ.](https://translate.google.com/translate?hl=ru&prev=_t&sl=ru&tl=uk&u=https://uk.wikipedia.org/wiki/%25D0%2590%25D0%25BD%25D0%25B3%25D0%25BB%25D1%2596%25D0%25B9%25D1%2581%25D1%258C%25D0%25BA%25D0%25B0_%25D0%25BC%25D0%25BE%25D0%25B2%25D0%25B0)   *participation*  — залученість у життєву ситуацію)

Як застосовувати Міжнародну класифікацію функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я у реабілітації

*статистичний* інструмент — для збору та накопичення інформації (наприклад при популяційних дослідженнях, епідеміологічному моніторингу або при створенні інформаційних систем);

*інструмент досліджень* — для оцінювання результатів втручань, якості життя або чинників навколишнього середовища;

*клінічний інструмент* — для оцінювання потреб, порівняння варіантів терапії, оцінювання професійної придатності, реабілітації та оцінювання результатів втручань;

*інструмент соціальної політики* — для планування заходів соціального захисту, компенсаційних систем, їх політики та реалізації.

• як інструмент навчання для розробки навчальних планів, пропаганди і проведення громадських акцій. Так як МКФ, безумовно, є класифікацією здоров'я і всіх обставин, які пов'язані зі здоров'ям, вона використовується і в таких областях, як страхування, соціальний захист, працевлаштування, освіта, економіка, соціальна політика, законодавство, гігієна. Вона прийнята в ООН як одна з соціальних класифікацій, на яку посилаються і в якій реалізуються "Стандартні правила щодо створення рівних можливостей для осіб з обмеженнями життєдіяльності".

Впровадження МКФ в Україні дасть змогу застосувати міжнародний інструмент вивчення епідеміології інвалідності та поліпшити взаємодію між усіма учасниками реабілітаційного процесу (пацієнтом, лікарями, фізичними терапевтами, ерготерапевтами, соціальними працівниками). Перевага при використанні МКФ: завдяки проведеній комплексній медико ­ соціальній реабілітації активність і участь пацієнта можуть поліпшитися, навіть якщо ступінь порушень залишається без змін.

Таким чином МКФ є зручним інструментом для реалізації прийнятих міжнародних документів з прав людини, а також національного законодавства.

**МКФ вибудовує інформацію у взаємопов'язаному і легко зрозумілому вигляді визначення:**

***Функції організму*** - це фізіологічні функції систем організму (включаючи психічні функції).

***Структури організму*** - це анатомічні частини організму, такі як органи, кінцівки і їх компоненти.

***Порушення*** - це проблеми, що виникають у функціях або структурах, такі як істотне відхилення або втрата.  ***Активність*** - це можливість виконання завдання або дії особою.

|  |
| --- |
| ***Активність в повсякденному житті включає в себе****:* **1. Самообслуживание** |
| **Уход за собой**(одевание, прием ванны, личная гигиена, прием пищи и |
| др.) |
| **Функциональная мобильность** (пересаживания, перемещениевнутри дома и вне дома) |
|
|
| **Активность в соц. среде**(транспорт, покупки, деньги)**Активність в роботі та продуктивній діяльності***:*Оплачиваемая/ неоплачиваемая работа (основная или волонтерская)Ведение домашнего хозяйства (уборка, стирка, приготовление пищи)Игра/школа (навыки игры, домашние задаия)**Активність в грі, відпочинку і захопленнях:**Тихие увлечения (хобби, ремесла, чтение)Активный отдых (спорт, увлечение, ремесла)Социальное общение (визиты, вечеринки, переписка, разговоры по телефону) |

***Для складових участь запропоновані два параметра - потенційна здатність (капасітет) і реалізація.***

Функціонування і обмеження життєдіяльності індивіда представляються у вигляді динамічної взаімодії між різними змінами здоров'я (хвороби, розлади, пошкодження, травми тощо) і факторами контексту.

 Як зазначалося вище, ***контекстові чинники включають як особистісні (індивідуальні), так і фактори навколишнього середовища***. МКФ містить вичерпний перелік факторів навколишнього середовища, що становлять невід'ємну частину класифікації. Фактори навколишнього середовища взаємодіють з усіма складовими функціонування і обмежень життєдіяльності.

