

ГО «Українське товариство ерготерапевтів»

Збірник тез

ВСЕУКРАЇНСЬКА КОНФЕРЕНЦІЯ З ЕРГОТЕРАПІЇ

«Траєкторія розвитку ерготерапії в Україні:
минуле, сьогодні, майбутнє»

19 червня 2026 року



Київ
2026

УДК 378:615.8(477)

Траєкторія розвитку ерготерапії в Україні: минуле, сьогодення, майбутнє: збірник матеріалів Всеукраїнської конференції з ерготерапії, 19 червня 2026 р., м. Київ.: ГО «Українське товариство ерготерапевтів», 2026. 84 с.

Анотація

У збірнику представлені матеріали Всеукраїнської конференції з ерготерапії «Траєкторія розвитку ерготерапії в Україні: минуле, сьогодення, майбутнє», присвяченої актуальним питанням становлення та розвитку ерготерапії в Україні.

У тезах висвітлено сучасні наукові, освітні та практичні аспекти ерготерапії, представлені результати теоретичних досліджень, оглядів літературних джерел, освітніх проєктів, аналізу клінічних випадків і практичного досвіду фахівців. Значна увага приділена питанням розвитку професії, формуванню професійної ідентичності ерготерапевтів, впровадженню практики, заснованої на доказах, удосконаленню освітніх програм, міждисциплінарній взаємодії та розширенню сфер професійної діяльності ерготерапевта.

Матеріали збірника охоплюють широкий спектр напрямків ерготерапевтичної практики, зокрема втручання в педіатрії, нейрореабілітації, роботі з особами з порушеннями зору, підтримці участі в освітньому середовищі, відновленні активностей повсякденного життя, використанні допоміжних технологій та адаптації середовища.

Представлені роботи відображають сучасні підходи до забезпечення участі людини у значущих заняттях, розвитку незалежності та підвищення якості життя осіб різних вікових груп і нозологічних категорій.

Матеріали подано у авторській редакції.

Відповідальність за зміст матеріалів, їх відповідність вимогам чинного законодавства та достовірність фактів та статистичних даних несуть автори

Редакційна колегія:

Аблікова І. В.

Голод Н.Р.

Оформлення та форматування:

Кузьо Т. В.

І.В. Аблікова, Т.В. Кузьо, М.С. Балаж

РОЛЬ ЕРГОТЕРАПЕВТА В ОСВІТНЬОМУ СЕРЕДОВИЩІ: ДОСВІД ПРОЄКТНОГО НАВЧАННЯ МАГІСТРАНТІВ У МЕЖАХ ДИСЦИПЛІНИ «ЕРГОТЕРАПІЯ В ПЕДІАТРІЇ»

Заклад вищої освіти «Український католицький університет», м. Львів

Актуальність теми. Сучасна концепція інклюзивної освіти передбачає створення умов для повноцінної участі дітей з особливими освітніми потребами в навчальному процесі. Одним із фахівців, який сприяє забезпеченню такої участі шляхом виявлення та усунення бар'єрів, адаптації освітнього середовища й підтримки виконання освітніх завдань, є ерготерапевт [1,2].

У багатьох країнах світу ерготерапевти є невід'ємними членами міждисциплінарних команд закладів освіти. Їхня професійна діяльність охоплює оцінювання участі дитини в освітніх заняттях, аналіз впливу факторів середовища на навчання, адаптацію простору та навчальних матеріалів, підбір асистивних технологій, а також консультування педагогів і батьків щодо підтримки залучення учнів до освітнього процесу [2,7].

Водночас в Україні практика залучення ерготерапевтів до роботи в закладах освіти залишається недостатньо розвиненою. Попри активне впровадження інклюзивного навчання, роль ерготерапевта в освітньому середовищі ще не отримала належного нормативно-правового забезпечення. Це обмежує можливості впровадження сучасних підходів для підтримки участі дітей з особливими освітніми потребами в навчанні та шкільному житті загалом [1,4]. Світовий досвід свідчить, що залучення ерготерапевтів до роботи в освітньому середовищі сприяє підвищенню рівня участі, покращенню успішності виконання освітніх завдань та соціальній взаємодії [2,7].

Виклад основної частини друкованої праці. Мета роботи - проаналізувати результати проєктних робіт магістрантів освітньої програми "Ерготерапія" щодо визначення ролі ерготерапевта в освітньому середовищі.

У закладі вищої освіти "Український католицький університет" у межах навчальної дисципліни "Ерготерапія в педіатрії" освітньої програми "Ерготерапія", було впроваджено проєктне навчання. Студентам було запропоновано розробити проєкт на тему «Роль ерготерапевта в навчальному процесі для дітей/учнів з особливими освітніми потребами в умовах школи».

У дослідженні було проаналізовано 5 проєктів, виконаних 10 магістрантами другого року навчання, які були розподілені на 5 підгруп по 2 особи. Проєктна робота виконувалася впродовж усього курсу навчальної дисципліни "Ерготерапія в педіатрії" (29.09.2025-06.11.2025), що надало можливість поетапного опрацювання літературних джерел, інтеграцію теоретичних знань, отриманих у межах навчальної дисципліни, та формулювання обґрунтованих стратегій ерготерапевтичного втручання.

Відповідно до кількості підгруп проєктна робота виконувалася за п'ятьма нозологічними категоріями: діти з розладами аутистичного спектра, діти з порушеннями мовлення, діти з інтелектуальними порушеннями, діти з

церебральним паралічем II-III рівнів за GMFCS та діти з церебральним паралічем IV-V рівнів за GMFCS.

Завдання проєкту передбачали:

- аналіз основних бар'єрів участі учнів у навчальному процесі;
- визначення факторів середовища, які впливають на навчальний процес;
- розробку стратегій ерготерапевтичного втручання відповідно до компетенцій ерготерапевта;
- підбір адаптацій та модифікацій освітнього середовища;
- підготовку презентації та публічний захист.

Результатом проєктної роботи стали представлені проєкти щодо ролі ерготерапевта в навчальному процесі для учнів з особливими освітніми потребами в умовах закладів освіти України, спрямованих на подолання бар'єрів участі та розширення можливостей залучення дітей до освітнього процесу. Такий підхід сприяв формуванню у магістрантів умінь виявляти бар'єри, аналізувати вплив факторів середовища та планувати шляхи їх подолання відповідно до сучасних моделей ерготерапевтичної практики.

Найчастіше магістранти визначали такі бар'єри участі дітей з особливими освітніми потребами в умовах школи: недостатню адаптацію фізичного та соціального середовища закладу освіти, труднощі сенсорної обробки інформації, обмеження соціальної взаємодії з однолітками та педагогами, а також недостатнє або відсутнє використання асистивних технологій і адаптованих навчальних матеріалів [2,4,6].

Серед запропонованих ерготерапевтичних стратегій переважали адаптація фізичного середовища класу, використання візуальної підтримки, стратегії сенсорної регуляції, підбір асистивних технологій, адаптація навчальних завдань і матеріалів, розвиток навичок самообслуговування, а також індивідуальне консультування педагогів і батьків щодо створення умов для максимальної участі дитини в освітньому процесі [3,5,7,8].

Для дітей із розладами аутистичного спектра основними бар'єрами були сенсорне перевантаження, труднощі соціальної взаємодії та організації діяльності. Запропоновані стратегії включали використання візуальної підтримки, структурованого середовища та сенсорних адаптацій [5].

Для дітей із порушеннями мовлення акцент було зроблено на труднощах комунікації та участі у груповій діяльності. Студенти пропонували використання альтернативної та додаткової комунікації, візуальних підказок і модифікацію способів взаємодії в класі [1,4].

Для учнів з інтелектуальними порушеннями основними напрямками втручання стали спрощення інструкцій, адаптація навчальних завдань, використання візуальних алгоритмів та формування навичок самоорганізації [4,6].

У проєктах, присвячених дітям із церебральним паралічем, значну увагу приділено питанням фізичної доступності освітнього середовища, позиціонуванню, адаптації меблів, використанню асистивних технологій та забезпеченню участі в навчальному процесі [4,6].

У всіх проєктах роль ерготерапевта розглядалася через призму забезпечення участі дитини в освітньому процесі, що відповідає сучасним міжнародним підходам до ерготерапевтичної практики [1,2].

Висновки. Представлені проєкти у межах навчального курсу “Ерготерапія в педіатрії” сприяли формуванню у магістрантів професійного розуміння ролі ерготерапевта в освітньому середовищі. Виконання проєктів упродовж усього навчального курсу дало можливість здійснити поглиблений аналіз особливостей різних нозологічних груп, систематизувати наукові дані та запропонувати обґрунтовані стратегії ерготерапевтичного втручання відповідно до сучасних підходів, заснованих на доказах. Представлені результати проєктів засвідчили здатність магістрантів виявляти бар’єри участі дітей з особливими освітніми потребами, аналізувати вплив факторів освітнього середовища та пропонувати шляхи їх подолання засобами ерготерапії.

Обмеженням представлених проєктних робіт була відсутність практичної апробації розроблених магістрантами стратегій ерготерапевтичного втручання. Запропоновані рішення ґрунтувалися на аналізі та узагальненні даних наукових джерел і сучасних підходах, заснованих на доказах, та не впроваджувалися в умовах реальних закладів освіти, що не дозволило оцінити їх практичну ефективність.

Список використаної літератури:

1. American Occupational Therapy Association. Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (4th ed.). American Journal of Occupational Therapy. 2020. Vol. 74 (Suppl. 2). Article 7412410010. DOI: 10.5014/ajot.2020.74S2001.
2. World Federation of Occupational Therapists. Position Statement: Occupational Therapy Services in School-Based Practice for Children and Youth. Forestfield: WFOT, 2016. URL: <https://wfot.org/resources/occupational-therapy-services-in-school-based-practice-for-children-and-youth> (date of access: 22.06.2026).
3. Міністерство охорони здоров’я України. Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров’я (МКФ). Київ: МОЗ України, 2018. 256 с.
4. Case-Smith J., O’Brien J. C. Occupational Therapy for Children and Adolescents. 8th ed. St. Louis : Elsevier, 2020. 904 p.
5. Bundy A. C., Lane S. J., Murray E. A. Sensory Integration: Theory and Practice. 3rd ed. Philadelphia: F. A. Davis Company, 2020. 696 p.
6. Law M., Cooper B., Strong S., Stewart D., Rigby P., Letts L. The Person-Environment-Occupation Model: A Transactive Approach to Occupational Performance. Canadian Journal of Occupational Therapy. 1996. Vol. 63 (1). P. 9-23. DOI: 10.1177/000841749606300103.
7. UNICEF. Inclusive Education: Understanding Article 24 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. New York : UNICEF, 2021. URL: <https://www.unicef.org/eca/reports/inclusive-education-understanding-article-24-convention-rights-persons-disabilities> (date of access: 22.06.2026).

8. Cahill S. M., Egan B. E., Seber J. Activity- and Occupation-Based Interventions to Support Participation of Children in School Settings. American Journal of Occupational Therapy. 2020. Vol. 74 (2). Article 7402180010. DOI: 10.5014/ajot.2020.742001.

Ю.В. Антонова-Рафі, І.Ю. Худецький, Г.В. Мельник

ВИКОРИСТАННЯ МОДЕЛІ МОНО ТА ДІАГНОСТИЧНОГО ІНСТРУМЕНТУ MONOST В ЕРГОТЕРАПІЇ: ДОСВІД ШВЕЦІЇ ДЛЯ РОЗВИТКУ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ СИСТЕМИ УКРАЇНИ

Київський політехнічний інститут імені Ігоря Сікорського

Актуальність. Повномасштабна війна в Україні спричинила суттєве зростання кількості осіб, які потребують комплексної реабілітаційної допомоги. Серед них особливу групу становлять військовослужбовці та цивільні особи з наслідками мінно-вибухових травм, черепно-мозкових ушкоджень, ампутацій, уражень спинного мозку, хронічного болю та психоемоційних розладів. У цих умовах особливого значення набуває впровадження сучасних ерготерапевтичних моделей, які забезпечують цілісний підхід до оцінювання функціонування людини та планування реабілітаційних втручань [1,8]. Однією з найбільш поширених і науково обґрунтованих концепцій сучасної ерготерапії є Model of Human Occupation (МОНО), розроблена професором Gary Kielhofner [1]. Модель широко використовується у Швеції як теоретична основа клінічної практики, професійної освіти та наукових досліджень у сфері ерготерапії [1,4].

Виклад основної частини друкованої праці. Швеція належить до країн із високим рівнем розвитку реабілітаційної допомоги. Ерготерапевт є ліцензованим медичним фахівцем, професійна діяльність якого регламентується державою. У країні працює понад 12 тисяч ерготерапевтів, а сама професія інтегрована в усі рівні системи охорони здоров'я - від первинної медичної допомоги до високоспеціалізованих реабілітаційних центрів [8]. Шведська система ерготерапії базується на принципах доказової практики, клієнтоорієнтованого підходу, міждисциплінарної взаємодії та активної участі пацієнта у процесі реабілітації [1,5,8]. Ерготерапевти працюють у лікарнях, реабілітаційних клініках, закладах довготривалого догляду, службах соціальної підтримки, системі професійної реабілітації та освітніх установах.

Особливістю шведського підходу є розгляд людини не лише через призму порушених функцій організму, а насамперед через її здатність брати участь у значущих для неї видах діяльності [1]. Саме тому в центрі реабілітаційного процесу знаходяться потреби, цілі та життєві ролі пацієнта. Модель МОНО є однією з найбільш впливових теоретичних моделей ерготерапії у світі. Її основна ідея полягає в тому, що діяльність людини формується внаслідок взаємодії трьох взаємопов'язаних компонентів: волі (volition), звичок і ролей (habituation), продуктивності виконання (performance capacity) [1]. Воля охоплює мотивацію людини, її цінності, інтереси та особисті переконання щодо

власних можливостей. Звички та ролі визначають структуру повсякденного життя, тоді як продуктивність виконання характеризує фізичні, когнітивні та психоемоційні можливості особи [1].

Відповідно до МОНО, успішна реабілітація передбачає не лише відновлення функцій організму, але й повернення людини до значущої діяльності, соціальних ролей та активної участі в житті суспільства [1].

Під час ознайомлення з діяльністю шведських реабілітаційних центрів було встановлено, що принципи МОНО широко застосовуються у програмах нейрореабілітації, лікування хронічного болю, відновлення після травм спинного мозку, інсультів та інших неврологічних захворювань [4]. Практична реалізація моделі МОНО здійснюється за допомогою низки стандартизованих інструментів, серед яких особливе місце займає Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST) [2,3]. MOHOST призначений для комплексної оцінки здатності людини брати участь у повсякденній діяльності та дозволяє отримати цілісне уявлення про фактори, що сприяють або перешкоджають функціонуванню [2]. Інструмент включає оцінювання шести основних доменів:

1. Мотивація до діяльності.
2. Патерни діяльності та ролі.
3. Навички спілкування та взаємодії.
4. Процесуальні навички.
5. Моторні навички.
6. Вплив навколишнього середовища.

На відміну від багатьох традиційних методів оцінювання, MOHOST дозволяє аналізувати не лише наявні порушення, а й ресурси пацієнта, що можуть бути використані у процесі реабілітації [2,3,4].

Під час клінічного спостереження у шведських закладах реабілітації MOHOST використовується як інструмент первинного оцінювання, планування індивідуальної програми втручань та моніторингу динаміки відновлення [4].

Важливою складовою шведської практики є активне залучення пацієнта до постановки реабілітаційних цілей. Для цього широко використовується Canadian Occupational Performance Measure (COPM), який дозволяє визначити діяльність, що має найбільше значення для конкретної людини [5].

Під час реабілітації пацієнтів із хронічним болем значна увага приділяється аналізу активності, досягненню балансу між навантаженням і відпочинком, формуванню нових адаптивних стратегій поведінки та розвитку навичок самоменеджменту [1,5,6].

Особливий інтерес становить концепція occupational balance – балансу діяльності, яка розглядається як одна з передумов фізичного та психічного благополуччя людини. Ерготерапевти допомагають пацієнтам аналізувати власну структуру повсякденної активності, визначати дисбаланс між роботою, самообслуговуванням, відпочинком і дозвіллям та формувати більш здорові моделі поведінки [6,7].

Сучасна українська система реабілітації перебуває на етапі активного розвитку та інтеграції міжнародних стандартів. У цьому контексті досвід Швеції має особливу цінність [8].

Впровадження МОНО та МОНОСТ може забезпечити стандартизацію ерготерапевтичного оцінювання, підвищення об'єктивності клінічних рішень, посилення клієнтоорієнтованого підходу, покращення міждисциплінарної взаємодії, ефективніше планування індивідуальних реабілітаційних програм, можливість оцінювання результативності втручань на основі міжнародних критеріїв [1,2,4,8]. Особливо перспективним є використання МОНОСТ у роботі з військовослужбовцями, особами після ампутацій, черепно-мозкових травм, уражень спинного мозку та пацієнтами з хронічним болем, для яких повернення до повсякденної активності та соціальної участі є одним із ключових показників успішної реабілітації [2,4].

Висновки. Шведська модель організації ерготерапевтичної допомоги демонструє високу ефективність завдяки поєднанню доказової практики, міждисциплінарної співпраці та активної участі пацієнта у реабілітаційному процесі [1,8]. Модель МОНО забезпечує цілісне розуміння функціонування людини в контексті її життєвої діяльності, а інструмент МОНОСТ дозволяє здійснювати комплексну оцінку факторів, які впливають на участь у повсякденному житті.

Адаптація зазначених підходів до української системи реабілітації може сприяти підвищенню якості ерготерапевтичної допомоги, розвитку сучасних стандартів клінічної практики та більш ефективному відновленню осіб, які постраждали внаслідок війни та інших захворювань і травм.

Аналіз проведено у межах міжнародного проєкту CURIOUS («Ерготерапія без кордонів»), який реалізується спільно шведською організацією Beredskapslyftet, БО БФ «КОЛО» та КПІ ім. Ігоря Сікорського (факультет біомедичної інженерії) за підтримки Шведського інституту.

Список використаної літератури:

1. Taylor R.R., Bowyer P., Fisher G. Kielhofner's Model of Human Occupation: Theory and Application. 6th ed. Philadelphia : Wolters Kluwer, 2023. 544 p.
2. Kielhofner G., Fan C.-W., Morley M., Garnham M., Heasman D., Forsyth K., Lee S.W., Taylor R.R. A psychometric study of the Model of Human Occupation Screening Tool (МОНОСТ). Hong Kong Journal of Occupational Therapy. 2010. Vol. 20, No. 2. P. 63–70. DOI: 10.1016/S1569-1861(11)70005-5.
3. Parkinson S., Chester A., Cratchley S., Rowbottom J. Application of the Model of Human Occupation Screening Tool (МОНОСТ) in an acute psychiatric setting. Occupational Therapy in Health Care. 2008. Vol. 22, No. 2–3. P. 63–75.
4. Forsyth K., Deshpande S., Kielhofner G. Utility of Model of Human Occupation Screening Tool in Sweden. Occupational Therapy in Mental Health. 2020. Vol. 36, No. 3. P. 250–266. DOI: 10.1080/0164212X.2020.1757558.
5. Law M., Baptiste S., Carswell A., McColl M.A., Polatajko H., Pollock N. Canadian Occupational Performance Measure (COPM). 5th ed. Ottawa: CAOT Publications ACE, 2014.
6. Wagman P., Håkansson C., Björklund A. Occupational balance as used in occupational therapy: a concept analysis. Scandinavian Journal of Occupational Therapy. 2012. Vol. 19, No. 4. P. 322–327. DOI: 10.3109/11038128.2011.596219.

7. Wagman P., Håkansson C. Introducing the Occupational Balance Questionnaire (OBQ). *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2014. Vol. 21, No. 3. P. 227–231. DOI: 10.3109/11038128.2014.900571.
8. World Federation of Occupational Therapists. Minimum Standards for the Education of Occupational Therapists. WFOT, 2023. Available at: <https://wfot.org/education/wfot-education-standards>.

П.С. Аржанова, І.В. Аблікова

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ЗАНЯТТЄВОГО БАЛАНСУ ТА ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ФАХІВЦІВ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Заклад вищої освіти «Український католицький університет», м. Львів

Актуальність теми. Ерготерапія як науково-практична дисципліна ґрунтується на положенні про те, що участь людини у значущих для неї видах діяльності є важливою умовою для підтримки здоров'я та благополуччя [1]. У цьому контексті одним із ключових понять ерготерапії є заняттєвий баланс - суб'єктивне відчуття гармонійного та достатнього поєднання професійної діяльності, самоогляду, відпочинку, дозвілля та соціальної участі [2]. Дослідження свідчать, що вищий рівень заняттєвого балансу пов'язаний із нижчим рівнем стресу та кращими показниками психічного здоров'я [3].

Особливої актуальності проблема заняттєвого балансу набуває серед фахівців сфери охорони здоров'я, професійна діяльність яких супроводжується високим рівнем емоційного навантаження та ризиком розвитку професійного вигорання [4,5].

В умовах воєнного стану в Україні фахівці сфери охорони здоров'я додатково зазнають впливу тривалих психоемоційних і стресових чинників, що актуалізує необхідність вивчення ресурсів підтримки ментального здоров'я та професійного благополуччя. У зв'язку з цим, дослідження взаємозв'язку між заняттєвим балансом і професійним вигоранням є актуальним для розвитку доказової практики в ерготерапії та формування підходів до підтримки ментального здоров'я фахівців сфери охорони здоров'я.

Виклад основної частини друкованої праці. Метою дослідження було визначити взаємозв'язок між заняттєвим балансом та професійним вигоранням у фахівців сфери охорони здоров'я.

У дослідженні взяли участь 102 фахівці сфери охорони здоров'я. Збір даних здійснювався у форматі онлайн-анкетування з використанням Google Forms. Розроблена анкета складалась з трьох розділів. Перший розділ містив запитання щодо соціально-демографічних характеристик респондентів. Другий розділ включав стандартизований опитувальник Occupational Balance Questionnaire (OBQ) - інструмент оцінювання рівня заняттєвого балансу [6]. Опитувальник включав 11 запитань із трьома варіантами відповідей, серед яких респондент мав обрати той, що найбільше відповідав його ситуації на момент проходження опитування. Третій розділ містив стандартизований опитувальник Maslach Burnout Inventory (MBI), який включав 22 запитання та дозволив

оцінити три компоненти професійного вигорання: емоційне виснаження, деперсоналізацію та редукцію особистих досягнень [7].

Статистичний аналіз здійснювався з використанням методів описової статистики, коефіцієнта рангової кореляції Спірмена для аналізу взаємозв'язків між показниками заняттєвого балансу та професійного вигорання, а також критерію Манна-Уїтні для порівняння показників професійного вигорання та заняттєвого балансу між чоловіками та жінками різних вікових груп.

У досліджуваній вибірці ($n=102$) виявлено ознаки професійного вигорання: високий рівень емоційного виснаження ($Me = 27,00$), середній рівень деперсоналізації ($Me = 8,00$) та зниження особистих досягнень ($Me = 28,50$). Водночас рівень заняттєвого балансу був відносно високим ($Me = 23,00$).

Аналіз соціально-демографічних показників показав, що рівень професійного вигорання відрізнявся залежно від статі та віку респондентів. Зокрема, жінки мали вищий рівень емоційного виснаження порівняно з чоловіками ($28,63 \pm 11,60$ проти $21,29 \pm 9,25$ бала; $p = 0,022$). Найбільш вразливою щодо проявів професійного вигорання, а саме емоційного виснаження, була вікова група 30-39 років, у якій медіана становила 30,0 (23,0; 37,0) бала, а деперсоналізації - 9,0 (4,0; 14,0) бала.

Встановлено статистично значущий сильний негативний зв'язок між заняттєвим балансом та емоційним виснаженням ($r = -0,628$; $p < 0,001$), а також статистично значущий слабкий негативний зв'язок між заняттєвим балансом і деперсоналізацією ($r = -0,286$; $p = 0,005$). Статистично значущого зв'язку між заняттєвим балансом та особистими досягненнями не виявлено ($p > 0,05$).

Висновки. Отримані результати демонструють, що навіть за умови відносно високого рівня заняттєвого балансу у фахівців сфери охорони здоров'я зберігається високий рівень емоційного виснаження, що може вказувати на вплив додаткових хронічних стресових чинників, зумовлених війною.

Водночас, важливо зазначити, що дослідження мало низку обмежень, які необхідно враховувати при інтерпретації результатів. Передусім, обсяг вибірки був відносно невеликим ($n=102$), що обмежує можливість узагальнення результатів на всю популяцію фахівців сфери охорони здоров'я. Вибірка характеризувалася вираженим гендерним дисбалансом із переважанням жінок ($n=86$), що могло впливати на загальні показники вигорання та обмежувати екстраполяцію результатів на чоловічу частину вибірки. Зазначені обмеження слід враховувати при інтерпретації результатів, а також при плануванні подальших досліджень у цьому напрямку.

Список використаної літератури:

1. Kielhofner G. Model of Human Occupation: Theory and Application. 4th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 2008. 560 p.
2. Wagman P., Håkansson C., Björklund A. Occupational balance as used in occupational therapy: a concept analysis. Scandinavian Journal of Occupational Therapy. 2012. Vol. 19, No. 4. P. 322–327. DOI: 10.3109/11038128.2011.596219.
3. Håkansson C., Lexén A. The combination of psychosocial working conditions, occupational balance and sociodemographic characteristics and their

- associations with no or negligible stress symptoms among Swedish occupational therapists: a cross-sectional study. BMC Health Services Research. 2021. Vol. 21. Article 471. DOI: 10.1186/s12913-021-06465-6.
4. World Health Organization. Burn-out an «occupational phenomenon»: International Classification of Diseases. Geneva: WHO, 2019. URL: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases> (дата звернення: 08.02.2026).
 5. De Hert S. Burnout in healthcare workers: prevalence, impact and preventative strategies. Local and Regional Anesthesia. 2020. Vol. 13. P. 171–183. DOI: 10.2147/LRA.S240564.
 6. Wagman P., Håkansson C. Introducing the Occupational Balance Questionnaire (OBQ). Scandinavian Journal of Occupational Therapy. 2014. Vol. 21, No. 3. P. 227–231. DOI: 10.3109/11038128.2014.900571.
 7. Maslach C., Jackson S.E., Leiter M.P. Maslach Burnout Inventory Manual. 4th ed. Menlo Park, CA : Mind Garden, 2018. 86 p.

М. С. Балаж

ПРАКТИКА, ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗАХ, У ПІДГОТОВЦІ ЕРГОТЕРАПЕВТІВ: АНАЛІЗ ОСВІТНІХ ПРОГРАМ УКРАЇНИ

Заклад вищої освіти «Український католицький університет», м. Львів

Актуальність теми. Практика, заснована на доказах (evidence-based practice) [1], розглядається як необхідна умова безпечної, ефективної та клієнтоорієнтованої ерготерапевтичної допомоги. Відповідно до позиції Всесвітньої федерації ерготерапевтів (WFOT), ерготерапевти повинні володіти компетентностями пошуку, критичної оцінки та використання доказів для прийняття професійних рішень [5]. Формування цих компетентностей належить до мінімальних вимог підготовки фахівців з ерготерапії [6]. Водночас результати міжнародних досліджень свідчать, що студенти та молоді фахівці позитивно ставляться до практики, заснованої на доказах, проте часто відчують труднощі з пошуком, критичною оцінкою та використанням наукових доказів у клінічній діяльності [2]. Одним із чинників, що можуть впливати на формування відповідних компетентностей, є зміст та організація освітніх програм.

Виклад основної частини друкованої праці. Метою дослідження було проаналізувати представленість компетентностей доказової практики в освітніх програмах з ерготерапії в Україні та оцінити відповідність змісту освітніх компонентів, методів навчання й оцінювання сучасним рекомендаціям щодо їх формування.

Дослідження проведено методом контент-аналізу документів освітніх програм з ерготерапії. До вибірки включено шість освітніх програм (три бакалаврського та три магістерського рівнів вищої освіти), для яких у відкритому доступі були наявні силабуси, робочі програми освітніх компонентів

і програми практичної підготовки. Загалом проаналізовано 129 освітніх компонентів.

Аналітичну рамку дослідження сформовано на основі Сицилійської заяви щодо практики, заснованої на доказах (Sicily Statement on Evidence-Based Practice) [3]. Оцінювали представленість компетентностей практичної діяльності, заснованої на доказах, відповідно до основних її етапів: формулювання клінічного питання, пошук доказів, критична оцінка доказів, інтеграція доказів у процес прийняття клінічних рішень, оцінка результатів втручання та рефлексія професійної діяльності. Компетентність вважали представленою лише за наявності прямих ознак відповідного етапу в тематичному змісті освітнього компонента, навчальних завданнях, методах навчання або оцінювання.

Відповідно до міжнародних рекомендацій, формування компетентностей практичної діяльності, заснованої на доказах, має охоплювати всі етапи доказового прийняття клінічних рішень та бути інтегрованим у клінічні дисципліни, практичну підготовку й систему оцінювання результатів навчання [4].

Натомість, результати аналізу засвідчили нерівномірну представленість компетентностей практичної діяльності, заснованої на доказах, в освітніх програмах з ерготерапії. Найкраще представленими виявилися компетентності, пов'язані з оцінюванням клієнта, плануванням і реалізацією втручань, а також оцінкою результатів реабілітаційного процесу. Водночас ці компоненти переважно розглядалися як складові клінічної підготовки і не супроводжувалися системним формуванням навичок пошуку, критичної оцінки та використання наукових доказів для прийняття клінічних рішень.

Компетентності, безпосередньо пов'язані з практикою, заснованою на доказах, були представлені значно меншою мірою. Формулювання клінічного питання було підтверджено або фрагментарно виявлено у 4 із 6 програм, при цьому чітке використання формату PICO/PESCO або його аналогів простежувалося лише у 3 із 6 програм. Елементи пошуку доказів були наявні в усіх програмах, однак у частині випадків обмежувалися роботою з літературними джерелами без опанування пошуку в спеціалізованих доказових базах даних; такі навички чітко простежувалися лише у 3 із 6 програм. Критична оцінка доказів була підтверджена або фрагментарно представлена у 4 із 6 програм, проте використання стандартизованих інструментів оцінки якості доказів (CASP, CRAAP, JBI, CEBM, PRISMA тощо) виявлено лише у 3 програмах.

Переважає більшість виявлених елементів доказової практики зосереджена в дисциплінах дослідницького та методологічного спрямування. Системної інтеграції компетентностей доказової практики в клінічні дисципліни та практичну підготовку не виявлено.

Аналіз методів навчання засвідчив, що найбільш поширеними є аналіз клінічних випадків, робота з літературними джерелами та виконання індивідуальних дослідницьких завдань. Водночас такі спеціалізовані методи формування компетентностей доказової практики, як клуби обговорення

наукових статей та критично оцінені теми, не були виявлені в жодній із проаналізованих програм.

Аналіз інструментів оцінювання засвідчив домінування традиційних форм контролю (тести, усне опитування, виступи з презентаціями) та обмежене використання спеціалізованих методів оцінювання компетентностей практичної діяльності, заснованої на доказах. Окремі інструменти оцінювання формулювання клінічного питання, пошуку та критичної оцінки доказів були виявлені переважно в магістерських програмах і мали несистемний характер. Водночас оцінювання процесу доказового обґрунтування клінічних рішень та використання доказів під час практичної підготовки було представлене обмежено. Таким чином, переважна увага приділяється оцінюванню результату клінічного рішення, тоді як процес використання доказів для його обґрунтування залишається недостатньо охопленим.

Отримані результати свідчать про розрив між сучасними міжнародними рекомендаціями щодо формування компетентностей практики, заснованої на доказах, та їх реалізацією в проаналізованих освітніх програмах.

Висновки. Незважаючи на наявність окремих елементів практики, заснованої на доказах, у проаналізованих освітніх програмах не простежується системне формування повного циклу компетентностей доказового прийняття клінічних рішень. Найбільші прогалини стосуються формулювання клінічних питань, пошуку та критичної оцінки доказів. Це свідчить про потребу перегляду підходів до інтеграції доказової практики в підготовку ерготерапевтів та узгодження змісту освітніх програм із сучасними міжнародними вимогами до професійної освіти.

Обмеження дослідження. До аналізу включено лише освітні програми з доступним документальним забезпеченням. Результати відображають представленість компетентностей доказової практики в документах освітніх програм і не дозволяють робити висновки щодо їх фактичного формування у здобувачів освіти або особливостей викладання.

Список використаної літератури:

1. Evidence based medicine: what it is and what it isn't / D. L. Sackett, W. M. C. Rosenberg, J. A. M. Gray et al. *BMJ*. 1996. Vol. 312 (7023). P. 71–72. DOI: 10.1136/bmj.312.7023.71.
2. Occupational therapists' attitudes, knowledge and implementation of evidence-based practice: a systematic review of published research / D. Upton, D. Stephens, B. Williams et al. *British Journal of Occupational Therapy*. 2014. Vol. 77(1). P. 24–38. DOI: [10.4276/030802214X13887685335544](https://doi.org/10.4276/030802214X13887685335544)
3. Sicily statement on evidence-based practice/ M. Dawes, W. Summerskill, P. Glasziou et al. *BMC Med Educ*. 2005. Vol. 5. P. 1. DOI: 10.1186/1472-6920-5-1.
4. Thomas A., Saroyan A., Dauphinee W. Evidence-based practice: a review of theoretical assumptions and effectiveness of teaching and assessment interventions in health professions. *BMC Medical Education*. 2017. Vol. 17. P. 76. DOI: [10.1007/s10459-010-9251-6](https://doi.org/10.1007/s10459-010-9251-6)

5. World Federation of Occupational Therapists. Guiding Principles for the Use of Evidence in Occupational Therapy. 2021. URL: <https://wfot.org/resources/guiding-principles-for-the-use-of-evidence-in-occupational-therapy> (date of access: 17.06.2026).
6. World Federation of Occupational Therapists. Minimum Standards for the Education of Occupational Therapists. 2026. URL: <https://wfot.org/resources/new-minimum-standards-for-the-education-of-occupational-therapists-2026> (date of access: 17.06.2026).

А. Ю. Благоднюк

ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНИЙ СУПРОВІД У ВІДНОВЛЕННІ ДРІБНОЇ МОТОРИКИ ТА САМООБСЛУГОВУВАННЯ ПІСЛЯ УРАЖЕННЯ СПИННОГО МОЗКУ З ВИКОРИСТАННЯМ АРТ-ТЕРАПІЇ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Комунальне підприємство «Лікарня №2 ім. В.П. Павлусенка»
Житомирської міської ради

Актуальність теми. Ураження спинного мозку на шийному рівні внаслідок вертеброгенних інфекційних ускладнень, зокрема гнійного епідуриту, призводять до глибоких неврологічних порушень у вигляді тетрапарезів та млявої тетраплегії. Для осіб з такими травмами критично важливим є відновлення дрібної моторики та маніпулятивної функції кисті, що безпосередньо впливає на рівень їхньої повсякденної незалежності та якість життя. Особливого значення людиноцентрована та діяльнісно-орієнтована ерготерапія набуває у випадках, коли професійна діяльність пацієнта вимагає високоточних маніпуляцій. Відновлення професійної ідентичності та повернення до висококваліфікованої праці через інтеграцію новітніх методик, зокрема довготривалої арт-терапії, є одним із найскладніших та найменш висвітлених завдань у сучасній реабілітаційній практиці, що й зумовлює актуальність аналізу цього клінічного випадку [1].

Виклад основної частини друкованої праці. Пацієнт С., 53 роки, за фахом - медичний працівник хірургічного профілю, госпіталізований до реабілітаційного відділення після перенесення трьох послідовних оперативних втручань. З анамнезу відомо, що пацієнту було проведено оперативне лікування гнійного епідуриту на рівні С3-С6 хребців з компресією спинного мозку та формуванням компресійної мієлопатії. У зв'язку з рецидивом епідуриту у подальшому виконано декомпресивну ламінектомію С6-С7, а згодом - корпектомію С5-С6 та металоспондилодез.

Неврологічний статус на момент первинного огляду мультидисциплінарною командою (МДК) [2] характеризувався верхнім помірним парапарезом, нижнім грубим парапарезом, порушенням функцій тазових органів (ПФТО) за типом тазової затримки сечі та явищами млявої тетраплегії. Первинне ерготерапевтичне обстеження зафіксувало критичне обмеження життєдіяльності пацієнта: Індекс активності повсякденного життя

(АПЖ) Бартел становив 15 балів (повна залежність), оцінка за модифікованою шкалою Ренкіна - 5 балів, сила м'язів-згиначів та розгиначів кисті - 2 бали.

На початковому етапі ерготерапевтичне втручання [3] базувалося на раціональному позиціонуванні та навчанні пацієнта базовим навичкам мобільності: зміні положення у ліжку, самостійному сидінню, утриманню рівноваги сидячи та безпечному пересіданню у крісло-колісне. Завдяки застосуванню інтенсивних занять протягом двох тижнів пацієнт успішно опанував керування кріслом-колісним, відновив навички самостійного одягання, роздягання та взування. У складі МДК спільно з медичним персоналом було здійснено заходи, які дозволили успішно видалити сечовий катетер та відновити природний патерн сечовиділення. Наприкінці першого циклу терапії пацієнт досяг повної автономії у виконанні щоденних гігієнічних процедур з використанням компенсаційних стратегій переміщення. Динаміку показників функціональної незалежності пацієнта на перших етапах реабілітації [4] наведено в табл. 1.

Таблиця 1

**Динаміка показників функціональної незалежності пацієнта
в процесі реабілітації**

Показник / Оцінювальна шкала	Первинний огляд	Контрольний огляд (2 тижні)	Клінічний статус
Індекс активності Бартел (0–100)	15 балів	40 балів	Зменшення ступеня залежності від сторонньої допомоги
Модифікована шкала Ренкіна (0–6)	5 балів	4 бали	Покращення мобільності (пацієнт більше не прикутий до ліжка)
М'язова сила (0–5 балів)	2 бали	2 бали	Стабільна динаміка з активацією проксимальних відділів

Повторний огляд МДК через два тижні продемонстрував стрімку позитивну динаміку. Було ініційовано перші спроби вертикалізації та ходьби з ходунками. Наступний терапевтичний план передбачав збільшення м'язової сили, відновлення фізіологічного патерну ходьби, покращення координації рухів та статико-динамічної рівноваги.

Ключовим і найбільш делікатним завданням стало відновлення дрібної пальцевої моторики та ізольованих рухів пальців кисті, оскільки пацієнт мав стійкий намір повернутися до професійної діяльності. З огляду на ознаки пригніченого психоемоційного стану, пов'язані з різкою втратою професійної та особистісної ідентичності, в структуру ерготерапевтичного втручання було інтегровано тривалу заняттєву активність у вигляді цілеспрямованої арт-терапії, а саме малюванні, яка тривала майже два місяці (щодня по 60 хвилин). Заняття базувалися на концептуальних моделях ерготерапевтичної практики, зокрема МОНО [1,3].

Ерготерапевтичне втручання [5] включало застосування арт-терапевтичних методів, спрямованих на відновлення функції верхніх кінцівок, розвиток дрібної моторики та підтримку психоемоційного стану пацієнта:

1. Малювання: на початкових етапах реабілітації використовувалися пензлі та олівці з потовщеним (модифікованим) руків'ям, що забезпечувало компенсацію зниженої сили захоплення та полегшувало виконання графічних рухів. У процесі відновлення функції кисті розмір руків'я поступово наближали до стандартних параметрів професійного інструментарію. Такий підхід сприяв покращенню диференційованих рухів у променево-зап'ястковому суглобі, розвитку координації та відновленню навичок точної графічної маніпуляції.

2. Каліграфія та робота з папером: використовувалися вправи з написання текстів, креслення та створення виробів із паперу, що вимагали точних координованих рухів пальців і кисті. Заняття були максимально наближені до професійної діяльності пацієнта, що сприяло підтриманню мотивації та забезпечувало перенесення відновлених навичок у повсякденне та професійне життя.

3. Музичний супровід: заняття проводилися під спокійну джазову музику, яка створювала сприятливу терапевтичну атмосферу та сприяла емоційному розслабленню. На початкових етапах творча діяльність відбувалася під безпосереднім супроводом ерготерапевта, що забезпечувало відчуття безпеки та підтримки. У процесі занять пацієнт мав можливість відкрито рефлексувати власні переживання, вербалізувати емоції, висловлювати страхи та поступово відновлювати відчуття контролю над власним життям. Арт-терапевтичний простір сприяв переосмисленню особистісного досвіду та відновленню усвідомлення себе у значущих соціальних і професійних ролях.

Завдяки високій внутрішній мотивації пацієнта та комплексному мультидисциплінарному підходу наприкінці курсу реабілітації було досягнуто відновлення самостійної ходьби та покращення функції дрібної моторики кисті. Досягнуті результати дозволили пацієнту повернутися до активної професійної діяльності.

Висновки. У представленому клінічному випадку застосування арт-терапевтичних методів у структурі ерготерапевтичного втручання продемонструвало ефективність у відновленні функції верхніх кінцівок та покращенні психоемоційного стану пацієнта з компресійною мієлопатією. Використання значущих для пацієнта видів діяльності - малювання, каліграфії та роботи з папером - сприяло підвищенню мотивації до реабілітації, розвитку дрібної моторики кисті та підтримці емоційної стабільності. Поєднання арт-терапевтичних методів із принципами клієнтоцентрованого підходу забезпечило успішне повернення пацієнта до професійної діяльності.

Список використаної літератури:

1. Дорофей С. В. Арт-терапія: навч. посіб. Кам'янець-Подільський : Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2025. 194 с.

2. Мангушева О. О. Короткий термінологічний словник ерготерапії. Київ : Українське товариство ерготерапевтів, 2021. 64 с.
3. Kielhofner G. Model of Human Occupation: Theory and Application. 5th ed. Philadelphia : Wolters Kluwer, 2017. 552 p.
4. Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ). Женева : Всесвітня організація охорони здоров'я ; Київ : МОЗ України, 2022. 324 с.
5. Копитін О. І. Основи арт-терапії. Київ: Видавництво, 2019. 195с.

М.В. Владимиренко

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЦЕСУ ЕРГОТЕРАПІЇ ОСІБ ІЗ ПРОСТОРОВИМ НЕГЛЕКТОМ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

Національний університет фізичного виховання і спорту України

Актуальність теми. Після перенесеного ішемічного інсульту людина може зіткнутися не лише з руховими порушеннями, а й із труднощами сприйняття навколишнього простору. Одним із найбільш складних наслідків ураження головного мозку є просторовий неглект - стан, при якому пацієнт частково або повністю ігнорує інформацію з одного боку простору, що суттєво впливає на його повсякденне життя [1].

Просторовий неглект значно ускладнює процес відновлення після інсульту. Пацієнт може не помічати предмети на столі, залишати їжу на одній половині тарілки, пропускати рукав під час одягання або нашттовхуватися на предмети під час пересування. Саме такі труднощі найчастіше стають причиною обмеження самостійності у побуті та знижують ефективність реабілітаційного процесу [2]. Незважаючи на значну поширеність даного порушення, прояви неглекту нерідко залишаються недостатньо виявленими на ранніх етапах відновлення. Водночас своєчасне обстеження та правильно організоване ерготерапевтичне втручання можуть суттєво покращити результати реабілітації та рівень участі людини у повсякденному житті [3].

У зв'язку з цим актуальним є вивчення сучасних підходів ерготерапії у роботі з особами, які мають прояви просторового неглекту після перенесеного ішемічного інсульту.