 Для складової "фактори навколишнього середовища" основним параметром виступає полегшуючий або перешкоджаючий вплив характеристик фізичного і соціального середовища, а також світу відносин та установок.

МКФ використовує буквено-цифрову систему, в якій літери b, s, d, е використовуються для позначення функцій (b) і структур (s) організму, активності і участі (d) і факторів навколишнього середовища (е). За цими літерами слід числовий код.

До відповідного домену класифікації при оцінці порушених функцій, структур організму і категорій активності і участі підбирається варіант кількісної оцінки:

• .0 немає проблем (ніяких, відсутні, нікчемні ...) 0-4%

• .1 ЛЕГКІ проблеми (незначні, слабкі, ...) 5-24%

• .2 ПОМІРНІ проблеми (середні, значущі, ...) 25-49%

• .3 ТЯЖКІ проблеми (високі, інтенсивні ...) 50-95%

• .4 Абсолютні проблеми (повні ...) 96-100%

• .8 не визначене

• .9 не застосовується.

|  |
| --- |
|  |

основним елементом, що формує розділи і блоки класифікації, визначаючи другий рівень класифікації складових МКФ є Домен. ***Домен*** - набір взаємопов'язаних фізіологічних функцій, анатомічних структур, дій, завдань або областей життя.

Домени - сфери прояву ознак здоров'я і факторів, що визначають його, практичний і значимий для характеристики здоров'я набір.

*Домени здоров'я в благополуччі: зір, мова, пам'ять та ін. Домени благополуччя: освіта, зайнятість, оточення. Універсальність благополуччя у міжнародній класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я.*

*3. Поняття барьери та полегшуючі чинники у міжнародній класифікації функціонування, обмеженнь життідіяльності та здоровья.*

Бар'єри - це фактори в оточенні людини, які за допомогою своєї відсутності або присутності лімітують функціонування і призводять до обмежень життєдіяльності. Вони включають такі аспекти, як недоступність природного навколишнього середовища, відсутність відсутність необхідної допоміжної технології, негативний ставлення людей до факту обмеження життєдіяльності, а також служби, системи і політику, які або відсутні або перешкоджають залученню в усі сфери життя всіх людей зі змінами здоров'я.

Полегшують чинники - це чинники в оточенні людини, які допомогою своєї відсутності або присутності покращують функціонування і зменшують обмеження життєдіяльності. Вони включають такі аспекти, як доступність природного навколишнього середовища, придатність необхідної допоміжної технології, позитивне відношення людей до факту обмеження життєдіяльності, а також служби, системи і політики, спрямовані на підвищення залучення у всі сфери життя всіх людей зі змінами здоров'я , що призвели до обмеження життєдіяльності. Відсутність певного фактора також може полегшувати, як, наприклад, при відсутності клейма або негативного ставлення. Полегшують чинники можуть запобігти появі обмеження можливості участі через порушеня або обмежень активності в результаті підвищення реалізації, незважаючина зниження потенційної здатності індивіда.

Детальніше зупинимося на бар'єрах, які ставить перед людиною інвалідність.

**У першу чергу** можна говорити про фізичне обмеження, або ізоляції інваліда, - це обумовлено або фізичними, або сенсорними, або інтелектуально-психічними недоліками, які заважають йому самостійно пересуватися й (або) орієнтуватися в просторі. З іншого боку, фактори зовнішнього середовища можуть збільшити або, навпаки, компенсувати вплив цих індивідних недоліків. У цьому аспекті прийнято говорити не тільки про безбар'єрне середовище для інваліда, але також про дружнє або недружнє середовище. Це обмеження спричиняє багато наслідків, що ускладнюють положення інваліда, і вимагає вживання спеціальних заходів, що усувають просторову, транспортну, побутову ізоляцію інваліда, емоційну депривацію й забезпечують можливість трудової адаптації.

**Другий бар'єр** - це трудова сегрегація, або ізоляція інваліда: через свою патологію індивід з обмеженими можливостями має вкрай вузький доступ до робочих місць або не має його зовсім. У ряді випадків інвалід абсолютно не здатний до трудової діяльності, навіть найпростішої. Однак в інших ситуаціях інвалідам представляються (або виявляються доступні) робочі місця, що вимагають низької кваліфікації, що передбачають монотонну, стереотипнупрацю та невисоку заробітну плату. Таке положення обумовлене не тільки (або не стільки) обмеженістю їх індивідуальних фізичних або інтелектуальних ресурсів, скільки нерозвиненим характером ринку праці для осіб з особливими потребами. В умовах "дикої" ринкової економіки адаптація робочих місць для таких індивідів розглядається роботодавцями як невигідна й небажана.

**Третім бар'єром** у житті інвалідів виступає малозабезпеченість, що є наслідком соціально-трудових обмежень: ці люди змушені існувати або на невисоку заробітну плату, або на допомогу (яке теж не може бути достатнім для забезпечення гідного рівня життя індивіда). Втім, в останні роки з'явилися особи із числа підприємців, що одержали інвалідність внаслідок травми, терористичного акту й таке інше. Фінансові обмеження не є для них значимими. Проте подолання всіх інших бар'єрів вимагає від них малих зусиль.

**Важливим і досить важко подоланим бар'єром** для інваліда є просторово-середовий. Навіть у тих випадках, коли особа з фізичними обмеженнями має засоби пересування (протез, крісло-коляска, спеціально обладнаний автомобіль), сама організація житлового середовища й транспорту не є поки дружньої до інваліда. Бракує встаткування й пристосувань для побутових процесів, самообслуговування, вільного пересування. Люди із сенсорними порушеннями відчувають дефіцит спеціальних інформаційних засобів, що сповіщають про параметри навколишнього середовища. Для осіб з інтелектуально-психічними обмеженнями відсутні можливості орієнтуватися в середовищі, безпечно пересуватися й діяти в ній.

**Емоційний бар'єр** також є двостороннім, він може складатися з непродуктивних емоційних реакцій навколишніх із приводу інваліда - цікавості, глузування, незручності, почуття провини, гіперопіки, страху й таке інше та фруструючих емоцій інваліда: жалість до себе, недоброзичливість стосовно навколишніх, очікування гіперопіки, прагнення обвинуватити когось у своєму дефекті, прагнення до ізоляції й таке інше. Подібний комплекс ускладнює соціальні контакти в процесі взаємин інваліда і його соціального середовища. І сам індивід з обмеженими можливостями, і його найближче оточення гостро мають потребу в тому, щоб емоційний фон їх взаємин був нормалізован.

*Синдром дезадаптації. Методи корекції почуття безпорадності*.

Під синдромом соціальної дезадаптації зазвичай розуміють повну або часткову непристосованість особистості до умов навколишнього світу.

Виділяють дві основні стадії або види дезадаптації: часткову і повну.

Перший вид характеризується початком процесу випадання з суспільного життя. Наприклад, людина в результаті хвороби перестає ходити на роботу, не цікавиться подіями. Однак він підтримує зв'язок з родичами і, можливо, друзями.

  Другий вид дезадаптації відрізняється втратою віри в себе, сильною недовірою до людей, втратою інтересу до життя, будь-яким її проявам.

*МЕТОДИ ЕРГОТЕРАПЕВТТИЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ГОСТРОГО І ХРОНІЧНОГО СТРЕСУ, ЯКІ РОЗВИВАЮТЬСЯ ПРИ ОБМЕЖЕННІ ФУНКЦІОНУВАННЯ*

У психологічній літературі значна увага приділяється виявленню, аналізу та класифікації різноманітних психічних феноменів, що виникають в умовах обмеження функціонування. Досліджуються негативні психічні стани пацієнтів: стрес, фрустрація, криза, депривація, конфлікт. Ці явища виявляються в центрі уваги як психотерапевтів, так і ерготерапевтами.

***Стрес*** - це захисна реакція організму, яка утворюється в результаті несприятливої ​​зміни навколишнього середовища. Основною причиною хронічного стресу є систематична психоемоційна перевантаження.

Якщо не почати боротьбу зі стресом, то негативні емоції можуть ускладнювати адекватне сприйняття дійсності, правильну оцінку ситуації, заважаючи прийняттю рішень і знаходженню адекватного виходу зі стресової ситуації. Ерготерапевт може знизити тривогу, страх або апатію, відновити захисні сили, роз'яснити роль самого пацієнта в успішності реабілітації, допомогти придушити негативні реакції. Ерготерапевт повинен забезпечити приплив до пацієнтів позитивної інформації і не допускати розпачу, зневіри у власні сили.