Виклад основної частини друкованої праці. Мета роботи проаналізувати особливості ерготерапевтичного супроводу осіб із просторовим неглектотом після перенесеного ішемічного інсульту та узагальнити сучасні наукові дані щодо ефективності ерготерапевтичних втручань при даному порушенні.

Просторовий неглект є складним порушенням просторової уваги, яке найчастіше виникає внаслідок ураження правої півкулі головного мозку. Особливістю цього стану є те, що пацієнт може мати збережений зір та чутливість, однак недостатньо реагувати на стимули з боку ураження. У результаті виникають труднощі під час взаємодії з навколишнім середовищем та виконання звичних повсякденних завдань [1].

Прояви просторового неглекту можуть спостерігатися під час прийому їжі, одягання, особистої гігієни, пересування та користування предметами побуту. Пацієнти часто не помічають об'єкти з одного боку простору, недостатньо використовують уражену верхню кінцівку та відчувають труднощі під час орієнтації у знайомому середовищі. Це створює додаткові перешкоди для повернення до самостійного життя після інсульту [4].

Особливістю просторового неглекту є те, що його прояви не завжди очевидні під час стандартного неврологічного огляду. Саме тому важливого значення набуває використання ерготерапевтичних методів оцінювання, зокрема Line Bisection Test, Star Cancellation Test, Albert Test та Clock Drawing Test, які дозволяють виявити навіть помірні порушення просторової уваги та врахувати їх під час планування ерготерапевтичного втручання [5].

Одним із найбільш поширених напрямів ерготерапії є тренування візуального сканування. Під час виконання функціональних завдань пацієнт навчається цілеспрямовано спрямовувати погляд та увагу в сторону просторового ігнорування. Регулярне використання подібних вправ сприяє більш активному залученню ураженої частини простору до повсякденної діяльності [6].

Результати сучасних досліджень свідчать, що найбільш обґрунтованими підходами в реабілітації просторового неглекту є тренування візуального сканування, модифікація навколишнього середовища, використання просторових підказок та інтеграція завдань, спрямованих на залучення ураженої сторони простору до повсякденної діяльності. Застосування зазначених втручань сприяє покращенню просторової уваги, підвищенню безпечності пересування та розширенню можливостей участі пацієнта у повсякденному житті [2,5,6].

Важливе місце займає також організація навколишнього середовища. Розташування предметів побуту, особистих речей та джерел інформації з відповідного боку, стимулює пацієнта частіше звертати увагу на уражену сторону простору. Для підвищення ефективності втручання можуть використовуватися кольорові маркери, контрастні орієнтири та інші візуальні підказки [7].

Сучасна ерготерапія передбачає інтеграцію тренування просторової уваги у реальні побутові завдання. Поєднання когнітивних і функціональних компонентів дозволяє досягати більш стійких результатів та сприяє перенесенню набутих навичок у повсякденне життя пацієнта.

Висновки:

1. Просторовий неглект є одним із найбільш складних когнітивних наслідків ішемічного інсульту та суттєво впливає на повсякденне функціонування людини.
2. Прояви неглекту можуть обмежувати виконання побутових завдань, мобільність, самообслуговування та безпечність пересування.
3. Використання спеціалізованих методів оцінювання дозволяє своєчасно виявляти порушення просторової уваги та планувати індивідуалізовані ерготерапевтичні втручання.

4. Тренування візуального сканування, організація середовища та використання просторових підказок є важливими складовими сучасної ерготерапії осіб із просторовим неглектом.
5. Для осіб із просторовим неглектом ерготерапія є не лише способом відновлення окремих функцій, а й можливістю знову безпечно взаємодіяти з навколишнім середовищем, виконувати повсякденні дії та поступово повертатися до активного життя.

Список використаної літератури:

1. World Health Organization. International perspectives on spinal cord injury. Geneva: World Health Organization, 2013. 231 p.
2. Kirshblum S. C., Burns S. P., Biering-Sørensen F. et al. International standards for neurological classification of spinal cord injury // Journal of Spinal Cord Medicine. 2011. Vol. 34, no. 6. P. 535–546.
3. American Occupational Therapy Association. Occupational therapy practice framework: domain and process // American Journal of Occupational Therapy. 2020. Vol. 74, suppl. 2.
4. World Federation of Occupational Therapists. Position statement: occupational therapy and rehabilitation. London: WFOT, 2023.
5. Вітомська М. В., Мангушева О. О. Сучасні підходи ерготерапії у нейрореабілітації. Київ: Українське товариство ерготерапевтів, 2023. 180 с.
6. Мангушева О. О. Короткий термінологічний словник ерготерапії. Київ : Українське товариство ерготерапевтів, 2021. 96 с.
7. Міністерство охорони здоров'я України. Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ). Київ: МОЗ України, 2018. 104 с.
8. Міністерство охорони здоров'я України. Реабілітаційна допомога при травмах спинного мозку: клінічні рекомендації. Київ : МОЗ України, 2024. 156 с.

М.М. Голдич

ЕРГОТЕРАПІЯ У ВІДНОВЛЕННІ АКТИВНОСТЕЙ ПОВСЯКДЕННОГО ЖИТТЯ ОСІБ ПРИ УРАЖЕННІ СПИННОГО МОЗКУ НА РІВНІ С6

Національний університет фізичного виховання і спорту України

Актуальність теми. Ураження спинного мозку на рівні С6 належить до станів, які суттєво впливають на самостійність людини у повсякденному житті. Після травми багато звичних дій, які раніше виконувалися автоматично, стають складними або взагалі неможливими без сторонньої допомоги. Навіть за часткового збереження рухів у верхніх кінцівках пацієнти часто стикаються з труднощами під час прийому їжі, одягання, особистої гігієни, користування телефоном та виконання інших побутових завдань [1,2].

Особливістю ураження на рівні С6 є те, що людина має певний потенціал для відновлення самостійності. Збережені рухи у плечових та ліктювих

суглобах дозволяють навчатися новим способам виконання повсякденних дій, використовувати компенсаторні можливості організму та поступово розширювати власну незалежність [2]. Саме тому одним із головних завдань ерготерапії є допомога людині у відновленні навичок самообслуговування, адаптації до нових умов життя та поверненні до максимально можливої активності в побуті й суспільстві [3,4].

Виклад основної частини друкованої праці. Мета роботи - на основі аналізу наукових джерел узагальнити сучасні підходи ерготерапії до відновлення активностей повсякденного життя осіб із ураженням спинного мозку на рівні С6.

Травма спинного мозку на рівні С6 супроводжується характерними функціональними обмеженнями, які насамперед впливають на використання кисті та пальців. Людина може зберігати можливість виконувати окремі рухи верхньою кінцівкою, проте утримання предметів, застібання одягу, користування столовими приборами або письмовим приладдям часто залишаються складними завданнями [1,2].

Планування ерготерапевтичного втручання потребує комплексного оцінювання функціонального стану пацієнта. Для визначення рівня незалежності широко використовуються Functional Independence Measure (FIM) та Spinal Cord Independence Measure (SCIM), які дозволяють оцінити здатність людини виконувати повсякденні завдання та визначити пріоритетні напрями реабілітації [2,5].

Одним із важливих напрямів роботи є формування тенодезного хвату. Завдяки використанню збереженого розгинання кисті пацієнт може навчитися утримувати різні предмети навіть за відсутності повноцінних рухів пальців. Освоєння тенодезного хвату створює передумови для більш самостійного прийому їжі, користування телефоном, письма та виконання інших побутових дій [1,5].

Не менш важливим завданням є відновлення впевненості людини у власних можливостях. Після травми багато пацієнтів стикаються із залежністю від сторонньої допомоги та втратою звичних соціальних ролей. Поступове освоєння нових способів виконання повсякденних завдань сприяє підвищенню мотивації, покращенню емоційного стану та активнішому залученню до життя родини і суспільства [4,5].

Важливу роль відіграє підбір допоміжних засобів та адаптація навколишнього середовища. Адаптований посуд, спеціальні тримачі, ортези та технічні засоби реабілітації допомагають компенсувати наявні обмеження та полегшують виконання щоденних справ. У багатьох випадках правильно підібраний допоміжний засіб дозволяє людині виконувати дію самостійно без постійної сторонньої допомоги [3,5,8].

Окремим напрямом ерготерапевтичного втручання є навчання користуванню кріслом колісним, загальній мобільності та організації безпечного побутового середовища. Саме ці навички значною мірою визначають рівень незалежності людини після травми спинного мозку та її можливості брати участь у соціальному житті [5,7].

Результати досліджень свідчать, що найбільш ефективними є втручання, орієнтовані на виконання реальних життєвих завдань. Регулярне тренування навичок самообслуговування, використання допоміжних засобів та індивідуалізація програми реабілітації сприяють покращенню показників SCIM, підвищують рівень незалежності та якість життя осіб із хребтотно-спинномозковою травмою [1,3,4].

Висновки:

1. Ураження спинного мозку на рівні С6 суттєво впливає на здатність людини виконувати активності повсякденного життя.
2. Найбільші труднощі виникають під час самообслуговування, використання кисті та виконання побутових завдань.
3. Формування тенодезного хвату є одним із важливих напрямів ерготерапевтичного втручання при ураженні спинного мозку на рівні С6.
4. Використання допоміжних засобів, адаптація середовища та навчання практичним навичкам сприяють розширенню можливостей самостійного виконання повсякденних дій.
5. Ерготерапевтичний супровід допомагає людині поступово відновлювати контроль над щоденними справами та досягати максимально можливого рівня незалежності.

Список використаної літератури:

1. World Health Organization. International Perspectives on Spinal Cord Injury. Geneva: WHO, 2013. 230 p.
2. Kirshblum S. C., Burns S. P., Biering-Sørensen F. et al. International Standards for Neurological Classification of Spinal Cord Injury. Journal of Spinal Cord Medicine. 2011. Vol. 34 (6). P. 535-546. DOI: 10.1179/204577211X13207446293695.
3. American Occupational Therapy Association. Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (4th ed.). American Journal of Occupational Therapy. 2020. Vol. 74 (Suppl. 2). Article 7412410010. DOI: 10.5014/ajot.2020.74S2001.
4. World Federation of Occupational Therapists. Position Statement: Occupational Therapy and Rehabilitation. Forestfield: WFOT, 2023. URL: <https://wfot.org> (date of access: 24.06.2026).
5. Вітомська М. В., Мангушева О. О. Сучасні підходи ерготерапії у нейрореабілітації. Київ, 2023. 156 с.
6. Мангушева О. О. Короткий термінологічний словник ерготерапії. Київ : ГО «Українське товариство ерготерапевтів», 2021. 42 с.
7. Міністерство охорони здоров'я України. Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ). Київ : МОЗ України, 2018. 256 с.
8. Міністерство охорони здоров'я України. Реабілітаційна допомога при травмах спинного мозку : клінічні рекомендації. Київ: МОЗ України, 2024.

Н. Р. Голод

ОСВІТНЯ ПРОГРАМА «ЕРГОТЕРАПІЯ» МАГІСТЕРСЬКОГО РІВНЯ КРІЗЬ ПРИЗМУ НАЦІОНАЛЬНИХ КРИТЕРІВ ЯКОСТІ ОСВІТИ

Івано-Франківський національний медичний університет

Актуальність теми. Підготовка магістрів з ерготерапії в Україні відбувається в умовах оновлення нормативної бази спеціальності 227 «Терапія та реабілітація», посилення вимог до якості освітніх програм і необхідності гармонізації національних підходів із міжнародними стандартами (Minimum Standards for the Education of Occupational Therapists 2026) World Federation of Occupational Therapists (WFOT) [1,2,3,4].

У 2025-2026 навчальному році підготовка за професійним спрямуванням «Ерготерапія» здійснювалася у п'яти закладах вищої освіти, що підвищує значення єдиних критеріїв оцінювання змісту, практичної підготовки, кадрового забезпечення та професійної відповідності таких програм. Якість магістерської освітньої програми визначається не лише формальним виконанням вимог Національної рамки кваліфікацій, Стандарту вищої освіти та критеріїв національного агентства забезпечення якості освіти (НАЗЯВО), а й здатністю програми формувати професійну ідентичність ерготерапевта, клінічне мислення, автономність, етичну відповідальність і готовність до міжпрофесійної взаємодії [1,2,3].

Виклад основної частини друкованої праці. Національна рамка кваліфікацій задає загальну логіку магістерського рівня: спеціалізовані концептуальні знання, критичне осмислення проблем, здатність проводити дослідження, інтегрувати знання у мультидисциплінарному контексті, діяти в умовах неповної інформації та нести відповідальність за професійні рішення [2]. Для ерготерапії ці вимоги мають принципове значення, оскільки професійна діяльність фахівця пов'язана з оцінюванням заняттєвої активності, обмежень життєдіяльності, впливу середовища та потреб людини у всіх сферах активності.

Стандарт вищої освіти зі спеціальності 227 «Терапія та реабілітація» для другого магістерського рівня, затверджений наказом МОН України № 1549 від 30.10.2024 р., конкретизує вимоги до освітньої програми: обсяг 120 кредитів ЄКТС, практична підготовка за професійним спрямуванням в обсязі 36 кредитів ЄКТС, денна та дуальна форми навчання, опис предметної області спеціалізації «Ерготерапія» (об'єкти вивчення та/або діяльності, цілі навчання, теоретичний зміст предметної області, методи, методика, технології, інструменти та обладнання), академічні права й можливості працевлаштування випускників.

Інтегральна компетентність передбачає «Здатність розв'язувати автономно та у міжпрофесійному контексті складні спеціалізовані задачі та проблеми, пов'язані з функціонуванням та обмеженнями життєдіяльності окремих осіб, груп та популяцій, зокрема порушеннями активності, заняттєвої участі, та ефективною взаємодією осіб, груп та популяцій з середовищем їх

життєдіяльності; проводити практичну адміністративну, наукову, інноваційну та освітню діяльність у ерготерапії [3].

Стандарт освіти визначає комплекс загальних і спеціальних компетентностей, спрямованих на формування висококваліфікованого фахівця, здатного до наукового пошуку, клінічного професійного мислення, лідерства та ефективної міждисциплінарної взаємодії, оволодіння сучасними підходами до оцінювання, планування та реалізації ерготерапевтичних втручань, використання доказової практики, допоміжних засобів реабілітації, принципів універсального дизайну та забезпечення клієнтоорієнтованої допомоги.

Програмні результати навчання орієнтовані на розвиток професійної автономності, дослідницької діяльності, дотримання етичних норм, безперервного професійного розвитку та надання якісних реабілітаційних послуг відповідно до національних і міжнародних стандартів [3].

Згідно Стандарту освіти гарантом програми/членом робочої групи освітньої програми за спеціалізацією 227.02 Ерготерапія може бути особа, яка має освіту спеціаліста/магістра з фізичної реабілітації/фізичної терапії, ерготерапії, терапії та реабілітації, яка має науковий ступінь доктора філософії (кандидата наук) чи доктора наук за спрямуванням лікувальна фізична культура/фізична реабілітація (спеціальності 14.01.24, 13.00.04 (до 1996 року), 24.00.02 (до 2005 року), 24.00.03); доктора філософії та доктора наук за спеціальністю 227 Фізична терапія, ерготерапія/Терапія та реабілітація [3]. Вимоги до викладацького складу Стандарту передбачають, що більшість програмних результатів навчання мають забезпечуватися фахівцями «Ерготерапія, Фізична реабілітація/терапія».

Критерії НАЗЯВО забезпечують системну зовнішню оцінку освітньої програми за дев'ятьма критеріями: проектування і цілі програми; структура та зміст; доступ до програми і визнання результатів навчання; навчання і викладання; контрольні заходи та академічна доброчесність; людські ресурси; освітнє середовище і матеріальні ресурси; внутрішнє забезпечення якості; прозорість і публічність. Для магістерської програми з ерготерапії ці критерії є необхідною рамкою, оскільки дозволяють оцінити відповідність програмних результатів навчання стандарту вищої освіти, врахування галузевого та регіонального контексту, логічність освітніх компонентів, якість практичної підготовки, кваліфікацію викладачів, залучення роботодавців, наявність безпечного та інклюзивного середовища, прозорість процедур і сталість внутрішньої системи забезпечення якості [1].

Аналіз акредитаційних процедур дозволяє виявити аспекти, які мають особливе значення для професії ерготерапевта, але недостатньо відображені в чинній системі оцінювання. Професійна ідентичність ерготерапевта

Критерії НАЗЯВО оцінюють структуру та організацію програми, але практично не оцінюють рівень сформованості професійної ідентичності випускника. Для WFOT це є один із ключових результатів освіти. Оцінюється наявність баз практики, але майже не аналізується: якість супервізії; кваліфікація клінічних наставників; відповідність практики сучасним моделям ерготерапії. Критерії НАЗЯВО оцінюють міжнародну діяльність лише

опосередковано. Проте для ерготерапії важливими є: участь у міжнародних професійних мережах; співпраця з WFOT; міжнародні практики; спільні освітні проекти.

Освітня програма може успішно пройти національну акредитацію, але водночас потребувати доопрацювання для міжнародного схвалення WFOT [1,3,4].

Мінімальні стандарти WFOT 2026 року акцентують на змісті й послідовності навчального плану, у якому не менше 60 % програми має бути присвячено ерготерапії та діяльності людини, 10-30 % - біомедичним, психологічним і соціальним наукам, 10-30 % - соціальному середовищу та суспільним аспектам здоров'я. Для забезпечення якості підготовки важливими є використання лекцій, аналізу випадків, симуляцій, проблемно-орієнтованого навчання, міжпрофесійної освіти, проектів і практики, а також узгодженість методів оцінювання з методами навчання.

Тому перспективи розвитку магістерських програм з ерготерапії пов'язані з гармонізацією із WFOT, посиленням клінічної практики, розширенням мережі баз практики, залученням практикуючих ерготерапевтів, користувачів послуг і роботодавців, розвитком міжнародної академічної мобільності та впровадженням систем оцінювання професійних компетентностей, наближених до міжнародних моделей.

Висновки:

1. Стандарт вищої освіти та акредитаційні критерії НАЗЯВО є базовими механізмами забезпечення якості магістерських освітніх програм з ерготерапії та створюють нормативну основу для їх системного розвитку.

2. Подальше вдосконалення оцінювання якості потребує включення специфічних для професії компонентів: професійної ідентичності, якості клінічного наставництва, участі клієнтів у навчанні, відповідності сучасним моделям ерготерапії та міжнародним стандартам WFOT.

3. Оптимальною моделлю розвитку є поєднання національних вимог, доказової практики, клієнтоцентрованого підходу та міжнародних стандартів, що дасть змогу готувати фахівців, здатних надавати якісну реабілітаційну допомогу в Україні та в ширшому професійному контексті.

Список використаної літератури:

1. Критерії оцінювання якості освітньої програми: додаток до Положення про акредитацію освітніх програм, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти. Київ: НАЗЯВО, 2019.

2. Про затвердження Національної рамки кваліфікацій: постанова Кабінету Міністрів України від 23.11.2011 р. № 1341

3. Про внесення змін до стандарту вищої освіти зі спеціальності 227 «Терапія та реабілітація» для другого (магістерського) рівня вищої освіти: наказ МОН України від 30.10.2024 р. № 1549.

4. World Federation of Occupational Therapists. Minimum Standards for the Education of Occupational Therapists 2026. London: WFOT, 2026.

ВПЛИВ ЕРГОТЕРАПІЇ НА ФУНКЦІОНАЛЬНЕ ВІДНОВЛЕННЯ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ У ОСІБ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ

Національний університет фізичного виховання і спорту України

Актуальність теми. Відновлення функції верхньої кінцівки є одним із найбільш складних завдань нейрореабілітації після інсульту. Навіть за умови покращення мобільності значна частина пацієнтів продовжує відчувати труднощі під час виконання дій самообслуговування, побутової діяльності та професійних обов'язків через обмежене використання ураженої руки [1]. Порушення функції верхньої кінцівки можуть проявлятися зниженням сили м'язів, порушенням координації, спастичністю, сенсорним дефіцитом, апраксією та синдромом просторового ігнорування. Сукупність цих порушень негативно впливає на здатність людини брати участь у повсякденному житті та знижує рівень її функціональної незалежності [2].

Особливої уваги заслуговує проблема «незалученої руки», коли пацієнт навіть за наявності рухів продовжує виконувати більшість повсякденних завдань здоровою кінцівкою. У таких випадках ерготерапевтичні втручання спрямовуються не лише на покращення моторної функції, а й на інтеграцію ураженої верхньої кінцівки у повсякденну діяльність [3].

Сучасна ерготерапія розглядає відновлення функції руки не як ізольоване покращення рухових показників, а як повернення людини до виконання значущої для неї діяльності. Саме тому дослідження впливу ерготерапевтичних втручань на функціональне відновлення верхньої кінцівки у осіб після інсульту є актуальним напрямом сучасної реабілітаційної практики.

Виклад основної частини друкованої праці. Мета - проаналізувати сучасні ерготерапевтичні підходи до відновлення функції верхньої кінцівки в осіб після інсульту та узагальнити наукові дані щодо їх ефективності.

Порушення функції верхньої кінцівки після інсульту є одним із провідних чинників, що обмежують незалежність людини у повсякденному житті. Труднощі під час прийому їжі, одягання, особистої гігієни, користування побутовими предметами та виконання професійних обов'язків суттєво впливають на рівень соціальної участі та якість життя пацієнтів [2].

Сучасні ерготерапевтичні втручання базуються на принципах нейропластичності, моторного навчання та клієнтоорієнтованого підходу. Основною метою є не лише відновлення рухів, а формування здатності ефективно використовувати верхню кінцівку під час виконання значущих для людини видів діяльності [4].

Одним із найбільш ефективних напрямів вважається функціонально орієнтоване тренування, яке передбачає багаторазове виконання цільових повсякденних завдань. Такий підхід сприяє кращому перенесенню набутих навичок у реальне життя та забезпечує більш стійкі функціональні результати [5].

Важливе місце в сучасній ерготерапії займають терапія індукованого обмеження, дзеркальна терапія, білатеральне тренування та підхід моторного перенавчання. Ефективність зазначених методів пов'язана зі стимуляцією процесів нейропластичності та активним залученням ураженої верхньої кінцівки до виконання функціональних завдань [6].

За даними сучасних досліджень, функціонально орієнтоване тренування, терапія індукованого обмеження та дзеркальна терапія належать до найбільш ефективних підходів відновлення функції верхньої кінцівки після інсульту. Їх застосування сприяє покращенню рухових можливостей руки та більш активному використанню ураженої кінцівки під час виконання повсякденних завдань [3,5,6].

Для оцінювання результатів втручання доцільно використовувати валідні інструменти оцінювання. Зокрема, Action Research Arm Test та шкала Фугл-Майєра дозволяють визначити рівень моторного відновлення верхньої кінцівки, тоді як Canadian Occupational Performance Measure, індекс Бартел та Functional Independence Measure дають можливість оцінити вплив порушень на виконання активностей повсякденного життя та функціональну незалежність пацієнта [7]. Комплексне використання зазначених інструментів дозволяє оцінити як рівень моторного відновлення, так і реальний вплив порушень на повсякденне функціонування людини.

Таким чином, сучасна ерготерапія спрямована на відновлення функціонального використання верхньої кінцівки та підвищення рівня самостійності осіб після інсульту, що є важливою умовою їх успішної соціальної інтеграції.

Висновки:

1. Порушення функції верхньої кінцівки є одним із найбільш поширених та функціонально значущих наслідків інсульту.
2. Обмеження використання руки негативно впливає на виконання активностей повсякденного життя, соціальну участь та якість життя осіб після інсульту.
3. Сучасна ерготерапія орієнтована на відновлення функціонального використання верхньої кінцівки шляхом виконання значущої для пацієнта діяльності.
4. Найбільш ефективними підходами є функціонально орієнтоване тренування, терапія індукованого обмеження, дзеркальна терапія та білатеральне тренування.
5. Використання стандартизованих методів оцінювання дозволяє об'єктивно визначати ефективність ерготерапевтичних втручань та сприяє подальшому розвитку доказової ерготерапевтичної практики в Україні.

Список використаної літератури:

1. World Stroke Organization. Global Stroke Fact Sheet 2022. International Journal of Stroke. 2022. Vol. 17(1). P. 18–29.
2. Langhorne P., Bernhardt J., Kwakkel G. Stroke rehabilitation. Lancet. 2020. Vol. 396(10263). P. 1693–1702.

3. Pollock A., Farmer S.E., Brady M.C. et al. Interventions for improving upper limb function after stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2022. Issue 1.
4. American Occupational Therapy Association. Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process. 4th ed. American Journal of Occupational Therapy. 2020. Vol. 74(Suppl. 2). P. 7412410010.
5. Winstein C.J., Stein J., Arena R. et al. Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery. Stroke. 2016. Vol. 47(6). P. e98–e169.
6. Міністерство охорони здоров'я України. Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ). Київ : МОЗ України, 2018.
7. Law M., Baptiste S., Carswell A. et al. Canadian Occupational Performance Measure. 5th ed. Ottawa : CAOT Publications ACE, 2019.
8. Мангушева О.О. Короткий термінологічний словник ерготерапії. Київ : Українське товариство ерготерапевтів, 2021, 64с.

В. С. Грін¹, С. О. Грін²

ВІРТУАЛЬНА РЕАЛЬНІСТЬ ТА ІНТЕНСИВНА ВІЗУАЛЬНА СИМУЛЯЦІЯ DESSINTEY IVS У ЗМЕНШЕННІ ФАНТОМНОГО БОЛЮ ПІСЛЯ АМПУТАЦІЇ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ

¹Національний університет фізичного виховання і спорту України

²Клінічна лікарня «Феофанія» Державного управління справами

Актуальність теми. Фантомний біль і фантомні відчуття є частими наслідками ампутації верхньої кінцівки, які можуть впливати на фізичний стан, сон, емоційне самопочуття, сприйняття зміненого образу тіла та готовність людини до активної реабілітації [1]. У контексті ерготерапії фантомний біль є важливим чинником, що може обмежувати виконання активностей повсякденного життя, навчання користуванню протезом і участь людини у значущих заняттях. З огляду на це зростає інтерес до методів візуального зворотного зв'язку, зокрема дзеркальної терапії, віртуальної реальності (ВР) та інтенсивної візуальної симуляції (ІВС), одним із прикладів якої є технологія Dessintey IVS. Водночас застосування таких підходів у пацієнтів після ампутації верхньої кінцівки потребує аналізу з позицій практики, заснованої на доказах.

Виклад основної частини друкованої праці. Метою цього огляду було узагальнити релевантні джерела щодо використання віртуальної реальності та технології Dessintey IVS для зменшення фантомного болю і фантомних відчуттів після ампутації верхньої кінцівки. Пошук джерел здійснювався у PubMed, PEDro, ClinicalTrials.gov та на офіційному сайті Dessintey за ключовими словами: phantom limb pain, upper limb amputation, virtual reality, mirror therapy, intensive visual simulation, Dessintey IVS.

Теоретичним підґрунтям ВР та ІВС є ідея керованого візуального зворотного зв'язку. Після ампутації людина може мати намір виконати рух відсутньою кінцівкою, однак не отримує очікуваної зорової та пропріоцептивної

відповіді. Це може підтримувати сенсомоторну невідповідність і посилювати больовий досвід. Дзеркальна терапія створює зорову ілюзію руху відсутньої кінцівки та є одним із базових нефармакологічних підходів, що заклали основу для подальшого розвитку ВР та ІВС у реабілітації осіб із фантомним болем [2].

У рандомізованому контрольованому дослідженні за участю чоловіків з однібічною ампутацією верхньої кінцівки застосування дзеркальної терапії протягом 4 тижнів сприяло статистично значущому зменшенню інтенсивності фантомного болю та тривалості больових епізодів [3]. Водночас систематичні огляди підкреслюють, що доказова база дзеркальної терапії залишається обмеженою через неоднорідність протоколів, невеликі вибірки та відмінності в методах оцінювання результатів, тому цей підхід не слід розглядати як універсальне втручання для всіх пацієнтів із фантомним болем [2,4].

ВР розширює можливості дзеркальної терапії, оскільки дозволяє створювати керований образ відсутньої кінцівки, використовувати функціональні завдання, асиметричні рухи, елементи гри, сенсорний або електроміографічний зворотний зв'язок. Систематичний огляд Hali та співавт. показав, що більшість включених досліджень повідомляли про зменшення болю після однієї або кількох ВР-сесій, проте автори наголошують на різномірності втручань і недостатності даних щодо довготривалого ефекту [5].

Для пацієнтів з ампутацією верхньої кінцівки релевантним є дослідження Virtual Integration Environment, у якому учасники спостерігали за рухами віртуального аватара та керували ними із залученням сигналів поверхневої електроміографії з кукси. Фантомний біль і фантомні відчуття оцінювали за VAS та Short Form McGill Pain Questionnaire; серед учасників, які завершили дослідження, зменшення фантомного болю було відзначено у 7 із 8 уражених кінцівок [6]. Ці результати свідчать про потенціал ВР як допоміжного неінвазивного методу, однак потребують підтвердження у більших контрольованих дослідженнях.

Технологія Dessintey IVS позиціонується виробником як інтенсивна візуальна симуляція для реабілітації верхніх і нижніх кінцівок, зокрема при хронічному болю [7]. У контексті фантомного болю принцип ІВС можна розглядати як цифрове розширення підходів візуального зворотного зв'язку, за якого пацієнт отримує візуальний досвід руху кінцівки та концентрується на його представленні. Прямі докази ефективності саме Dessintey IVS при фантомному болю поки обмежені. Наразі зареєстроване дослідження NCT06483035, у якому ІВС порівнюють зі звичайною допомогою у пацієнтів з однібічною ампутацією верхньої або нижньої кінцівки та хронічним фантомним болем [8]. Тому на сучасному етапі ІВС доцільно розглядати як перспективний компонент комплексної реабілітації, а не як самостійний метод із остаточно доведеною ефективністю.

З позиції ерготерапії застосування ВР або ІВС має бути пов'язане з індивідуальними цілями клієнта, зокрема зменшенням інтенсивності й частоти фантомного болю, підготовкою до протезування, навчанням користуватися протезом та підвищенням участі у значущих заняттях. Для оцінювання результатів доцільно поєднувати показники інтенсивності болю за VAS або

NRS, частоти й тривалості фантомних відчуттів, дані опитувальників характеристик болю, ерготерапевтичну оцінку індивідуально значущих занять, зокрема за допомогою COPM, а також інструменти оцінки функції верхньої кінцівки та користування протезом.

Висновки. ВР та технологія Dessintey IVS є перспективними нефармакологічними підходами для зменшення фантомного болю та фантомних відчуттів після ампутації верхньої кінцівки. Їх теоретичне обґрунтування пов'язане з візуальним зворотним зв'язком, моторною уявою та впливом на сенсомоторну невідповідність. Наявні джерела демонструють потенційне зменшення фантомного болю при ВР-втручаннях, однак якість доказів залишається обмеженою. У практиці ерготерапії ВР та ІВС доцільно застосовувати як частину комплексної програми з урахуванням значущих занять, підготовки до протезування та індивідуальних цілей клієнта.

Список використаної літератури:

1. Koopman C. M., Dijkstra P. U., Geertzen J. H. B., Elzinga A., van der Schans C. P. Phantom pain and phantom sensations in upper limb amputees: an epidemiological study. *Pain*. 2000;87(1):33-41. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10863043/>
2. Barbin J., Seetha V., Casillas J. M., Paysant J., Pérennou D. The effects of mirror therapy on pain and motor control of phantom limb in amputees: a systematic review. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*. 2016;59(4):270-275. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27256539/>
3. Finn S. B., Perry B. N., Clasing J. E. et al. A randomized, controlled trial of mirror therapy for upper extremity phantom limb pain in male amputees. *Frontiers in Neurology*. 2017;8:267. URL: <https://www.frontiersin.org/journals/neurology/articles/10.3389/fneur.2017.00267/full>
4. Guémann M., Oujamaa L., Boudier-Revéret M. et al. Effect of mirror therapy in the treatment of phantom limb pain in amputees: a systematic review of randomized placebo-controlled trials. *European Journal of Pain*. 2023;27(5):593-604. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10086832/>
5. Hali K. et al. Use of virtual reality for the management of phantom limb pain: a systematic review. *Disability and Rehabilitation*. 2024;46(4):629–636. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36724203/>
6. Perry B. N., Armiger R. S., Wolde M. et al. Clinical Trial of the Virtual Integration Environment to Treat Phantom Limb Pain With Upper Extremity Amputation. *Frontiers in Neurology*. 2018;9:770. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6166684/>
7. Dessintey. IVS - Intensive Visual Simulation. URL: <https://www.dessintey.com/en/ivs-intensive-visual-simulation/>
8. ClinicalTrials.gov. Treatment of Phantom Limb Pain by Intensive Visual Simulation Therapy. Identifier: NCT06483035. URL: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT06483035>

ЕРГОТЕРАПІЯ У МІЖДИСЦИПЛІНАРНОМУ КОНТЕКСТІ: НА ПРИКЛАДІ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ЛОГОПЕДІВ

Тернопільський національний педагогічний університет ім. В. Гнатюка

Актуальність теми. Актуальність вивчення дисципліни «Основи ерготерапії» майбутніми логопедами зумовлена потребою комплексної реабілітації осіб з порушенням мовлення та ковтання. Оскільки мовленнєві порушення часто супроводжуються сенсорними та моторними дефіцитами, фахівець має володіти інструментарієм ерготерапії для створення адаптивного середовища та стимуляції мовленнєвої активності через повсякденну активність дитини.

Виклад основної частини друкованої праці. Мета дослідження - проаналізувати вплив знань з ерготерапії на формування фахової готовності майбутніх логопедів до роботи в мультидисциплінарній команді. Методи дослідження: теоретичні (аналіз, синтез, порівняння); емпіричні (анкетування, тестування). Вперше студентами 4 курсу за спеціальністю 016 Спеціальна освіта ОПП «Логопедія. Спеціальна психологія» ТНПУ ім. В. Гнатюка було обрано вибірккову дисципліну «Основи ерготерапії», загальною кількістю 4 кредити. Перед початком вивчення було проведено тестування визначення рівня знань студентів із ерготерапії; анкетування щодо очікувань навчання. У дослідженні брали участь 20 студентів. Мета вивчення навчальної дисципліни полягає в оволодінні базовими теоретичними та практичними знаннями і навичками, формуванням професійних компетентностей з ерготерапії для максимально ефективної співпраці у мультидисциплінарній команді в процесі досягнення цілей клієнта [1,5].

Студентам викладалися лекції на теми: «Заняттєва активність як основа ерготерапії», «Вступ до ерготерапії», «Міждисциплінарний підхід у реабілітації», «Особливості ерготерапії», «Концептуальні моделі практики ерготерапії», «Процес ерготерапії», «Градуювання та адаптація», «Наука про заняттєву активність». Відповідно до кожної теми студенти мали семінарське та практичне заняття, які дозволяли теорію відразу використовувати на практиці і тим самим формувати фахові компетенції у майбутніх логопедів. Викладання дисципліни відбувалося в інтерактивній формі, що дозволило студентам слухати лекційний матеріал, працювати у малих та великих групах, презентуючи власні ідеї як на письмі, так і в усній формі, коментувати пропозиції інших студентів [2,6]. Протягом усього періоду вивчення дисципліни студенти мали можливість застосовувати набуті в аудиторії знання та вміння під час виконання індивідуальної та групової навчально-практичної діяльності, а також на своїх робочих місцях (оскільки більшість студентів 4 курсу вже працюють за спеціальністю). Велика увага приділялася розвитку незалежного критичного мислення та самонавчанню студентів [4].

Аналіз результатів анкетування свідчить про те, що 80% респондентів чули про ерготерапію, відносять її до здоров'язбережувальної технології, але

одночасно із цим, лише 50% правильно розуміє визначення фаху «ерготерапія», 20% знають як методики ерготерапії можна використовувати у своїй практичній діяльності та 40% респондентів розуміють категорії клієнтів ерготерапії. Усі респонденти одноголосно підтвердили твердження про те, що заняттєва активність впливає на здоров'я людини.

Для оцінювання успішності засвоєння змісту дисципліни «Основи ерготерапії», було укладено тест, який складався з 8-и частин, що відповідають 8-ом основним лекціям (кожна із яких містить чотири запитання). Для визначення рівня сформованості компетентностей з ерготерапії студентів були розроблені спеціальні критерії оцінювання. Результати, отримані на основі тестування, свідчать про те, що рівень знань до вивчення дисципліни «Основи ерготерапії» є *низькими*, а після вивчення - *високими* або *дуже високими*. Результати дослідження представлені у табл. 1.

Таблиця 1

Рівень сформованості знань студентів до і після вивчення навчальної дисципліни «Основи ерготерапії»

№ п/п	Теми навчальної дисципліни «Основи ерготерапії»	Бали за тест	Рівень сформованості знань студентів <i>до</i> вивчення дисципліни	Бали за тест	Рівень сформованості знань студентів <i>після</i> вивчення дисципліни
1.	Заняттєва активність як основа ерготерапії [3]	4	Низький (35 бали)	10	Дуже високий (76 балів)
2.	Вступ до ерготерапії [1,3,6]	3		8	
3.	Міждисциплінарний підхід у реабілітації	4		10	
4.	Особливості ерготерапії [1,5]	6		10	
5.	Концептуальні моделі практики ерготерапії [3]	5		10	
6.	Процес ерготерапії [3]	5		9	
7.	Градуювання та адаптація [3]	4		10	
8.	Наука про заняттєву активність [1]	4		9	

Варто відмітити, що найбільша різниця в результатах тестування відображається після вивчення тем, які мають прикладний характер, а саме: про заняттєву активність, особливості ерготерапії, процес ерготерапії, градуювання та адаптацію, моделі практики ерготерапії, що відповідно формує міждисциплінарні навички студентів необхідні у майбутній роботі мультидисциплінарної команди. Рівень сформованості знань студентів після вивчення дисципліни «Основи ерготерапії» добре було продемонстровано під час розроблення Моделі участі логопеда у мультидисциплінарній команді. Кожен із студентів визначав місце логопеда, роль та функції залежно від запропонованого індивідуального клінічного випадку, а також захищав свою роботу перед групою. Варто відмітити, що після завершення дисципліни одна

студентка була дуже зацікавлена ерготерапією та запитувала про можливості, вимоги вступу до магістратури із ерготерапії.

Головним завданням навчальної дисципліни «Основи ерготерапії» є навчити здобувачів вищої освіти практично застосовувати набуті вміння і навички з ерготерапії у своїй професійній діяльності; здатних самостійно розв'язувати складні клінічні випадки в процесі професійної діяльності у сфері логопедії; сформувати свідоме та відповідальне ставлення до індивідуального здоров'я та здоров'я нації, а також сформувати у здобувачів вищої освіти інтегральні, загальні та фахові компетентності.

Висновки. Вивчення основ ерготерапії дозволяє майбутнім логопедам «говорити однією мовою» з фізичними терапевтами, ерготерапевтами та іншими членами мультидисциплінарної команди, що є необхідною умовою для успішної роботи з клієнтами різних категорій заради досягнення поставлених цілей клієнта. Результати дослідження підтверджують позитивну динаміку формування міждисциплінарних компетентностей майбутніх логопедів та спонукає до просування цієї практики в інші суміжні спеціальності.

Список використаної літератури:

1. Багрій І.П. Професійна підготовка майбутніх заняттєвих терапевтів в університетах Канади [дисертація]. Переяслав-Хмельницький: Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет ім.Григорія Сковороди; 2016. 266 с.
2. Дека І.П., Огністий А.В., Петрица П.М. Можливості впровадження канадського досвіду професійної підготовки ерготерапевтів в Україні / *Rehabilitation & Recreation: науковий журнал*. - Рівне: Видавничий дім «Гельветика», 2023. - № 14. - с. 37-48
3. Мангушева О.О. Короткий термінологічний словник ерготерапії. Київ: ГО «Українське товариство ерготерапевтів», 2021. 17 с.
4. Christiansen, C. H. & Townsend, E.A. Introduction to occupation: The art and science of living, 2nd ed. United States of America, 2010. - 434p.
5. Master of occupational therapy. Program guide. The University of Manitoba, 2011. - 29 p.
6. Occupational therapy practice framework: Domain and process (3rd ed.) // *American Journal of Occupational Therapy*. - 2014. - Vol. 68. - № 1.- 48 p.

М.В.Дністрянська¹, О.І.Башинська²

СПЕЦИФІКА НАСКРІЗНОЇ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ ІЗ НЕОНАТАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

¹КНП Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня Вінницької обласної Ради

^{1,2}Вінницький соціально-економічний інститут Університету «Україна»

Актуальність теми. Сучасний етап розвитку перинатальної медицини в Україні характеризується впровадженням високотехнологічних методів виходжування та реанімації новонароджених, що дозволяє суттєво підвищити показники виживання дітей, народжених глибоко недоношеними або з важкою

перинатальною патологією. Водночас тривалий та вимушений етап перебування таких немовлят в умовах відділень інтенсивної терапії новонароджених (ВІТН) та відділень постінтенсивного виходження пов'язаний із високим ризиком формування у них довгострокових нейророзвиткових, соматичних та сенсорних порушень. У зв'язку з цим критично нагальною є потреба в інтеграції доказових неонатальних фізичних терапевтів та ерготерапевтів у мультидисциплінарні команди перинатальних центрів з перших днів життя дитини. Специфіка неонатального періоду полягає в унікальній незрілості, високій вразливості центральної нервової системи та стрімких процесах ранньої нейропластичності. Будь-які терапевтичні втручання на цьому етапі вимагають ювелірної точності, оскільки невідповідний або надмірний вплив може спровокувати вегетативний стрес, коливання внутрішньочерепного тиску або вторинні ускладнення. Проте чинна система вищої освіти в Україні в межах спеціальності І7 «Терапія та реабілітація» готує фахівців загального профілю. Базові університетські програми об'єктивно не містять поглиблених інструментів, необхідних для роботи у ВІТН [1].

Виклад основної частини друкованої праці. Сучасна архітектура кадрового забезпечення в системі охорони здоров'я України вимагає переходу від підготовки фахівців загального профілю до чітко диференційованої системи вузьких клінічних спеціалізацій. Найбільш виражено цей розрив простежується в неонатальній реабілітації - роботі з передчасно народженими немовлятами та новонародженими з важкою перинатальною патологією в умовах відділень інтенсивної терапії (ВІТН) та постінтенсивного виходжування. Специфіка кувезного етапу вимагає від фізичного терапевта та ерготерапевта унікальних компетентностей, оскільки незрілість вегетативної системи, соматична нестабільність та надвисока вразливість головного мозку дитини перетворюють будь-яке неточне втручання на потенційну загрозу її розвитку [2]. Спираючись на сучасні міжнародні доказові стандарти, основний зміст практичної діяльності та підготовки фахівців у цій сфері має базуватися на трьох системних векторах. Фундаментом неонатальної реабілітації є Синактивна теорія розвитку та заснована на ній програма NIDCAP (Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program). [3] Фахівець повинен володіти навичками експертного мікроаналізу поведінкових сигналів немовляти (диференціація маркерів стресу та маркерів стабільності вегетативної, моторної та нейроповедінкової підсистем). Це дозволяє модифікувати навколишнє середовище ВІТН (контроль світлового та звукового навантаження), захищаючи мозок дитини від токсичного сенсорного перевантаження. Практика фізичного терапевта та ерготерапевта в неонатології суттєво відрізняється від загальнопедіатричної. Вона включає: терапевтичне позиціонування («гніздування»), ранню десенсибілізацію оральної ділянки, стимуляцію смоктального рефлексу та підготовку до безпечного вигодовування за методологією *infant-guided feeding* (годування, кероване сигналами дитини). Важливим є сімейно-центрований підхід, зокрема інтеграція батьків у процес догляду з перших днів через навчання методу «Кенгуру» (контакт «шкіра до шкіри») та нетравматичного щоденного позиціонування. Базовий

університетський рівень (бакалаврат/магістратура) об'єктивно неспроможний забезпечити належну глибину знань для роботи в кувезному просторі. Брак специфічних навичок веде до високих клінічних ризиків (апное, брадикардія, коливання внутрішньочерепного тиску під час маніпуляцій). Наскрізне навчання неонатального терапевта має реалізовуватися через чітку післядипломну вертикаль: тривалі сертифікатні програми на базі перинатальних центрів та спеціалізовані цикли тематичного удосконалення в системі безперервного професійного розвитку (БПР). У свою чергу, це дозволить витіснити з ринку праці хаотичні, несертифіковані комерційні курси й забезпечити жорсткий державний контроль за допуском фахівців до роботи з критично хворими немовлятами. Реальним підтвердженням ефективності такої моделі є досвід Сполучених Штатів Америки, де діє Національна рада сертифікації з неонатальної терапії (NTNCB) [3,4]. Відповідно до її регламенту, статус сертифікованого неонатального терапевта неможливо здобути в межах базової університетської освіти.