Ерготерапевт зосереджується на підтримці пацієнта в спробі адаптації до нового життя. У цей період здійснюється соціально-психологічна робота, спрямована на реконструкцію перекручених фрагментів образу світу (образ Я, образ іншої людини), на засвоєння нових моделей поведінки. Центральним умовою ефективної психологічної допомоги **є діалогічне спілкування,** засноване на принципах безумовного прийняття іншого, емпатії і конгруентності (щирості і відкритості). Допомагаючи людині в умовах обмеженої життєдіяльності, ерготерапевтами необхідно враховувати зовнішні і внутрішні аспекти ситуації, сприймати процеси в динаміці, проявляти гнучкість, відчувати психічний стан, зону найближчого розвитку пацієнта і міняти свою точку зору в процесі взаємодії з ним.

Можна виділити деякі методи психологічного впливу на людину, що знаходиться у стані стресу.

• ***Інтерпритація задає нові рамки***, в яких пацієнт може інакше подивитися на свою життєву ситуацію. Інтерпритація дає пацієнтові чітко окреслене альтернативне сприйняття реальності, яке сприяє трансформації поглядів, що, в свою чергу, може змінити почуття, думки, настрій і поведінку

• ***Директива*** підказує пацієнту, яку дію зробити.

• ***Саморозкриття*** відбувається, коли ерготерапевт ділиться особистим досвідом і переживаннями або розділяє почуття пацієнта.

• ***Зворотній зв'язок*** дає можливість зрозуміти пацієнтові як його сприймає ерготерапевт і оточення. Це допомагає стимулювати у пацієнта мотивацію самопізнання, що допомагає виявити недоліки, розвинути необхідні якості для подолання наслідків обмеження життєдіяльності. Зворотній зв'язок допомагає пацієнтові взяти на себе відповідальність за самого себе, виявити ресурси розвитку і самодопомоги.

• ***Конфронтація*** - прийом, що допомагає пацієнтові зосередиться на особливостях поведінки, які потрібно змінити, побачити ті сторони своєї особистості, які усвідомлювалися, і які заважають вийти із ситуації.

• ***Логічна послідовність*** - пояснення пацієнтові наслідків його поведінки, допомагаючи змінити цю поведінку. Формування здатності передбачати результати своїх дій.

***Під ерготерапевтичними заходами мають на увазі:***

• виявлення можливого індивідуального потенціалу людини до самовдосконалення;

• активне залучення пацієнта в процес співпраці з ерготерапевтами, щоб той міг адаптуватися не тільки в лікувальному середовищі, а й у соціально значимому для нього оточенні;

• досягнення пацієнтами, незважаючи на наявні у них обмеження, максимально можливого рівня функціонування та незалежності.

***Принципи виконання програми ерготерапевтічного впливу.***

Ерготерапевтичний вплив має комплексний характер і може виявлятися на декількох рівнях, зокрема, на тілесному, сенсорному, емоційному та когнітивному.

На тілесному рівні об'єктом уваги є:

• активність і самостійність людини, його здатність до спонтанних, мимовільним рухам;

• життєво важливі функції організму: дихання, харчування, травлення;

• функціонування органів сприйняття: очей, вух, вестибулярного апарату, чутливості шкіри, органів нюху і смаку;

• координація рухів: рука-рот, око-рука, рука-нога, а також про - довільно застосування рук і ніг, повертання та утримання одно рівноваги при стрибках, бігу, підйомі по вертикальній драбині; вміння кататися на велосипеді, грати в футбол та інші ігри з м'ячем;

• рефлекси / реакції;

• оцінка і вимір кордонів своїх можливостей.

На сенсорному рівні особливу увагу звертають на якість відчуттів, яке проявляється через такі здібності, як:

орієнтація на слух і реагування в комплексі з діяльністю дру ¬ гих органів почуттів;

зорова орієнтація в комплексі з діяльністю рук і тулуба;

сприйняття зіткнень з іншими людьми і предметами, пра ¬ вільная реакція на них відповідно до ситуації;

Відчуття смаку і запаху, наявність адекватної реакції на них.

На емоціональному рівні у полі звертають увагу на такі здібності:

* виражати почуття і потреби, а також адекватно реагувати на те, що відбувається;
* встановлювати контакт, демонструвати готовність до діалогу, під - підтримувати комунікацію і отримувати радість від спільної діяч ¬ ності;
* діяти мотивовано й креативно;
* наслідувати чужого досвіду, експериментувати;
* навчатися шляхом проб і помилок;
* адекватно реагувати на успіхи і невдачі;
* дотримуватися правил і черговості в грі;
* відображати свій стан за допомогою міміки, жестів, мови тіла.

На когнітівном рівні звертають увагу на такі здібності:

* вміння уважно слухати, проявляти зацікавленість в іграх;
* дізнаватися людей, кольору, форми, орієнтуватися в просторі і часі;
* побоюватися незнайомих;
* розуміти мову відповідно до віку;
* планувати дії;
* досліджувати предмети, переробляти отриману інформацію, встановлювати взаємозв'язку;
* концентруватися, захоплюватися якою-небудь справою, виконувати поручення;
* усвідомлювати дії, мати переваги і інтереси;
* задавати питання.

Ерготерапевтіческое вплив прагне забезпечити взаємодію всіх названих рівнів. При наявності такої взаємодії у людини спостерігається радість від здійснення рухів, від вчення і досліджень ¬ ня; він в змозі виявити і оцінити небезпеку, самостійно вирішувати різні проблеми, зав'язувати дружні стосунки. Така людина будучи впевненим у собі, здатний бути самостійним і незалежним.

В процесі ерготерапевтічної діяльності можуть досягатися наступні цілі:

• інтеграція відчуттів як основа для відповідного віку моторного, сенсорного і когнітивного розвитку;

• зміцнення власної активності як основа розвитку самостійності в повсякденному житті;

• поліпшення інтеракції та комунікації з навколишнім світом;

• стабілізація всіх базових функцій з метою забезпечення адекватного розвитку і зменшення ймовірності потрапляння в небезпечні ситуації через тих чи інших порушень.

Залежно від рівня розвитку і індивідуального стану людини використовуються різні ерготерапевтічені концепції і методи. Серед них найбільш широке поширення в практиці роботи з важкими і (або) множинними порушеннями психофізичного розвитку отримали наступні:

• концепція супроводжуваного руху по Ф. Аффолтеру;

• концепція сенсорної інтеграції по Д. Айрес;

• концепція нейрофізіологічного руху по К. Бобат і Б. Бобат.

Ерготерапія вимагає ретельного підбору об'єктів і видів діяльності з урахуванням розвитку кожної людини. Вона може здійснюватися із застосуванням різноманітних матеріалів, іграшок, предметів побуту, при цьому взаємодія може бути організована за допомогою гри або спеціальних вправ-завдань. Дуже важливо допомогти побачити і реалізувати в цій діяльності власну мету. Необхідно варіювати умови роботи з людини і тим самим уникати відвертої дресирування. Слід пам'ятати про особливості сприйняття і надавати їм достатню кількість часу на вироблення відповідної реакції, прийняття власного рішення і виконання відповідної дії. Мова фахівців, що супроводжує взаємодію, повинна бути дозованою і помірною, потрібно прагнути уникати «безперервного потоку» слів. Дуже важливо створювати умови, при яких людина може відчути і оцінити успіх своєї діяльності.

Таким чином, ерготерапевтичний вплив - це в більшій мірі не прямий, а опосередкований вплив на людину, сутність якого дуже точно розкриває вислів Ф. Аффолтера: «Руки повинні вести, а не маніпулювати, руки повинні підтримувати, а не тримати».

*Ерготерапевтична оцінка пацієнта, моделі і підходи*

Ерготерапевт оцінює наявні або потенційний рівень можливостей, зіставляючи його з тим, що людині потрібно, що для нього важливо, чого він хоче і на що він здатний.

Ерготерапевти використовують, часто-паралельно, 2 стратегії відновлення можливостей:

- Розвиваючу стратегію- відновлення постраждалої функції;

- компенсаторні стратегію- заміщення втраченої функції.

Ерготерапевтічна оцінка. Проводиться методом інтерв'ювання клієнта (визначення потреб клієнта і цілей, його настроїв), спостереження за тим як він виконує будь-які активності (визначення можливостей клієнта), оцінка сильних і слабких сторін.