Обов'язковими критеріями допуску фахівця (фізичного терапевта чи ерготерапевта) до самостійної практики у ВІТН є:

- 1) наявність чинної базової професійної ліцензії;
- 2) мінімум 3 роки сертифікованого клінічного стажу;
- 3) щонайменше 3000 годин безпосередньої практичної роботи у відділеннях інтенсивної терапії новонароджених;
- 4) не менше 40 годин спеціалізованого післядипломного навчання (БПР) з неонатології;
- 5) успішне складання профільного національного іспиту з неонатальної терапії.

Цей міжнародний прецедент доводить, що неонатальна реабілітація визнана автономною субспеціалізацією з надвисоким рівнем відповідальності, де безпека пацієнта гарантується виключно через систему наскрізного післядипломного навчання.

Висновки. На основі аналізу міжнародних стандартів та специфіки кувезного етапу виходження немовлят сформульовано наступні висновки. Неонатальна реабілітація в умовах ВІТН є автономною, високоризиковою галуззю. Базової університетської підготовки фахівців загального профілю об'єктивно недостатньо для безпечної роботи з недоношеними дітьми, що вимагає негайного виокремлення цього напрямку у вузьку спеціалізацію. Світовий досвід (зокрема жорсткі критерії ради NTNCB у США) доводить, що допуск до неонатальних відділень має відбуватися виключно через систему наскрізної освіти. Статус неонатального терапевта повинен здобуватися на післядипломному рівні після набуття клінічного стажу та проходження цільових програм БПР. Інституціоналізація неонатальної спеціалізації в Україні дозволить уніфікувати протоколи нейророзвиткового догляду (NIDCAP, синактивна теорія), впровадити жорсткий контроль за якістю інтервенцій та системно знизити рівень дитячої інвалідизації з найранніших етапів онтогенезу.

Список використаної літератури:

1. Стандарт вищої освіти зі спеціальності 227 «Терапія та реабілітація» для першого (бакалаврського) рівня вищої освіти: затверджено наказом Міністерства освіти і науки України від 29.10.2024 р. № 1541. - URL: <https://mon.gov.ua/>.
2. Куц П. В. Обґрунтування необхідності наскрізної магістратури для фізичних терапевтів та оптимізації підготовки асистентів. Науковий простір: актуальні питання, досягнення та інновації: збірник наукових праць з матеріалами X Міжнародної наукової конференції, м. Львів, 14 листопада, 2025 р. Вінниця: ТОВ «УКРЛОГОС Груп», 2025. С. 607-610. DOI: 10.62731/mcnd-14.11.2025.013.
3. Als H. Toward a synactive theory of development: Promise for the assessment and support of infant individuality. *Infant Mental Health Journal*. 1982. Vol. 3, No. 4. P. 229-243.
4. Als H., McAnulty G. B. The Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) with Premature Infants Comes of Age. *Seminars in Perinatology*. 2011. Vol. 35, No. 5. P. 271-279.

М.Р. Долінська

ВПЛИВ ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНИХ ВТРУЧАНЬ НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ОСІБ ЗРІЛОГО ВІКУ З МОЗОЧКОВОЮ АТАКСІЄЮ, СПРИЧИНЕНОЮ ГОСТРИМ ПОРУШЕННЯМ МОЗКОВОГО КРОВООБИГУ

Національний університет фізичного виховання і спорту України

Актуальність теми. Гостре порушення мозкового кровообігу (ГПМК) залишається однією з провідних причин смертності та інвалідизації населення у світі. За даними World Stroke Organization, понад 100 мільйонів людей живуть із наслідками інсульту, значна частина яких потребує тривалої реабілітації [1]. Особливу клінічну проблему становлять мозочкові інсульти, що супроводжуються розвитком мозочкової атаксії - порушенням координації рухів, рівноваги та постурального контролю [2].

Особи з мозочковою атаксією часто мають відносно збережену м'язову силу, проте зазнають значних труднощів під час виконання повсякденних активностей через порушення точності, узгодженості та автоматизації рухів. Це призводить до зниження функціональної незалежності та обмеження соціальної участі [3]. У зв'язку з розвитком сучасної системи реабілітаційної допомоги в Україні особливої актуальності набувають функціонально орієнтовані ерготерапевтичні втручання, спрямовані на відновлення значущої діяльності та незалежності осіб із мозочковою атаксією після ГПМК [4].

Виклад основної частини друкованої праці. Сучасна ерготерапія базується на принципах клієнтоорієнтованості, доказової практики та терапії, орієнтованої на діяльність. У центрі уваги перебуває не окремих симптом або порушена функція, а здатність людини виконувати значущу діяльність у реальному життєвому середовищі [5].

Мозочкова атаксія після ГПМК супроводжується порушенням координації довільних рухів, нестійкістю, інтенційним тремором, дисметрією та труднощами моторного контролю. Дані порушення негативно впливають на виконання базових та інструментальних активностей повсякденного життя. Найчастіше труднощі виникають під час прийому їжі, одягання, користування предметами побуту, письма, приготування їжі, пересування та виконання діяльності, що потребує узгодженої роботи обох верхніх кінцівок [2,6]. Особливістю мозочкової атаксії є порушення автоматизації рухової діяльності. Після ураження мозочка навіть звичні дії потребують постійного свідомого контролю, що підвищує когнітивне навантаження, сприяє швидкій втомлюваності та знижує ефективність виконання повсякденних завдань [3].

Сучасні ерготерапевтичні втручання базуються на принципах нейропластичності та моторного навчання. Одним із найбільш ефективних підходів є функціонально орієнтоване тренування, яке передбачає багаторазове виконання значущих для пацієнта видів діяльності в умовах, максимально наближених до реального життя [7].

Для осіб з мозочковою атаксією важливим є поєднання координаційного тренування з виконанням реальних повсякденних завдань. Значна увага приділяється самообслуговуванню, мобільності, діяльності на кухні та функціональному використанню верхніх кінцівок, що забезпечує кращий перенос набутих навичок у повсякденне життя. Важливим компонентом втручання є застосування адаптивних та компенсаторних стратегій. До них належать модифікація середовища, використання допоміжних засобів, зміна способу виконання завдань, візуальні орієнтири та додатковий сенсорний зворотний зв'язок. Такі підходи сприяють підвищенню безпеки під час виконання діяльності та зменшенню залежності від сторонньої допомоги [5].

Для оцінювання результатів ерготерапевтичного втручання доцільно використовувати шкалу SARA для визначення вираженості атаксії, індекс Бартел та Functional Independence Measure (FIM) для оцінювання функціональної незалежності, а також Canadian Occupational Performance Measure (COPM) для визначення індивідуально значущих проблем діяльності. Комплексне застосування цих інструментів дозволяє оцінювати не лише клінічні прояви захворювання, а й реальний вплив порушень на повсякденне життя людини [5,8].

Таким чином, впровадження функціонально орієнтованих ерготерапевтичних підходів відображає сучасний розвиток ерготерапії та сприяє підвищенню ефективності реабілітації осіб із наслідками мозочкового інсульту.

Висновки:

1. Мозочкова атаксія після ГПМК суттєво обмежує виконання активностей повсякденного життя та знижує рівень функціональної незалежності осіб зрілого віку.
2. Найбільший вплив на повсякденне функціонування мають порушення координації рухів, постурального контролю, автоматизації діяльності та безпечності пересування.

3. Сучасні ерготерапевтичні втручання повинні базуватися на принципах клієнтоорієнтованості, нейропластичності, моторного навчання та терапії, орієнтованої на діяльність.
4. Використання функціонально орієнтованого тренування, адаптивних та компенсаторних стратегій сприяє підвищенню рівня незалежності, безпеки та соціальної участі осіб з мозочковою атаксією.
5. Подальший розвиток таких підходів є перспективним напрямом розвитку ерготерапії в Україні та важливою складовою сучасної нейрореабілітації.

Список використаної літератури:

1. World Stroke Organization. Global Stroke Fact Sheet 2022. International Journal of Stroke. 2022. Vol. 17(1). P. 18–29.
2. Langhorne P., Bernhardt J., Kwakkel G. Stroke rehabilitation. Lancet. 2020. Vol. 396(10263). P. 1693–1702.
3. Pollock A., Farmer S.E., Brady M.C. et al. Interventions for improving upper limb function after stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2022.
4. Мангушева О.О. Короткий термінологічний словник ерготерапії. Київ: ГО «Українське товариство ерготерапевтів», 2021. 64 с.
5. American Occupational Therapy Association. Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process. 4th ed. American Journal of Occupational Therapy. 2020. Vol. 74(Suppl. 2).
6. World Health Organization. Rehabilitation in health systems: guide for action. Geneva: WHO, 2023.
7. Winstein C.J., Stein J., Arena R. et al. Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery. Stroke. 2016. Vol. 47(6). P. e98-e169.
8. Українське товариство ерготерапевтів. Ресурси та матеріали з ерготерапії. Київ, 2025.

Н.Р. Закаляк, Ю.Л. Роголя

МОДЕЛІ ЕРГОТЕРАПІЇ ТА РАМКИ ПРАКТИКИ ПРИ ПОРУШЕННЯХ РОЗВИТКУ У ДІТЕЙ

Дрогобицький державний педагогічний університет імені Івана Франка

Актуальність теми. На сучасному етапі розвитку суспільства проблема порушень розвитку у дітей залишається однією з найбільш значущих проблем. Це обумовлено не лише збільшенням кількості дітей із різними порушеннями розвитку, але й необхідністю створення ефективних умов для їхньої соціальної адаптації та підвищення якості життя. Результати досліджень свідчать про стійке зростання поширеності розладів аутистичного спектра (РАС), дитячого церебрального паралічу (ДЦП), затримки психічного розвитку (ЗПР) та синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ) [4].

Сучасні тенденції розвитку систем охорони здоров'я та освіти передбачають використання комплексних реабілітаційних заходів, спрямованих не лише на подолання наявних порушень, а й на забезпечення повноцінної участі дитини в суспільному житті. Одним із найбільш результативних напрямів

такої роботи є ерготерапія, метою якої є розвиток або відновлення здатності дитини до виконання повсякденних видів діяльності через активне залучення до значущих занять [1].

Важливою характеристикою ерготерапевтичного підходу є його клієнтоцентричність, що передбачає врахування індивідуальних особливостей, потреб, інтересів і можливостей дитини, а також умов навколишнього середовища.

Підвищенню ефективності ерготерапевтичних втручань сприяє застосування базових моделей та теоретичних концепцій практики. Їх використання забезпечує системний підхід до організації реабілітаційного процесу, сприяє індивідуалізації втручань і підвищує результативність роботи з дітьми, які мають різні порушення розвитку [2].

Особливу увагу в сучасній ерготерапії приділяють Канадській моделі виконання занять та залучення (СМОР-Е) і Моделі заняттєвої активності людини (МОНО), які розглядають діяльність як результат взаємодії особистісних характеристик, навколишнього середовища та виконуваної активності [1,5]. Разом із тим високі результати реабілітації досягаються за умови поєднання цих моделей із практичними рамками, серед яких провідне місце займають сенсорно-інтеграційна, біомеханічна та когнітивно-поведінкова.

Виклад основної частини друкованої праці. Метою дослідження було теоретичне обґрунтування та експериментальна перевірка ефективності використання базових моделей ерготерапії в роботі з дітьми, які мають порушення розвитку. Завдання: дослідити особливості порушень розвитку у дітей; оцінити можливості практичного застосування моделей ерготерапії; визначити ефективність їх використання за результатами експериментального дослідження.

Однією з провідних концептуальних моделей сучасної ерготерапії є Канадська модель виконання занять та залучення (СМОР-Е), яка розглядає діяльність як наслідок постійної взаємодії між особою, діяльністю та середовищем. Центральне місце у структурі моделі займає духовність (spirituality), яка відображає внутрішні цінності, мотиви та особистісні смисли діяльності дитини.

На відміну від традиційних підходів, модель СМОР-Е приділяє увагу не лише результативності виконання певної діяльності, але й ступеню залучення (engagement) дитини до неї. Залучення охоплює емоційну, когнітивну та поведінкову складові активності. Використання СМОР-Е дає змогу оцінити рівень участі дитини у повсякденному житті, визначити наявні бар'єри навколишнього середовища, адаптувати втручання до індивідуальних потреб та підвищити мотивацію до діяльності. У дітей з РАС дана модель сприяє не лише формуванню конкретних навичок, зокрема самообслуговування, а й зменшенню сенсорного перевантаження, створенню передбачуваного середовища та розвитку позитивного досвіду участі в діяльності.

Модель заняттєвої активності людини (МОНО) належить до найбільш науково обґрунтованих моделей ерготерапії та пояснює процес формування діяльності через взаємодію внутрішніх характеристик особистості та чинників

навколишнього середовища. Основними складовими моделі є волевиявлення (volition), що охоплює мотивацію, інтереси та цінності; звикання (habituation), яке включає ролі, звички та повсякденні рутини; виконавча спроможність (performance capacity), що характеризує фізичні та психічні можливості людини; а також середовище (environment), представлене фізичними й соціальними умовами життя. МОНО дозволяє зрозуміти причини уникнення дитиною певних видів діяльності, сприяє формуванню корисних звичок і підвищенню рівня самостійності. Найбільш ефективною ця модель є при СДУГ, де важливим є розвиток саморегуляції; із ЗПР, коли необхідне структурування діяльності; при ДЦП, де важливим завданням є підвищення впевненості у власних можливостях через досягнення успіху.

Сенсорно-інтеграційна рамка практики ґрунтується на положеннях теорії сенсорної інтеграції та розглядає здатність до якісної обробки сенсорної інформації як основу ефективного функціонування людини [3]. Найважливішими складовими сенсорної системи є тактильна, вестибулярна та пропріоцептивна системи. Порушення їх функціонування може призводити до надмірної або недостатньої чутливості, поведінкових труднощів і проблем у навчальній діяльності.

Біомеханічна рамка практики орієнтована переважно на фізичні компоненти діяльності. Вона передбачає оцінку та розвиток сили м'язів, рухливості суглобів, витривалості й координації рухів. Найбільшу ефективність цей підхід демонструє у роботі з дітьми, які мають ДЦП, різні моторні порушення або ЗПР.

Когнітивно-поведінкова рамка практики спрямована на зміну поведінкових реакцій шляхом впливу на когнітивні процеси. Її застосування дозволяє розвивати навички самоконтролю, навчати дітей плануванню власної діяльності та здійснювати корекцію небажаних поведінкових проявів.

Результати проведеного експериментального дослідження продемонстрували позитивні зміни у формуванні функціональних навичок у дітей усіх досліджуваних груп. Порівняння показників до початку та після завершення програми ерготерапевтичного втручання засвідчило суттєве покращення моторних функцій, навичок самообслуговування, соціальної взаємодії та концентрації уваги.

Аналіз динаміки розвитку навичок показав, що рівень розвитку моторики зріс з 40% до 80%, показники самообслуговування - з 40% до 80%, соціальних навичок - з 45% до 85%, а уваги - з 40% до 75%.

Найбільш виражені позитивні результати були зафіксовані у дітей із ДЦП, у яких відбулося значне покращення моторних можливостей, а також у дітей із СДУГ, де спостерігалась стабілізація уваги. Це підтверджує ефективність використання біомеханічної та когнітивно-поведінкової рамок практики відповідно до особливостей порушень.

Застосування сенсорно-інтеграційного підходу також показало високий рівень ефективності у роботі з дітьми, які мають РАС. Це проявилось у зменшенні проявів сенсорної гіперчутливості та покращенні поведінкових реакцій.

Таким чином, комплексне використання різних моделей і рамок ерготерапевтичної практики забезпечує всебічний вплив на розвиток дитини та сприяє формуванню важливих життєвих компетентностей і навичок.

Висновки. Проведене дослідження підтвердило ефективність використання базових моделей ерготерапії для корекції порушень розвитку у дітей. Встановлено, що поєднання Канадської моделі виконання занять та залучення (СМОР-Е), Моделі заняттєвої активності людини (МОНО) та основних рамок практики сприяє підвищенню рівня самостійності дітей, покращенню моторних і когнітивних функцій, розвитку соціальних навичок, а також стабілізації поведінки та уваги.

Список використаної літератури:

1. Kielhofner G. Model of Human Occupation: Theory and Application. 4th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2008. 523 p.
2. Case-Smith J., O'Brien J. Occupational Therapy for Children and Adolescents. 7th ed. St. Louis: Elsevier, 2015. 912 p.
3. Bundy A. C., Lane S. J., Murray E. A. Sensory Integration: Theory and Practice. 2nd ed. Philadelphia: F.A. Davis, 2002. 483 p.
4. American Occupational Therapy Association. Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process. 3rd ed. American Journal of Occupational Therapy. 2014.
5. Taylor R. R., Kielhofner G. (eds.). Kielhofner's Model of Human Occupation: Theory and Application. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2017. 499 p.

О. М. Комар

ПІДХОДИ ДО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНИМИ ПОСЛУГАМИ У ПОРІВНЯЛЬНІЙ ХАРАКТЕРИСТИЦІ

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Актуальність теми. Початок ХХ століття став періодом утвердження ерготерапії як кластера медицини, а ХХІ ст. - етапом формування її міждисциплінарної парадигми з синергетичним підходом [1].

Сьогодні організація цього напрямку реабілітаційної допомоги стрімко розвивається як в Україні, так і в світі, але вони перебувають на різних етапах свого розвитку, що безпосередньо впливає на сучасну практику, освіту та сприйняття професії [2]. Якщо у світі ерготерапія фокусується на широкому спектрі - від інклюзивної освіти для дітей до адаптації офісів під працівників (ергономіка на робочих місцях), супроводжує людину в школі, на роботі та вдома протягом усього життя (*соціально-екологічна модель*), то в Україні відбувається героїчний етап формування «військової» та госпітальної моделі реабілітації, яка паралельно наздоганяє світові освітні та юридичні стандарти.

Виклад основної частини друкованої праці. У розвинених країнах ерготерапія - це фундаментальний та автономний елемент системи охорони здоров'я, що регулюється Всесвітньою федерацією ерготерапевтів (WFOT) з

етапами розвитку протягом 70-100 років. В Україні активну фазу її впровадження, із законодавчим підґрунтям, спостерігаємо останні 7-9 років: професія стає впізнаваною і критично важливою. Різниця між Україною та світом лежить не просто у тривалості існування професії, а у принципово різних філософських підходах, рівнях інтеграції у повсякденне життя та масштабах фінансування [2,3]. Структуровані дані розширеного аналізу ключових відмінностей засад ерготерапії за основними секторами та її глобальних викликів у порівняльній характеристиці подані в таблиці 1.