Області оцінки:

- Рухові можливості;

- М'язовий тонус;

- М'язова сила;

- Координація рухів;

- Дрібна моторика кисті;

- Маніпуляції, спритність, тонка координація;

- Баланс і контроль за положенням тіла;

- Праксис і планування рухів;

- Билатеральная інтеграція;

- Чутливість;

- Навички сприйняття;

- Біль;

- Пам'ять;

- Рівень свідомості;

- Орієнтація;

- Усвідомлення проблем;

- Навички, можливість навчання;

- Оцінка безпеки;

- Настрій.

Крім інтерв'ю і спостережень для оцінки стану пацієнта використовуються розрізнення тести, шкали, опитувальники.

Моделі оцінки:

1. Канадська оцінка включає 3 розділи:

1 самообслуговування, 2 продуктивна діяльність (активність). 3 відпочинок, дозвілля і гри. Відповідно до цієї системі оцінювання якості життя визначається виконання всіх трьох складових.

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

*- виявляє проблеми в діяльності людини;*

*- оцінює виконання діяльності, і задоволеність, пов'язані з даними проблемами;*

*- вимірює зміни, що відбулися в сприйнятті клієнтом виконання своєї діяльності, після проходження курсу ерготерапії.*

*Модель виконання діяльності.*

*1) Діяльність складається з самообслуговування, продуктивної*

*діяльності та дозвілля.*

*2) Виконання діяльності залежить від фізичних, розумових,*

*соціальних можливостей і духовності конкретної людини.*

*3) На рівень діяльності впливають зовнішні фактори, такі як навколишнє середовище, рівень розвитку і ролі, які людина грає в житті.*

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

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

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

*- Дозвілля (спокійний відпочинок, активну рекреацію і соціалізацію).*

*Унікальність вкладу ерготерапії досягається за рахунок фокусування на виконанні діяльності людиною. Сутність діяльності пов'язана з інтегрованим і збалансованим підходом до трьох сфер діяльності (самообслуговування, продуктивної діяльності і проведення вільного часу). Хоча вважається, що увагу до основних навичок в чотирьох компонентах виконання діяльності (фізичному, розумовому, духовному і соціо-культурному) важливо для ерготерапії, ці компоненти швидше сприяють, але не визначають виконання діяльності. Саме тому вони не є основним критерієм СОРМ.*

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

*Канадська оцінка виконання діяльності:*

*- заснована на чітко сформульованоій моделі ерготерапії;*

*- розглядає такі сфери виконання діяльності як самообслуговування, продуктивну діяльність і дозвілля;*

*- розглядає компоненти діяльності, як важливі передумови для виконання діяльності;*

*- розглядає важливість сфер діяльності для пацієнта;*

*- оцінює проблеми, самостійно визначені пацієнтом;*

*- передбачає повторну оцінку певних проблемних зон;*

*- фокусується на навколишнє середовище пацієнта і, таким чином, підтверджує важливість проблем для данногопаціента;*

*- враховує задоволеність клієнта існуючим рівнем виконання діяльності;*

*- залучає паціентас самого початку в процесу ерготерапії;*

*- підвищує рівень залучення пацієнта в терапевтичний процес;*

*- може використовуватися на всіх рівнях розвитку;*

*- може використовуватися з усіма групами людей з обмеженими можливостями;*

*- дотримується правила, що клієнти відповідають за своє здоров'я і власний терапевтичний процес;*

*- дозволяє представникам соціального оточення пацієнта внести свій внесок, якщо пацієнт не здатний самостійно відповідати за себе.*

2. Оцінка обмежень життєдіяльності з урахуванням міжнародної класифікації.

3. Оцінка соціально-побутової активності пацієнта

4. А також тести на визначення фізичних можливостей пацієнта:

1. Шкала Вейсса (Визначення м'язової сили -сгібаніе, розгинання, відведення, приведення, пронація, супінація).

2. Тест Френчай. Функціонально стан руки. Адаптований модифікований тест оцінки маніпулятивної функції кисті.

3. Шкала Ашворт. Спастичность. Визначення м'язового тонусу в основних групах м'язів руки в трьох площинах.

Залежно від результатів оцінки стану пацієнта відбувається підбір підходу корекції: відновлення активності і діяльності, який спрямований на відновлення або розвиток навичок, компенсацію навичок, тобто розробка нових звичок і навичок, які здатні замінити втрачені за його функціональним призначенням, адаптивний підхід, тобто адаптація під нові умови життя з використанням спеціальних засобів і пристроїв, навчальний - навчання застосуванню технічних засобів і обладнання, а також превентивних, котори й спрямований на профілактику недопущення повторної втрати відновлених навичок в майбутньому.

*етапи ерготерапевтичного втручання*

Етапи ерготерапевтично втручання. Ерготерапевтичне втручання включає в себе наступні етапи:

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

2. Визначення мети і завдань ерготерапевтичного втручання. Мета ерготерапії залежить від тяжкості вихідних фізичних і / або психічних порушень: для одних вона може полягати в досягненні повного відновлення порушених функцій і повною ресоціалізації (повернення до навчання, праці, відновлення колишнього положення в соціальній макро- і мікросередовищі), для інших - у виробленні компенсаторних механізмів діяльності організму для забезпечення максимально можливої ​​незалежності і підвищення якості життя. Вибір і постановка мети здійснюється спільно фахівцями і людиною з обмеженням життєдіяльності.

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

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

5. Оцінка ефективності проведеного ерготерапевтічного втручання і при необхідності внесення коректив до плану.

*23. Проведення ерготерапевтичних заходів. Правила роботи з пацієнтом.*

**Ерготерапевтичні** **заходи** спрямовані на досягнення максимальної самостійності пацієнта в повсякденному і / або професійному житті. Виконання основних звичних дій, необхідних у повсякденному житті, наприклад, в побуті, на роботі або у вільний час. Якщо під час курсу реабілітації неможливо домогтися повної самостійності пацієнта, то з метою підтримки його при виконанні повсякденних дій в ерготерапевтічних заходах можуть брати участь і родичі.

**Ерготерапевтичні** **заходи**

1. Індивідуальна терапія для лікування сенсомоторних і функціональних порушень, при нейропсихологічних порушеннях, а також для тренування дій, необхідних у повсякденному житті.

2. Групова терапія з метою тренування працездатності головного мозку, дрібної моторики, дій в побуті і на кухні, розвитку творчих здібностей, а також з метою більш інтенсивної реабілітації області рук і кистей рук.

3. Консультації по застосуванню допоміжних матеріалів.

4. Консультації родичів.

**Правила роботи з пацієнтом.**

• Запобігти ризик обмеження активності

• Поліпшити або зберегти активність

• Компенсувати обмеження активності

**Вживаючи заходів, спрямовані на оточення, ерготерапевт повинен:**

• Вивчити потребу людини в змінах умов його проживання, навчання або роботи

• Описати можливі зміни в будинку, школі або на робочому місці

• Провести необхідну адаптацію умов проживання, навчання або роботи, незалежно чи у співпраці з іншими

**Маючи справу з діяльністю, орієнтованою на пацієнта або його оточення, ерготерапевт повинен, якщо це необхідно, застосовувати і рекомендувати технічні засоби різного ступеня складності. Крім цього, ерготерапевт повинен:**

• Консультуватися у фахівців в ситуації, коли потреби пацієнта лежать за межами його власної компетентності

• Направляти пацієнта до фахівців у випадках, коли консультації ерготерапевтами не достатньо, щоб задовольнити потреби пацієнта, щодо лікування

• Оцінювати результативність ерготерапевтичного лікування

• Вести записи про роботу з пацієнтом

• Інформувати і інструктувати пацієнтів, родичів і персонал

• Кооперуватися з іншими для того, щоб відповідати інтересам пацієнта найкращим чином

• Бути в курсі результатів новітніх досліджень і програм розвитку

• Бути готовим до застосування нових методів лікування

Під ерготерапевтичними заходами мають на увазі:

• виявлення можливого індивідуального потенціалу людини до самовдосконалення;

• активне залучення пацієнта в процес співпраці з ерготерапевтами, щоб той міг адаптуватися не тільки в лікувальному середовищі, а й у соціально значимому для нього оточенні;

• досягнення пацієнтами, незважаючи на наявні у них обмеження, максимально можливого рівня функціонування та незалежності.