Таблиця 1

Порівняльна характеристика засад ерготерапії за основними секторами та її викликів у світі та Україні

Основні сектори	Україна	Світ
Сфера покриття та фокус втручання	<i>Медична та військова модель.</i> Через війну та особливості фінансування НСЗУ українська ерготерапія на 90% сконцентрована в госпіталях та реабілітаційних центрах. Основний фокус - гостра та підгостра фази. Це пацієнти після інсультів, черепно-мозкових травм, важких мінно-вибухових поранень та ампутацій. Ерготерапія в школах, офісах чи психіатричних закладах перебуває в зародковому стані.	<i>Життєвий простір та профілактика.</i> На Заході ерготерапевт працює скрізь, де є поняття «діяльність». Велика увага приділяється психічному здоров'ю (допомога людям із депресією чи деменцією організувати свій день), інклюзивній освіті (ерготерапевт підбирає дитині з РАС ручку для письма чи організовує простір у класі) та ергономії (адаптація робочого місця в IT-офісі для запобігання тунельному синдрому). Потужним є напрям - робота безпосередньо в громадах та вдома у пацієнта.
Інфраструктура та технічне забезпечення	<i>Симуляція побуту (Low-Tech та Mid-Tech).</i> В Україні основою є так звані «ергокухні» або симуляційні кімнати (де пацієнта вчать користуватися звичайним чайником, мікрохвильовкою, відкривати замки, вмикати світло). Розумні технології та VR з'являються лише в топових приватних чи великих волонтерських центрах (як-от <i>Superhumans</i> чи <i>Unbroken</i>).	<i>Терапія високих технологій (High-Tech).</i> На Заході кабінет ерготерапевта - це лабораторії з симуляторами автомобілів (для відновлення навичок водіння), VR-системи, технології «розумного будинку», які інтегрують у житло пацієнта, та біомеханічні лабораторії.
Фінансування та доступність послуг	<i>Пакетна система НСЗУ.</i> Реабілітація фінансується державою через НСЗУ за спеціальними пакетами. Поки пацієнт у лікарні - допомога ерготерапевта для нього безоплатна. Проте амбулаторна допомога та візити додому розвинені слабо. Коли пацієнт виписується додому, він часто залишається сам на сам зі своїм	<i>Страхова медицина та соціальні бюджети.</i> Послуги ерготерапевта покриваються державним чи приватним медичним страхуванням. Наприклад, у США страховка оплачує візит ерготерапевта додому до літньої людини, щоб він оцінив безпеку (прибрав килими, об які можна перечепитися, розставив поручні у

	неприспосованим побутом, оскільки системи довготривалого соціального супроводу ерготерапевтами на рівні громад ще немає.	ванній). Також існують державні програми, які фінансують закупівлю засобів адаптації (спеціальний посуд, підйомники).
Кадрові ресурси та освіта	<i>Гострий дефіцит та швидке навчання.</i> Через величезну кількість поранених Україна відчуває колосальний брак кадрів. Попри те, що університети активно випускають фахівців за оновленими стандартами, реальна потреба в ерготерапевтах покрита лише частково.	<i>Стабільний профіцит та престиж.</i> Професія ерготерапевта стабільно входить у топ-20 найзатребуваніших та найперспективніших спеціальностей у США та ЄС. Конкурс до університетів величезний, а навчання триває 4–6 років (магістратура/докторат).
Доступність середовища	<i>Пацієнта адаптують до агресивного середовища.</i> Через низький рівень реальної інклюзивності українських міст (відсутність пандусів, високі бордюри, непрацюючі ліфти), робота українського ерготерапевта часто є екстремальною.	<i>Середовище адаптоване під пацієнта.</i> Ерготерапевту на Заході простіше повернути людину в соціум, тому що вулиці, транспорт, магазини та кінотеатри вже є безбар'єрними. Пацієнту на кріслі колісному потрібні лише мінімальні специфічні навички пересування.
Виклики ерготерапії	<p><i>1. Колосальний кадровий дефіцит і навантаження.</i> Потреба в ерготерапевтах зросла в геометричній прогресії через тисячі важких мінно-вибухових травм, ампутацій та нейротравм у військових і цивільних. Фахівців катастрофічно не вистачає.</p> <p><i>2. Дисбаланс між стаціонаром та поверненням додому.</i> Завдяки фінансуванню НСЗУ госпітальний етап реабілітації працює відносно стабільно. Проте найбільший виклик виникає після виписки. В Україні майже відсутня система довготривалої ерготерапевтичної допомоги на рівні громад. Коли пацієнт повертається додому, він часто опиняється у «вакуумі» без супроводу фахівця.</p> <p><i>3. Агресивне та безбар'єрне середовище.</i> Ерготерапевт може бездоганно навчити пацієнта базовому самообслуговуванню в адаптованій палаті. Але поза лікарнею людина стикається з відсутністю пандусів, вузькими ліфтами, високими бордюрами та неприспосованим громадським</p>	<p><i>1. Демографічний тиск (Старіння населення).</i> Світ переживає стрімке старіння націй та зростання кількості людей із хронічними когнітивними порушеннями (деменція, хвороба Альцгеймера). Потреба в ерготерапевтах для забезпечення концепції безпечно старіння вдома перевищує можливості навіть багатих систем охорони здоров'я.</p> <p><i>2. Глобальна нерівність у фінансуванні та доступі.</i> Як свідчать глобальні дослідження WFOT, у країнах із низьким та середнім рівнем доходу ерготерапія на первинній ланці медичної допомоги практично відсутня через брак державного фінансування. Доступ до якісних ерготерапевтичних послуг залишається привілеєм переважно високорозвинених держав.</p> <p><i>3. Проблема розподілу завдань.</i> Через дефіцит персоналу у світі точаться гострі дискусії щодо передачі частини простих функцій ерготерапевта асистентам або іншим соцпрацівникам. Викликом</p>

	<p>транспорт. Українським фахівцям доводиться адаптувати людину до середовища, яке чинить опір, замість того, щоб адаптувати середовище під людину.</p> <p>4.Проблема з «ерготерапевтичним мисленням» у суспільстві. Досі існує радянський ментальний спадок, коли родичі намагаються робити все замість пацієнта (гіперопіка), що повністю руйнує філософію ерготерапії. Викликом є перенавчання сімей, аби вони не заважали людині відновлювати самостійність.</p>	<p>є збереження високої якості та безпеки послуг за умови чіткого розмежування меж професійної компетенції.</p> <p>4.Брак уніфікованих систем збору даних. Світовій спільноті важко адвокувати інтереси професії перед політиками та урядами через відсутність єдиної глобальної системи збору даних про ефективність ерготерапевтичних втручань. Дослідження WFOT наголошують на критичній потребі в інвестиціях в академічну науку та доказову базу.</p>
--	--	--

Розвиток ерготерапії на сучасному етапі супроводжується серйозними глобальними викликами. Хоча проблеми в Україні та світі мають різне походження (на Заході - це результат еволюції та старіння суспільства, в Україні - наслідок кризової адаптації під час війни), вони мають спільну мету: забезпечити людині право на незалежне та гідне життя через діяльність [2,3].

Висновки. Результати проведеного порівняльного аналізу забезпечення населення ерготерапевтичними послугами призвів до висновку, що західна ерготерапія – це система підтримки якості життя на всіх його етапах, українська - система кризового відновлення та виживання, яка в екстремальних умовах війни демонструє неймовірну гнучкість і здатність швидко вчитися. Завдяки високому запиту на якісну реабілітацію та співпраці з міжнародними організаціями, вітчизняна модель ерготерапії стрімко інтегрує міжнародні протоколи, створюючи при цьому власну унікальну школу роботи.

Список використаної літератури:

1. Доцюк Л. Г. Сучасна парадигма ерготерапії. Київ: Ліга-Прес, 2024. С. 118–120. DOI: <https://doi.org/10.36059/978-966-397-383-8-30>.
2. Солтик І. Т. Визначення ключових пріоритетів для розвитку ерготерапії в Україні. Health & Education. 2024. № 2. С. 199–205. DOI: <https://doi.org/10.32782/health-2024.2.25>.
3. Сучасні проблеми фізичної терапії та ерготерапії: теорія і практика : матеріали конференції / за ред. Т. В. Бугаєнко, О. М. Звіряки. Суми : СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2025.

Д.В. Король

ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ДРІБНОЇ МОТОРИКИ У ДІТЕЙ ІЗ СИНДРОМОМ ДАУНА ЗАСОБАМИ ЕРГОТЕРАПІЇ

Національний університет фізичного виховання і спорту України

Актуальність теми. Для більшості дітей розвиток дрібної моторики відбувається природно під час гри, малювання, конструювання та виконання повсякденних дій. Саме завдяки поступовому вдосконаленню рухів кисті та

пальців дитина навчається користуватися ложкою, застібати гудзики, тримати олівець, вирізати ножицями та виконувати багато інших дій, необхідних у повсякденному житті.

У дітей із синдромом Дауна формування дрібної моторики часто відбувається повільніше. М'язова гіпотонія, підвищена рухливість суглобів, труднощі координації рухів та особливості сенсомоторного розвитку можуть впливати на якість виконання точних рухів кисті. Внаслідок цього дитина може потребувати більше часу для опанування навичок, які для її однолітків є звичними та автоматизованими [1].

Розвиток дрібної моторики має важливе значення не лише для навчання, а й для формування самостійності дитини. Від рівня розвитку моторних навичок залежить успішність виконання багатьох видів діяльності, пов'язаних із самообслуговуванням, грою, творчістю та взаємодією з навколишнім середовищем [2].

У сучасній ерготерапії особлива увага приділяється створенню умов, у яких дитина може розвивати необхідні навички через цікаву та значущу для неї діяльність. Саме тому вивчення можливостей ерготерапії щодо розвитку дрібної моторики у дітей із синдромом Дауна є актуальним напрямом сучасної реабілітаційної практики.

Виклад основної частини друкованої праці. Мета - проаналізувати можливості ерготерапії у розвитку дрібної моторики дітей із синдромом Дауна та узагальнити сучасні підходи до формування функціональних навичок кисті у даної категорії дітей. Дрібна моторика охоплює здатність виконувати точні та координовані рухи кисті та пальців рук. Вона є основою для багатьох видів дитячої діяльності, включаючи малювання, письмо, використання предметів побуту, конструювання та різноманітні ігри. Розвиток цих навичок безпосередньо пов'язаний із загальним психомоторним розвитком дитини [3].

У дітей із синдромом Дауна труднощі часто виникають під час утримання та маніпуляції предметами, використання письмового приладдя, застібання одягу та виконання завдань, які потребують точності рухів. Такі особливості можуть впливати не лише на повсякденну активність дитини, а й на її впевненість у власних можливостях та бажання брати участь у нових видах діяльності [4].

Важливе місце в ерготерапії займає використання ігрової діяльності як природного середовища розвитку дитини. Саме через гру дитина отримує можливість багаторазово повторювати необхідні рухи, досліджувати властивості предметів та поступово вдосконалювати свої моторні навички. Ігрова форма занять сприяє підтриманню мотивації та активної участі дитини у процесі навчання [5].

У роботі з дітьми із синдромом Дауна широко використовуються конструктори, мозаїки, сортери, шнуркування, прищіпки, пальчикові ігри, ліплення, аплікації та інші види творчої діяльності. Такі завдання дозволяють розвивати силу кисті, координацію рухів, точність захвату та зорово-моторну координацію в умовах, наближених до повсякденної активності дитини [6].

Важливою складовою ерготерапевтичного процесу є залучення батьків. Саме батьки мають можливість підтримувати розвиток дитини під час щоденних занять удома, включаючи тренування моторних навичок у звичайні побутові ситуації та ігрову діяльність. Такий підхід забезпечує безперервність розвитку навичок та сприяє їх закріпленню в реальному житті [7].

Таким чином, розвиток дрібної моторики у дітей із синдромом Дауна є комплексним процесом, який потребує поєднання ерготерапевтичних втручань, ігрової діяльності та активної участі сім'ї для досягнення найкращих результатів.

Висновки:

1. Дрібна моторика відіграє важливу роль у розвитку повсякденних навичок та самостійності дітей із синдромом Дауна.
2. Особливості фізичного та психомоторного розвитку можуть ускладнювати формування точних рухів кисті та пальців у дітей даної категорії.
3. Ігрова діяльність є ефективним засобом розвитку дрібної моторики та підтримання мотивації дитини до занять.
4. Використання різноманітних творчих, сенсомоторних та маніпулятивних завдань сприяє покращенню координації рухів і функціональних можливостей кисті.
5. Активне залучення батьків до процесу ерготерапії підвищує ефективність розвитку моторних навичок та створює умови для їх перенесення у повсякденне життя.

Список використаної літератури:

1. Bull M.J. Down syndrome. *New England Journal of Medicine*. 2020. Vol. 382. P. 2344–2352.
2. Frank K., Esbensen A.J. Fine motor and functional performance in children with Down syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2021. Vol. 65, No. 7. P. 620–629.
3. American Occupational Therapy Association. *Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process*. 4th ed. *American Journal of Occupational Therapy*. 2020. Vol. 74, Suppl. 2.
4. Bruni M. Fine motor skills in children with Down syndrome: a developmental perspective. *Down Syndrome Research and Practice*. 2018. Vol. 15, No. 2. P. 45–52.
5. Вітомська М.В., Мангушева О.О. Сучасні підходи ерготерапії у роботі з дітьми та підлітками з порушеннями розвитку. Київ: Українське товариство ерготерапевтів, 2023.
6. Мангушева О.О. Короткий термінологічний словник ерготерапії. Київ: Українське товариство ерготерапевтів, 2021. 17 с.
7. Law M., Baptiste S., Carswell A. et al. *Canadian Occupational Performance Measure (COPM)*. 5th ed. Ottawa : CAOT Publications, 2019.
8. Haley S.M., Coster W.J., Ludlow L.H. *Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI): Development, Standardization and Administration Manual*. Boston : PEDI Research Group, 2010.

М. Б. Косовська¹, А. В. Івлієва²

РОЛЬ ЕРГОТЕРАПЕВТА У ПРОФЕСІЙНІЙ РЕІНТЕГРАЦІЇ ВЕТЕРАНІВ: ДОСВІД МІЖДИСЦИПЛІНАРНОЇ СПІВПРАЦІ ЕРГОТЕРАПЕВТА ТА КАР'ЄРНОГО КОНСУЛЬТАНТА У ЦЕНТРІ БО «БФ «СУПЕРЛЮДИ»

¹БО "БФ "СУПЕРЛЮДИ", Львів

²Заклад вищої освіти «Український католицький університет»

Актуальність теми. Професійна реінтеграція ветеранів є критичним компонентом їхнього відновлення після завершення військової служби. Працевлаштування пов'язане з покращенням психічного здоров'я, соціальної участі та якості життя ветеранів, що підтверджено численними дослідженнями та оглядами із картуванням доказів. Водночас ветерани часто мають складні бар'єри до працевлаштування, включно з фізичними обмеженнями, психологічними наслідками та труднощами переходу до цивільного ринку праці. Сучасна професійна реабілітація підкреслює необхідність інтеграції клінічної реабілітації та кар'єрної підтримки як єдиного процесу відновлення участі у праці [1,2,3]. У зв'язку з цим актуальним є вивчення практичних моделей міждисциплінарної взаємодії, що забезпечують професійну реінтеграцію ветеранів.

Виклад основної частини друкованої праці. Мета дослідження - описати модель міждисциплінарної взаємодії ерготерапевта та кар'єрного консультанта в процесі професійної реінтеграції ветеранів, впроваджену в центрі БО «БФ «Суперлюди»». Методи дослідження: спостереження та інтерв'ювання фахівців центру БО «БФ «Суперлюди»».

Результати дослідження. За результатами спостереження та інтерв'ювання фахівців центру БО «БФ «Суперлюди»» описано модель професійної реінтеграції ветеранів, що базується на міждисциплінарній взаємодії фахівців реабілітаційної команди. Модель передбачає комплексний супровід ветерана від первинної оцінки потреб до професійної та соціальної реінтеграції та демонструє інтеграцію реабілітаційних і кар'єрних послуг у межах єдиного процесу відновлення.

Початковим етапом моделі є звернення пацієнта/ветерана до центру та проведення первинної оцінки потреб мультидисциплінарною командою. На цьому етапі визначаються основні потреби особи у відновленні функціональних можливостей, соціальній підтримці, адаптації до змін у повсякденному житті та професійній реалізації. Водночас професійний запит може бути ще не повністю сформованим через процес відновлення після травми або змін життєвої ситуації.

Наступним етапом є ерготерапевтичне оцінювання та втручання. Ерготерапевт аналізує функціональні можливості особи, її заняттєві потреби, попередній досвід виконання значущих активностей, а також бар'єри, які можуть впливати на повернення до праці або опанування нової професійної ролі. У цьому процесі увага зосереджується не лише на фізичних можливостях, а й на здатності особи організувати повсякденну діяльність, дотримуватися

режиму, виконувати завдання, взаємодіяти з середовищем та адаптуватися до змінених умов життя. (рис.1)

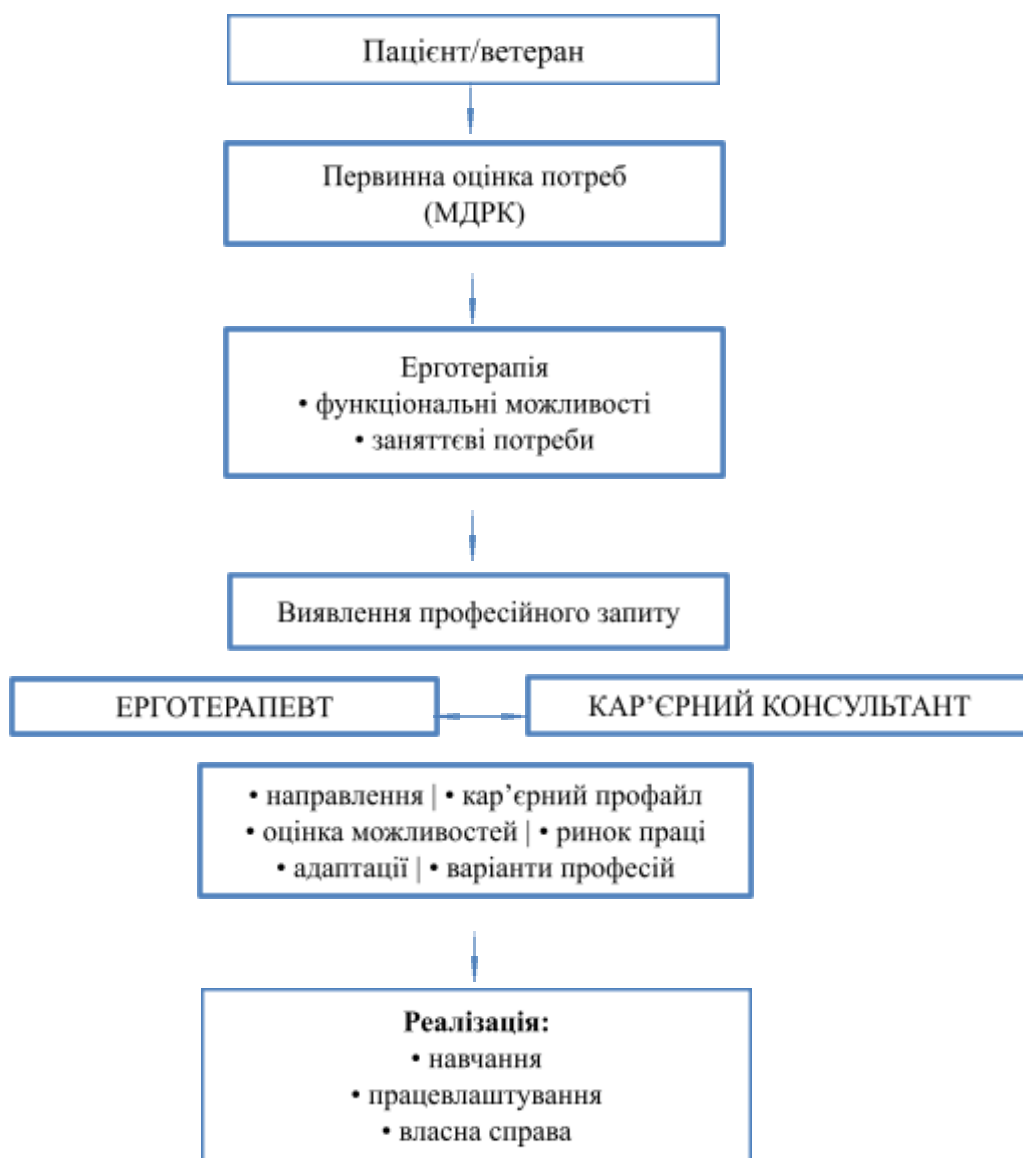


Рис. 1. Блок-схема моделі професійної реабілітації ветеранів на прикладі медичного центру БО «БФ «Суперлюди»»

Аналіз показав, що професійний запит ветерана формується поступово в процесі реабілітації. Він часто виникає після стабілізації стану, відновлення функціональних можливостей та усвідомлення реалістичних перспектив професійної діяльності. Таким чином, ерготерапевтичне втручання створює передумови для переходу від загального відновлення до планування професійної реінтеграції.

Ключовим компонентом описаної моделі є взаємодія ерготерапевта та кар'єрного консультанта. Ерготерапевт передає інформацію про функціональні можливості ветерана, наявні обмеження, потреби в адаптації робочого місця або робочих завдань, а також особливості виконання повсякденних і професійно релевантних активностей. Кар'єрний консультант, своєю чергою, аналізує попередній професійний досвід, освіту, навички, мотивацію, очікування

ветерана та можливості ринку праці.

Встановлено, що взаємодія між ерготерапевтом і кар'єрним консультантом має двосторонній характер. Вона не обмежується одноразовим направленням пацієнта, а передбачає обмін інформацією та узгодження професійних рекомендацій. Такий підхід дозволяє співвіднести функціональні можливості ветерана з вимогами потенційної професійної діяльності, а також визначити потребу в додатковому навчанні, перекваліфікації, адаптації робочого місця або зміні професійного напрямку.

Завершальним етапом моделі є реалізація професійного плану, яка може включати навчання, працевлаштування, повернення до попередньої професійної діяльності з відповідними адаптаціями або започаткування власної справи. У цьому контексті професійна реінтеграція розглядається не як ізольований етап після завершення реабілітації, а як складова ширшого процесу відновлення участі ветерана у значущих життєвих ролях.

Отже, описана модель демонструє послідовний перехід від первинної оцінки потреб і ерготерапевтичного втручання до формування професійного запиту, кар'єрного консультування та реалізації індивідуального професійного плану. Її особливістю є інтеграція клінічної реабілітації з кар'єрною підтримкою, що дозволяє розглядати повернення до праці як один із важливих компонентів соціальної участі та відновлення якості життя ветеранів.

Висновки. Досвід центру БО «БФ «Суперлюди»» демонструє модель професійної реінтеграції ветеранів, у якій ерготерапія та кар'єрне консультування інтегровані в єдиний процес відновлення участі у праці. Ключовим елементом моделі є міждисциплінарна взаємодія, що забезпечує узгодження професійних цілей ветерана з його функціональними можливостями та потребами. Модель може бути використана як приклад організації професійної реабілітації ветеранів в Україні.

Список використаної літератури:

1. Hutcheon D., Rendall J., McMillan C., Dall P., Morrison-Glancy S., Steiner A. The Health and Wellbeing Outcomes of Employment and Vocational-Based Interventions for Veterans: A Scoping Review // Journal of Veterans Studies. 2025. Vol. 11, № 1. DOI: 10.21061/jvs.v11i1.638. Доступно: <https://journal-veterans-studies.org/articles/10.21061/jvs.v11i1.638> (дата звернення: 15.06.2026).
2. Stevenson B. J., Kathawalla U., Smith C. Career Development in Transitional Work Settings: A Qualitative Investigation Among Veterans and Vocational Counselors // Journal of Career Development. 2023. Vol. 50, № 4. P. 947–964. DOI: 10.1177/08948453221137344. Доступно: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10288654/> (дата звернення: 15.06.2026).
3. U.S. Government Accountability Office. Veterans Affairs Vocational Rehabilitation Program: Improved Oversight and Performance Measures Could Enhance Program Effectiveness. Washington, DC : U.S. Government Accountability Office, 2019. 71 p. Доступно: <https://www.gao.gov/products/gao-20-28> (дата звернення: 15.06.2026).

М. О. Кошеленко

РОЛЬ ЗАХОДІВ РЕАБІЛІТАЦІЇ В ІНТЕГРАЦІЇ У СУСПІЛЬСТВО ОСІБ З ХРЕБЕТНО - СПИННОМОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ

Реабілітаційний центр «Незламні»

Актуальність теми. Травматичні ураження хребта і спинного мозку (хребетно-спинномозкова травма - ХСМТ) належать до найбільш тяжких травм людського організму, оскільки спричиняють високу смертність, яка досягає при деяких формах ушкоджень 60-70% і призводять до вираженої інвалідизації. В індустріально розвинених країнах частота травматичних ушкоджень спинного мозку становить близько 3 випадків на 100 000 населення [3] в мирний час. Щорічно в Україні отримують хребетно-спинномозкову травму понад 2000 осіб, серед яких переважна більшість - особи молодого віку. Під час воєнних дій така кількість ушкоджень значно зростає. За даними статистики Американської армії в останній Афганській війні, цей показник був близько 14% від загальної кількості поранених, що становило 10000 осіб на рік. [3] В зв'язку з удосконаленням зброї та посиленням її вражаючої дії, з початку АТО(ООС) частота уражень спинного мозку сягає 1,1% [1]. За даними Вінницького медичного університету з 2022 по 2024 роки кількість осіб з ураженням спинного мозку внаслідок бойових дій серед цивільних та військових становить 1,9% [2]. І тому перед фахівцями в сфері реабілітації стоїть надзвичайно важливе завдання: максимально допомогти в сприйнятті нового стану, повернення побутових навичок та інтегрування осіб в суспільство як їх активних учасників.

Виклад основної частини друкованої праці. Мета - обґрунтувати роль фізичної терапії та ерготерапії у підготовці осіб із ХСМТ до інтеграції в суспільство та покращення їхнього функціонування. Методи дослідження: аналіз та узагальнення даних науково-методичної літератури щодо застосування засобів фізичної терапії та ерготерапії в реабілітації осіб із ХСМТ. За результатами дослідження встановлено, що застосування засобів фізичної терапії та ерготерапії в роботі з ХСМТ сприяє покращенню функціонального рівня пацієнтів. Зокрема, підвищується сила, зменшується втома при подоланні відстані на кріслі колісному, покращується координація рухів при подоланні перешкод зовнішнього середовища, а також, підвищується рівень самостійності в повсякденній діяльності, що полегшує подальшу інтеграцію в суспільство [5,6]. При створенні програм фізичної терапії та ерготерапії застосовується індивідуальний підхід з урахуванням вихідного стану пацієнта. Від цього залежить фокус програми терапії, що буде направлений на адаптацію пацієнта, способи виконання побутових дій, підбір адаптивних засобів та середовища його проживання і роботи. Або ж (при можливому відновленні) максимальне відновлення функціонального стану. Кожен комплекс вправ і завдань ерготерапевтичного втручання направлені на конкретні запити пацієнта сформовані впродовж всього процесу реабілітації, використовуючи СОПМ[4].

Висновки. Встановлено, що засоби фізичної терапії та ерготерапії при ХСМТ сприяють покращенню функціонального стану пацієнтів, підвищення рівня задоволеності виконання значущих занять, покращення якості життя, а також повернення до соціальних ролей, що в подальшому полегшує інтеграцію в суспільство.

Список використаної літератури:

1. Ковальчук П. Є., Бірюк І. Г., Васюк В. Л., Тулюлюк С. В., Шутка В. Я., Гасько М. В. Військово-польова хірургія ушкоджень опорно-рухового апарату, черепа та головного мозку: навч. посіб. Чернівці: Буковинський державний медичний університет, 2025. 207 с.
2. Чорна В. В., Заводяк А. Ю., Плахотнюк І. М., Липкань В. М., Томашевський А. В., Коломієць В. В. Особливості поранень від різних типів зброї, місцезнаходження особи на момент вибуху. Вісник Вінницького національного медичного університету. 2024. № 2. DOI: 10.32782/2077-6594/2024.2/19.
3. Furlan J. C., Noonan V., Cadotte D. W., Fehlings M. G. The global incidence and prevalence of traumatic spinal cord injury. Canadian Journal of Neurological Sciences. 2013. Vol. 40, № 4. P. 456–464. DOI: 10.1017/S0317167100014530.
4. Mangusheva O. O., Dereka T., Larsen A. E. A practical model for using the Canadian Occupational Performance Measure (COPM) in the rehabilitation of military personnel and civilians in acute and post-acute rehabilitation in Ukraine. Rehabilitation & Recreation. 2025. Vol. 19, № 19.2. P. 101-119. DOI: 10.32782/2522-1795.2025.19.2.9.
5. Mazwi N. L., Adeletti K., Hirschberg R. E. Traumatic spinal cord injury: recovery, rehabilitation and prognosis. Current Trauma Reports. 2015. Vol. 1, № 3. P. 182–192. DOI: 10.1007/s40719-015-0018-4.
6. Shih R. Y., Burns J., Ajam A. A.; Expert Panel on Neurological Imaging. ACR Appropriateness Criteria® Head Trauma: 2021 Update. Journal of the American College of Radiology. 2021. Vol. 18, № 11S. P. S254-S265. DOI: 10.1016/j.jacr.2021.09.018.

А.І. Кравченко

**ВПЛИВ БІНОКУЛЯРНИХ РОЗЛАДІВ ЗОРУ НА ЗАНЯТТЄВУ
АКТИВНІСТЬ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ МІННО-ВИБУХОВОЇ
ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ ЛЕГКОГО ТА
СЕРЕДНЬОГО СТУПЕНІВ**

Інституту охорони здоров'я Національного університету водного господарства та природокористування

Актуальність теми. Повномасштабна війна в Україні спричинила різке зростання кількості мінно-вибухових черепно-мозкових травм (МВЧМТ) серед комбатантів та цивільних. У структурі сучасної бойової травми ЧМТ становить до 45% випадків, причому понад 80% з них припадає на легкий та середній

ступені [5]. Особливістю вибухового генезу ушкоджень є дифузне аксональне ушкодження мозкових структур та десинхронізація нейронних мереж, що відповідають за інтеграцію сенсорних систем [1].

Одним із найбільш поширених, але часто недодіагностованих наслідків МВЧМТ є порушення бінокулярного зору. Оскільки понад 70% головного мозку залучено до обробки зорової інформації [3], патофізіологічні зміни після вибуху призводять до окорухових дисфункцій, розладів акомодативної та втрати стереопсису (здатність мозку сприймати об'ємність, глибину та рельєфність простору) [2]. Світова військово-медична статистика свідчить, що від 65% до 90% військовослужбовців, які перенесли легку або середню ЧМТ, мають скарги на хронічні зорові проблеми, серед яких провідне місце посідає саме нестабільність бінокулярної функції зору [1,3].

У контексті сучасної ерготерапії та реабілітаційного процесу загалом, такі приховані зорові дефіцити виступають критичним бар'єром для зайняттявої активності (occupational performance) пацієнтів [4]. Диплопія (двоїння), розлади конвергенції та швидка зорова втомлюваність безпосередньо обмежують як базову повсякденну діяльність (самообслуговування, мобільність), так і інструментальну (читання, використання цифрових пристроїв, професійні навички) [4,6]. З огляду на масштабні потреби у відновленні постраждалих в Україні, дослідження кореляції між бінокулярними розладами та обмеженнями зайняттявої активності є вкрай необхідним для розробки ефективних протоколів реабілітації.

Виклад основної частини друкованої праці. Патофізіологічний механізм розладів: Мінно-вибухова черепно-мозкова травма (МВЧМТ) легкого та середнього ступенів через дію вибухової хвилі спричиняє мікроструктурні пошкодження білих провідних шляхів головного мозку. Це призводить до порушення синхронності роботи окорухових м'язів, дефіциту здатності зливати зображення з обох очей в одне (фузії) та виникнення прихованої косоокості (гетерофорії) [7]. Спектр зорових дефіцитів: Основними клінічними проявами бінокулярних розладів у профільних пацієнтів є недостатність конвергенції (нездатність зводити очі до носа при наближенні предмета), порушення акомодативної (фокусування) та деградація стереоскопічного зору. Клінічні тести показують, що навіть за збереження високої гостроти зору (візусу) кожного ока окремо, якість бінокулярного злиття падає у понад половини обстежених пацієнтів із МВЧМТ [8].

Вплив на компоненти зайняттявої активності: Відповідно до концепції ерготерапії, виявлені бінокулярні порушення корелюють із деградацією базових та інструментальних навичок життєдіяльності пацієнтів [9]. Зокрема:

1. Продуктивність (робота/навчання): виникає неможливість тривалого читання, роботи за монітором комп'ютера, двоїння тексту та швидка стомлюваність;
2. Самообслуговування та побут: пацієнти зазнають труднощів під час наливання рідини, приготування їжі, маніпуляцій із дрібними предметами через хибну оцінку відстані до них;

3. Мобільність (дозвілля/безпека): порушується координація рухів, з'являється невпевненість під час ходьби по сходах або нерівній поверхні, втрачається здатність безпечно керувати транспортом [9,10].
4. Методологія оцінки: Для встановлення кореляції доцільно поєднувати стандартні нейроофтальмологічні тести (визначення найближчої точки конвергенції, тест зі стрілою Меддокса, стереотести) зі специфічними ерготерапевтичними інструментами оцінки зайняттевої активності, такими як Канадська оцінка зайняттевої діяльності (COPM) або стандартизовані опитувальники якості зорового функціонування (наприклад, VFQ-25) [11].

Доведено, що ізольоване відновлення рухових чи когнітивних функцій без корекції бінокулярного дефіциту не призводить до повного відновлення незалежності пацієнта. Включення в програми ерготерапії методів зорової терапії (окорухових тренінгів, вправ на розвиток фузії, призматичної корекції) дозволяє значно підвищити рівень залученості пацієнта до щоденної діяльності та прискорити його професійну реінтеграцію [10,12].

Висновки. Мінно-вибухова ЧМТ легкого та середнього ступенів у 65-90% випадків супроводжується хронічними зоровими розладами, серед яких провідне місце посідає деградація бінокулярної функції (зокрема, через мікроструктурні пошкодження провідних шляхів мозку). Бінокулярні дефіцити виступають серйозним бар'єром для зайняттевої активності пацієнтів, оскільки безпосередньо обмежують їхню професійну діяльність (читання, роботу з монітором), побутове самообслуговування (маніпуляції з дрібними предметами) та безпечну мобільність. Оцінка стану пацієнтів потребує інтеграції нейроофтальмологічних тестів та ерготерапевтичних інструментів (COPM, VFQ-25). Повне відновлення незалежності та успішна реінтеграція клієнтів/пацієнтів із порушенням зору ЧМТ можливі лише за умови обов'язкового включення методів зорової терапії (окорухових тренувань, призматичної корекції) до комплексних програм ерготерапії.

Список використаної літератури:

1. Hussain, S. F., Raza, Z., Cash, A. T. G., et al. (2021). Traumatic brain injury and sight loss in military and veteran populations – a review. *Military Medical Research*, 8(1), 43.
2. Armstrong, R. A. (2022). Visual problems associated with traumatic brain injury (TBI). *Clinical and Experimental Optometry*, 105(8), 773-784.
3. Lee, I., Davis, B., Purt, B., DesRosiers, T. (2023). Ocular Trauma and Traumatic Brain Injury on the Battlefield: A Systematic Review of Prevalence and Management. *Military Medicine*, 188(9-10), 2916-2923.
4. Winkler, S. L., Finch, D., Llanos, I., et al. (2023). Retrospective Analysis of Vision Rehabilitation for Veterans With Traumatic Brain Injury–Related Vision Dysfunction. *Military Medicine*, 188(9-10), e2982–e2986.
5. Хаустова, О. О., Чабан, О. С., Асоян, А. А. (2024). Особливості когнітивних та сенсорних порушень у пацієнтів з мінно-вибуховою черепно-мозковою травмою в умовах воєнного стану в Україні. *Український медичний часопис*, 1(159), 24-29.

6. Sunder, R., Powell, J. M., & Cockrell, J. (2025). The impact of mild traumatic brain injury-induced visual dysfunction on instrumental activities of daily living (IADLs) in younger veterans. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 40(2), e112-e121.
7. Alvarez, T. L., Kim, E., & Vicci, V. (2021). Visual and oculomotor deficits following blast-induced versus non-blast traumatic brain injury. *Journal of Neurotrauma*, 38(14), 1989-2001.
8. Mucha, A., Collins, M. W., Elbin, R. J., et al. (2022). Oculomotor and vestibular characteristics in military personnel and civilians post-concussion. *Brain Injury*, 36(5), 612-620.
9. Radomski, M. V., Davidson, L. F., & Smith, L. (2023). Occupational performance challenges in veterans with co-occurring mild traumatic brain injury and visual subsystem impairments. *American Journal of Occupational Therapy*, 77(2), 770220-770231.
10. Giacino, J. T., Sherer, M., & Hammond, F. M. (2024). Impact of neuro-ophthalmic rehabilitation on instrumental activities of daily living after mild-to-moderate TBI. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 105(3), 445-454.
11. Terrell, B. F., & Simpson, J. C. (2025). Integrating Vision-Specific Patient-Reported Outcomes (VFQ-25) into Occupational Therapy Evaluation for Post-Concussion Syndrome. *Journal of Ophthalmic & Vision Research*, 20(1), 89-98.
12. Ciuffreda, K. J., & Ludlam, D. P. (2026). Conceptual model for vision rehabilitation in mild traumatic brain injury (mTBI): Practice and protocols for multidisciplinary teams. *NeuroRehabilitation*, 58(2), 211-225.

П.В. Куц^{1,2}, Б.В. Дністрянський²

ФОРМУВАННЯ КАДРОВОГО ПОТЕНЦІАЛУ МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИХ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ КОМАНД

¹Вінницький соціально-економічний інститут Університету «Україна»

²КНП «Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня Вінницької обласної Ради»

Актуальність теми. Сучасний етап розвитку системи охорони здоров'я та реабілітації в Україні характеризується стрімким зростанням потреби у висококваліфікованій, тривалій та доказовій реабілітаційній допомозі. Гостра потреба у відновленні пацієнтів із системними мінно-вибуховими травмами, ампутаціями, важкими неврологічними та психосоматичними порушеннями зумовлює критичний кадровий дефіцит у галузі. У цих умовах ефективне формування та стратегічний розвиток кадрового потенціалу мультидисциплінарних реабілітаційних команд (МДРК) стає не просто медичним завданням, а питанням національної безпеки та успішної реінтеграції громадян. Впровадження Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ) докорінно змінило філософію відновного процесу, вивівши на перший план пацієнтоцентричність та

командну взаємодію фізичних терапевтів й ерготерапевтів [1]. Проте реальний клінічний досвід свідчить про серйозний дисбаланс: провідні фахівці з вищою освітою (магістри) часто перевантажені рутинними, технічними маніпуляціями, що в свою чергу обмежує їхній час на проведення поглибленої діагностики, експертного оцінювання та стратегічного планування втручань.

Виклад основної частини друкованої праці. Рішенням цієї проблеми є побудова чіткої освітньої вертикалі та впровадження концепції наскрізного навчання. Ключовою, але досі інституційно слабо вираженою ланкою в цій системі є асистенти фізичних терапевтів та ерготерапевтів. Делегування функції підготовки асистентської ланки медичним коледжам дозволить вирішити фундаментальні проблеми. Сучасна архітектура кадрів у сфері охорони здоров'я України чітко регламентована Національним класифікатором України ДК 003:2010 «Класифікатор професій», де посади «Асистент фізичного терапевта» (код КП 3226) та «Асистент ерготерапевта» віднесені до категорії фахівців (молодших спеціалістів/бакалаврів) [2]. Затверджені Міністерством охорони здоров'я України та внесені до Реєстру кваліфікацій офіційні Професійні стандарти для цих посад чітко визначають їхню узагальнену місію: забезпечення розвитку, підтримки та відновлення функціональних спроможностей людини під керівництвом профільного фахівця. Аналіз реальної клінічної практики та чинної нормативної бази дозволяє виділити три ключові аспекти, які обґрунтовують доцільність закріплення підготовки асистентів саме за медичними коледжами (рівень фахової передвищої освіти). Відповідно до затверджених професійних стандартів, до головних трудових функцій асистентів належать: технічне виконання елементів реабілітаційної програми, моніторинг стану пацієнта під час втручання, підготовка обладнання та внесення даних до Медичних інформаційних систем (МІС) й Електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ). Ці завдання мають чітко виражений маніпуляційний та операційний характер. Освітньо-професійні програми медичних коледжів історично адаптовані саме під швидке та якісне відпрацювання практичних навичок, що робить їх ідеальним майданчиком для формування таких кадрів. Наразі в освітньому просторі існує певний накладний сегмент. Затверджений МОН України новий Стандарт вищої освіти для першого (бакалаврського) рівня спеціальності 227 «Терапія та реабілітація» (2024 р.) передбачає випуск бакалаврів із кваліфікацією асистента [3]. Проте трирічне або чотирирічне навчання в університеті для здобуття виключно асистентської посади часто веде до незадоволення випускників та їхньої швидкої міграції з професії через обмеженість автономії. Передача цієї функції коледжам (тривалістю 2-3 роки на базі медсестринства або повної загальної середньої освіти) дозволить оптимізувати державні видатки й прискорити вихід спеціалістів на ринок праці. Концепція наскрізного навчання реалізується тоді, коли випускник медичного коледжу (асистент), відпрацювавши певний час у клініці та зрозумівши специфіку професії, може вступити до ЗВО на бакалаврат чи магістратуру за інтегрованими/скороченими програмами. Це забезпечує природний професійний відбір: в університеті йтимуть вмотивовані люди з реальним клінічним досвідом, здатні в майбутньому очолити

мультидисциплінарну реабілітаційну команду (МДРК) та проводити первинне обстеження пацієнта за критеріями МКФ. Додатковим аргументом виступає міжнародний досвід (зокрема європейські та північноамериканські моделі), де підготовка Physical Therapist Assistants (РТА) та Occupational Therapy Assistants (ОТА) відбувається у ком'юніті-коледжах або на базі професійно-технічних дипломних програм [4]. Це дозволяє розділити інтелектуальне навантаження в команді: магістр/бакалавр фокусується на діагностиці та стратегії, а асистент із коледжу - на якісній, безпечній та безперервній реалізації щоденних втручань.

Висновки. Проведене дослідження нормативно-правової бази, професійних стандартів та реального стану кадрового забезпечення реабілітаційної галузі дозволяє сформулювати наступні ключові висновки. Побудова дієвої моделі наскрізного навчання у сфері терапії та реабілітації є безальтернативним кроком для подолання гострого кадрового дефіциту в Україні. Створення чіткої траєкторії від первинних етапів професійної освіти до безперервного професійного розвитку (БПР) забезпечить гнучкість та стійкість всієї системи охорони здоров'я. Медичні коледжі (рівень фахової передвищої освіти) є оптимальним та найбільш раціональним майданчиком для підготовки асистентів фізичних терапевтів та асистентів ерготерапевтів. Освітні програми коледжів, орієнтовані на відпрацювання чітких практичних навичок, здатні оперативно забезпечити ринок праці фахівцями операційного рівня. Чітке закріплення асистентської ланки за випускниками коледжів дозволить усунути інституційний дуалізм та раціонально перерозподілити навантаження всередині МДРК. Це звільнить провідних фахівців (магістрів) від рутинних маніпуляцій, дозволяючи їм зосередитися на експертній діагностиці, стратегічному плануванні за критеріями МКФ та супервізії. Модель, за якої підготовка асистентів відбувається в коледжах, створює умови для природного професійного відбору. Випускники коледжів із реальним клінічним досвідом формуватимуть вмотивований пул абітурієнтів для університетських програм вищого рівня, що повністю відповідає європейським та північноамериканським стандартам медичної освіти.

Список використаної літератури:

1. Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ) : Всесвітня організація охорони здоров'я ; переклад укр. мовою МОЗ України. - Женева : ВООЗ, 2001 (Київ : МОЗ України, 2018).
2. Національний класифікатор України. Класифікатор професій ДК 003:2010: затверджено наказом Держспоживстандарту України від 28.07.2010 р. № 327 (із змінами та доповненнями) / Міністерство економіки України. URL: <https://me.gov.ua/Documents/List?lang=uk-UA&tag=KlasifikatorProfesii> (дата звернення: 18.06.2026).
3. Стандарт вищої освіти зі спеціальності 227 «Терапія та реабілітація» для першого (бакалаврського) рівня вищої освіти : затверджено наказом Міністерства освіти і науки України від 29.10.2024 р. № 1541. - URL: <https://mon.gov.ua/>.

4. World Physiotherapy. Europe Region of World Physiotherapy: Briefing paper on the education and regulation of physical therapist assistants. - Brussels, 2022.

Т. Є. Леонець

**ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ІНСТРУМЕНТІВ ОЦІНЮВАННЯ
ЗАНЯТТЄВОЇ АКТИВНОСТІ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГПМК:
КЛІНІЧНА ДОЦІЛЬНІСТЬ, ВАЛІДНІСТЬ ТА ОБМЕЖЕННЯ У
ГОСТРОМУ ТА ВІДНОВНОМУ ПЕРІОДАХ**

Національний університет фізичного виховання та спорту України

Актуальність теми. Оцінювання заняттєвої активності є фундаментальним етапом ерготерапевтичного процесу, що визначає напрям та критерії ефективності втручання. У пацієнтів із гострим порушенням мозкового кровообігу (ГПМК) когнітивні порушення є одним із найпоширеніших і найбільш функціонально значущих наслідків [1]. Згідно з дослідженнями, до 30% пацієнтів після інсульту мають стійкі постінсультні когнітивні порушення, що охоплюють увагу, пам'ять, виконавчі функції, гнозис і праксис [2]. Ці порушення безпосередньо обмежують здатність пацієнта виконувати повсякденні активності та брати участь у соціальному житті, що робить їх оцінювання центральним завданням ерготерапевта. Водночас в Україні відсутній стандартизований алгоритм вибору інструментів оцінювання залежно від фази захворювання та профілю когнітивного дефіциту, що знижує якість планування реабілітаційного втручання та ускладнює міждисциплінарну комунікацію.

Виклад основної частини друкованої праці. Мета роботи - провести порівняльний аналіз стандартизованих і клієнтоорієнтованих інструментів оцінювання заняттєвої активності з визначенням їхньої клінічної доцільності та обмежень у гострому і відновному періодах ГПМК. Методом дослідження обрано теоретичний аналіз і систематизацію наукової літератури щодо психометричних властивостей інструментів та їхньої валідності при специфічних постінсультних дефіцитах.

Канадський інструмент оцінки заняттєвої активності (СОРМ) є клієнт-центрованим напівструктурованим інструментом, що визначає пріоритетні для пацієнта сфери заняттєвої активності та його суб'єктивну оцінку виконання і задоволеності [3]. Для пацієнтів із ГПМК СОРМ має важливу перевагу: він фіксує власне бачення людини щодо того, що є значущим у її повсякденному житті, що відповідає клієнт-центрованій філософії ерготерапії та дозволяє виявити сфери, які пацієнт вважає пріоритетними для відновлення [3]. СОРМ є доцільним у відновному, але не у гострому періоді, і лише за умови достатнього когнітивного ресурсу пацієнта (орієнтовно МоСА 18 балів і вище) [4].

Оцінка моторних і процесуальних навичок (АМПС) є стандартизованим методом спостереження за якістю виконання інструментальних активностей

повсякденного життя у природному або змодельованому середовищі. В міжнародній практиці AMPS розглядається як золотий стандарт функціональної ерготерапевтичної оцінки, оскільки результати не залежать від мовленнєвої або когнітивної здатності пацієнта до самозвіту. Проте застосування інструменту вимагає обов'язкової сертифікації ерготерапевта та спеціального програмного забезпечення, що суттєво обмежує його доступність у поточних умовах вітчизняної практики. Подібна ситуація стосується і Когнітивної оцінки Лоуенштейна (LOTCA): попри її специфічність для нейрокогнітивного профілю після інсульту і можливість застосування вже у гострому періоді, відсутність стандартизованої україномовної адаптації обмежує її практичне впровадження [5]. Обидва інструменти є перспективними орієнтирами для розвитку ерготерапевтичної практики в Україні.

Монреальська когнітивна шкала (MoCA) є скринінговим інструментом когнітивного статусу, який широко застосовується у постінсультній практиці [4]. При ГПМК MoCA відіграє роль допоміжного інструменту для стратифікації пацієнтів: вона не вимірює заняттєву активність безпосередньо, але визначає когнітивний ресурс, необхідний для коректного застосування інших шкал. Наявність україномовної адаптації та короткий час проведення роблять її практично застосованою вже у гострому періоді [4]. Слід враховувати залежність результатів від рівня освіти та преморбідного функціонування пацієнта.

Короткий тест психічного статусу (MMSE) є одним із найбільш поширених скринінгових інструментів когнітивного статусу у клінічній практиці [6]. При ГПМК MMSE дозволяє швидко оцінити орієнтацію, пам'ять, увагу, мову та зорово-конструктивні навички у гострому та підгострому періодах. Для ерготерапевта MMSE є корисним допоміжним інструментом для прийняття рішення про готовність пацієнта до більш складних функціональних оцінок та участі у заняттєвій активності. Разом із тим MMSE має нижчу чутливість до легких когнітивних порушень порівняно з MoCA, а його результати значною мірою залежать від рівня освіти пацієнта, що слід враховувати при інтерпретації даних у постінсультній популяції [6].

Шкала функціональної незалежності (FIM, когнітивна субшкала) забезпечує спільну класифікаційну мову між ерготерапевтом, неврологом та іншими членами реабілітаційної команди. При ГПМК FIM доцільна у гострому та підгострому періодах для швидкої фіксації базового рівня функціонування. Разом із тим груба порядкова шкала обмежує її чутливість до клінічно значущих змін у пацієнтів із легкими та помірними когнітивними порушеннями, що знижує її інформативність у процесі динамічного моніторингу відновлення.

Окрему увагу слід приділити проблемі взаємодії між дефіцитами ГПМК та валідністю оцінювання. Апраксія знижує результати AMPS незалежно від когнітивного статусу пацієнта, і ерготерапевт має інтерпретувати отримані дані з урахуванням цього чинника. Геміплегія обмежує виконання стандартних IADL-завдань і потребує адаптації процедури спостереження. Визначальними сферами заняттєвості, що найчастіше обмежуються внаслідок ГПМК [2], є інструментальні активності повсякденного життя, зокрема управління

фінансами, приготування їжі та організація медикаментозного режиму, базові активності самообслуговування, а також соціальна участь. Врахування цих сфер при виборі активностей для оцінювання підвищує екологічну валідність отриманих результатів.

Висновки. Жоден із розглянутих інструментів не є універсальним для оцінювання заняттєвої активності при ГПМК. Ефективна ерготерапевтична практика передбачає диференційований підхід до вибору інструментів залежно від фази захворювання та профілю когнітивного дефіциту. У гострому та підгострому періодах доцільними є MMSE і когнітивна субшкала FIM для первинної орієнтації у когнітивному статусі пацієнта. У відновному періоді MoCA забезпечує точніший скринінг когнітивних функцій, а COPM дозволяє визначити клієнтоцентровані цілі за умови достатнього когнітивного та комунікативного ресурсу. AMPS і LOTCA є визнаними міжнародними стандартами, впровадження яких в українській практиці є перспективним напрямом розвитку ерготерапії. Формування стандартизованого алгоритму вибору інструментів оцінювання з урахуванням реалій вітчизняної практики є необхідною умовою підвищення якості ерготерапевтичної допомоги пацієнтам із когнітивними порушеннями внаслідок ГПМК.

Список використаної літератури:

1. Мангушева О. О. Короткий термінологічний словник ерготерапії. Київ : Українське товариство ерготерапевтів, 2021. 17 с.
2. Mellon L., Brewer L., Hall P., Horgan F., Williams D. Cognitive impairment six months after ischaemic stroke: a profile from the ASPIRE-S study // BMC Neurology. 2015. Vol. 15. Article 31. DOI: 10.1186/s12883-015-0288-2.
3. Carswell A., McColl M. A., Baptiste S., Law M., Polatajko H., Pollock N. The Canadian Occupational Performance Measure: a research and clinical literature review // Canadian Journal of Occupational Therapy. 2004. Vol. 71, No. 4. P. 210–222. DOI: 10.1177/000841740407100406.
4. Nasreddine Z. S., Phillips N. A., Bédirian V., Charbonneau S., Whitehead V., Collin I., Cummings J. L., Chertkow H. The Montreal Cognitive Assessment (MoCA): a brief screening tool for mild cognitive impairment // Journal of the American Geriatrics Society. 2005. Vol. 53, No. 4. P. 695–699. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x.
5. Katz N., Itzkovich M., Averbuch S. The Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment (LOTCA) // Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 2002. Vol. 83, No. 8. P. 1179–1180. DOI: 10.1016/S0003-9993(02)70008-7.
6. Folstein M. F., Folstein S. E., McHugh P. R. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician // Journal of Psychiatric Research. 1975. Vol. 12, No. 3. P. 189–198. DOI: 10.1016/0022-3956(75)90026-6.

ЕРГОТЕРАПІЯ ЯК ЗАСІБ РОЗВИТКУ НЕЗАЛЕЖНОСТІ ОСІБ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ЗОРУ

Національний університет фізичного виховання і спорту України

Актуальність теми. Ерготерапія є клієнтоорієнтованою професією, спрямованою на забезпечення участі людини у значущих заняттях шляхом розвитку, відновлення або компенсації функціональних можливостей та адаптації середовища. [6,9] Особливого значення ерготерапевтичні втручання набувають для осіб із порушеннями зору, оскільки втрата або обмеження зорових функцій суттєво впливає на самообслуговування, мобільність, навчання, соціальну участь і незалежне життя [2,4,8].

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, понад 2,2 млрд людей у світі мають порушення зору або сліпоту, принаймні в 1 млрд випадків ці порушення могли бути попереджені або ще не отримали необхідного лікування [2]. У зв'язку з цим актуальним є впровадження сучасних ерготерапевтичних підходів, спрямованих на розвиток функціональної незалежності, підвищення якості життя та розширення можливостей участі осіб із порушеннями зору в освітньому, соціальному та професійному середовищах [4,8].

Виклад основної частини друкованої праці. Мета роботи - здійснити аналіз сучасних наукових джерел щодо можливостей ерготерапії у розвитку незалежності осіб із порушеннями зору та узагальнити основні напрями ерготерапевтичних втручань, спрямованих на підвищення їх функціональної самостійності та участі в заняттєвій активності. За результатами аналізу наукових джерел встановлено, що порушення зору суттєво впливає на можливість людини здійснювати повсякденну заняттєву активність, брати участь в освітньому процесі, професійній діяльності та суспільному житті.

З точки зору Д. В. Варивончик, порушення зору слід розглядати як патологічний стан, що характеризується зниженням гостроти зору, яке не піддається корекції за допомогою окулярів, контактних лінз, медикаментозної терапії або хірургічного втручання, унаслідок чого обмежується здатність людини виконувати повсякденні дії та повноцінно реалізовувати власні життєві потреби [1]. Т. М. Гребенюк відзначає, що часткова або повна втрата зору негативно впливає на всі сфери життєдіяльності особистості, такі як: робота, міжособистісні стосунки, мобільність, соціальне та психічне благополуччя [2]. Я. М. Копитіна та А. В. Єрмолаєва підкреслюють, що втрата можливості отримувати значний обсяг інформації через зоровий аналізатор призводить до виникнення численних труднощів у повсякденному житті [4]. Особа може відчувати залежність від сторонньої допомоги під час виконання побутових дій, пересування, користування транспортом, отримання освітніх послуг та працевлаштування. Саме тому одним із головних завдань ерготерапії є створення механізмів компенсації порушених функцій та формування ефективних стратегій адаптації до умов навколишнього середовища.

І. О. Сасіна вважає, що немедичний аспект реабілітації людей із порушеннями зору передбачає відновлення функціональної здатності організму, підвищення якості життя та незалежності людини, яка має порушення зору, шляхом надання психологічної допомоги, формування або відновлення повсякденних життєвих навичок, навчання просторовому орієнтуванню та мобільності, навчання шрифту Брайля, формування цифрових навичок, організації оздоровчих програм та дозвілля для ефективнішої соціалізації особистості, формування соціальної активності особистості та подальшої її самореалізації [8].

Важливим напрямом ерготерапевтичного втручання є розвиток навичок самообслуговування. Самостійне виконання процедур особистої гігієни, догляду за зовнішнім виглядом, приготування їжі, підтримання порядку в житлі та організації власного побуту становить основу незалежного способу життя людини. Для осіб із порушеннями зору виконання таких дій часто супроводжується значними труднощами, які пов'язані з недостатнім контролем за навколишнім простором та обмеженими можливостями візуального спостереження. Ерготерапія передбачає систематичне навчання безпечним способам виконання побутових завдань, формування навичок планування діяльності, розвиток тактильного контролю та використання спеціальних адаптаційних засобів. У результаті особа поступово набуває впевненості у власних можливостях та зменшує залежність від допомоги оточуючих.

Особливе місце в структурі ерготерапевтичної допомоги займає формування навичок орієнтування та мобільності. Самостійне пересування є одним із найважливіших показників незалежності людини та необхідною умовою її соціальної активності. Втрата або суттєве зниження зору значно ускладнює процес просторової орієнтації, що може призводити до обмеження пересування, уникнення нових маршрутів та зниження рівня участі в суспільному житті. Ерготерапевтична робота спрямована на розвиток здатності використовувати слухові, тактильні та кінестетичні сигнали для орієнтації в просторі, формування навичок аналізу навколишнього середовища та ефективного використання допоміжних засобів мобільності. Значна увага приділяється розвитку просторових уявлень, які забезпечують можливість самостійно пересуватися як у знайомих, так і в нових умовах.

Одним із фундаментальних принципів ерготерапії є використання збережених функціональних можливостей організму для компенсації порушених функцій. У випадку порушень зору особливого значення набуває розвиток слухового, тактильного, вібраційного та кінестетичного сприймання. Саме ці аналізаторні системи стають основними джерелами інформації про навколишнє середовище та забезпечують можливість виконання різноманітних видів діяльності. У процесі ерготерапії особа навчається ефективно використовувати власні сенсорні ресурси для розпізнавання предметів, визначення їхніх властивостей, оцінювання просторового розташування об'єктів та контролю власних дій [5].

Важливим напрямом сучасної ерготерапії є використання допоміжних технологій та технічних засобів реабілітації. Стрімкий розвиток

інформаційно-комунікаційних технологій значно розширив можливості осіб із порушеннями зору щодо отримання інформації, навчання та професійної діяльності. Ерготерапевт навчає користуванню спеціалізованими програмами екранного доступу, синтезаторами мовлення, брайлівськими дисплеями, електронними збільшувачами тексту, мобільними додатками для навігації та іншими сучасними технічними засобами. Опанування таких технологій сприяє розширенню можливостей самостійного життя, підвищує рівень інформаційної доступності та забезпечує більш активну участь людини в соціальному середовищі [4,9].

Значну роль ерготерапія відіграє у сфері освітньої діяльності осіб із порушеннями зору. Навчальний процес потребує адаптації як навчального середовища, так і способів подання інформації. Ерготерапевтичні втручання спрямовані на формування навичок користування спеціальними навчальними засобами, розвиток організаційних умінь, удосконалення навичок самостійного опрацювання інформації та підвищення академічної самостійності. Це створює передумови для успішного включення осіб із порушеннями зору в систему інклюзивної освіти та забезпечує можливість здобуття якісної освіти на різних рівнях [3,7,8].

О. В. Попова підкреслює, що суттєвим аспектом ерготерапевтичної діяльності є адаптація навколишнього середовища до потреб людини [7]. Сучасна концепція реабілітації розглядає незалежність особи як результат взаємодії її функціональних можливостей із характеристиками середовища. Відповідно до цього ерготерапія передбачає усунення архітектурних, інформаційних та соціальних бар'єрів, які можуть обмежувати активність людини. Організація безпечного житлового простору, використання тактильних показників, контрастного маркування, звукових сигналів та інших елементів доступності створює умови для більш ефективного функціонування особи та підвищення рівня її самостійності [7,9].

Висновки. Узагальнюючи викладене, можна зазначити, що ерготерапія є ефективним засобом розвитку незалежності осіб із порушеннями зору, оскільки сприяє формуванню навичок самообслуговування, орієнтування в просторі, мобільності, освітньої та професійної самостійності. Комплексне застосування ерготерапевтичних методів, допоміжних технологій і заходів з адаптації середовища забезпечує компенсацію порушених функцій, підвищує рівень функціональної незалежності та розширює можливості активної участі людини в суспільному житті. Таким чином, ерготерапія виступає важливою складовою реабілітації осіб із порушеннями зору, сприяючи покращенню якості їхнього життя, соціальній інтеграції та самореалізації.

Список використаної літератури:

1. Варивончик Д. В. Світові епідеміологічні характеристики поширеності порушень зору. Офтальмологія. 2016. № 1. С. 12-22.
2. World Health Organization. World Report on Vision. Geneva : WHO, 2019. 180 p. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/world-report-on-vision> (date of access: 22.06.2026).
3. Гуменюк Н. І. Реабілітація людей із вадами зору: системний підхід у світі.

- Вісник Вінницького національного медичного університету. 2025. № 1. С. 157-163.
4. Копитіна Я. М., Єрмолаєва А. В. Ерготерапія як засіб розвитку незалежності осіб із тяжкими порушеннями зору та сліпотою в санаторно-курортних умовах. Спортивна медицина, фізична терапія та ерготерапія. 2021. № 1. С. 73-78.
 5. Копитіна Я. М., Кириченко Е. В. Ерготерапія як інструмент попередження падіння слабозорих та незрячих осіб. Проблеми здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії : матеріали VI Всеукраїнської дистанційної науково-практичної інтернет-конференції. Суми: СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2020. С. 210-218.
 6. Мангушева О. В. Короткий термінологічний словник ерготерапії. Київ : ГО «Українське товариство ерготерапевтів», 2021. 42 с.
 7. Попова О. В., Кухар Н. І. Вікові особливості соціальної адаптації людей з порушеннями зору. Соціальна робота та соціальна освіта. 2022. № 2(9). С. 136-142.
 8. Сасіна І. О. Основи реабілітації людей з порушеннями зору. Київ: Академія, 2025. 168 с.
 9. American Occupational Therapy Association. Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (4th ed.). American Journal of Occupational Therapy. 2020. Vol. 74 (Suppl. 2). Article 7412410010. DOI: 10.5014/ajot.2020.74S2001.

Р. Г. Лосєва, К. М. Сеничич

РОЛЬ ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНОГО ВТРУЧАННЯ У ВІДНОВЛЕННІ ФУНКЦІЇ КИСТІ ПІСЛЯ ПЕРЕЛОМУ ДИСТАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ПРОМЕНЕВОЇ КІСТКИ

Дніпровський державний медичний університет

Актуальність теми. Переломи дистального відділу променевої кістки належать до поширених травм верхньої кінцівки та мають безпосередній вплив на функціонування кисті, яка забезпечує більшість дій самообслуговування, навчальної, професійної й побутової активності людини. Порушення рухливості, болючість, набряк і зниження сили захвату після такого ушкодження можуть істотно обмежувати самостійність пацієнта, тому відновлення має бути спрямоване не лише на покращення фізичних показників, а й на повернення до звичних життєвих ролей та повсякденних занять [2,3].

Перелом дистального відділу променевої кістки є одним із найпоширеніших ушкоджень верхньої кінцівки, що часто призводить до тимчасового обмеження рухливості кисті, зниження сили захвату, порушення дрібної моторики та труднощів у виконанні щоденних занять [3]. Навіть після успішного медичного лікування пацієнти можуть відчувати труднощі під час

самообслуговування, професійної діяльності та виконання побутових завдань, що зумовлює необхідність комплексного реабілітаційного супроводу [2,3].

У сучасній реабілітаційній практиці важливу роль у процесі відновлення займає ерготерапія, основною метою якої є не лише покращення фізичних показників, а й повернення людини до максимально можливої самостійності та участі у значущих для неї видах діяльності [2,4]. Актуальність теми обумовлена необхідністю використання доказових ерготерапевтичних підходів для ефективного відновлення функції кисті після травматичних ушкоджень [3].

Виклад основної частини друкованої праці. Ерготерапевтичне втручання після перелому дистального відділу променевої кістки спрямоване на відновлення функціональних можливостей верхньої кінцівки з урахуванням індивідуальних потреб людини. Особливістю ерготерапії є клієнтоцентрований підхід, за якого основна увага приділяється не тільки структурним порушенням, а й здатності особи виконувати повсякденні заняття [1,2].

На початковому етапі ерготерапевт проводить оцінювання стану кисті, що включає визначення амплітуди рухів, сили м'язів, рівня больових відчуттів, наявності набряку та обмежень у виконанні щоденної активності [3]. Для оцінки результативності втручання можуть застосовуватися стандартизовані інструменти, зокрема DASH, що дозволяє визначити рівень функціональних труднощів верхньої кінцівки [3].

Основними напрямками ерготерапевтичного втручання є поступове відновлення рухливості суглобів кисті та передпліччя, покращення сили захвату, розвиток координації рухів і дрібної моторики [3]. З цією метою використовують терапевтичні вправи, тренування функціональних рухів, завдання з предметами різної форми та розміру, а також моделювання реальних побутових ситуацій [2,3].

Важливим компонентом терапії кисті є навчання пацієнта правильному використанню кінцівки у повсякденній діяльності. Ерготерапевт допомагає адаптувати виконання звичних занять, надає рекомендації щодо безпечного навантаження та профілактики повторного травмування [2,4].

Ефективність ерготерапевтичного втручання значною мірою залежить від своєчасного початку реабілітації, регулярності виконання рекомендацій та активної участі самого пацієнта у процесі відновлення [3]. Дослідження у сфері реабілітації підтверджують, що поєднання терапевтичних вправ із заняттєво-орієнтованими методами сприяє швидшому поверненню функції кисті та покращенню якості життя [2,3].

Розвиток ерготерапії в Україні відбувається відповідно до міжнародних стандартів. Якщо раніше основна увага у відновленні після травм приділялася переважно фізичним показникам, то сьогодні все більше значення має комплексний підхід, який враховує потреби, середовище та життєві ролі людини [1,4]. Подальший розвиток професії пов'язаний із впровадженням доказових методів практики, розширенням сфери діяльності ерготерапевтів та підвищенням доступності реабілітаційних послуг [1,4].

Висновки. Ерготерапевтичне втручання є важливою складовою комплексного відновлення після перелому дистального відділу променевої

кістки. Використання індивідуально підібраних методів терапії кисті сприяє покращенню рухливості, сили та координації рухів, а також допомагає людині повернутися до виконання щоденних занять [2,3].

Подальший розвиток ерготерапії в Україні потребує активного впровадження сучасних доказових підходів, міждисциплінарної співпраці та формування розуміння важливості відновлення не лише фізичних функцій, а й повноцінної участі людини в суспільному житті [1,4].

Список використаної літератури:

1. Мангушева О. О. Короткий термінологічний словник ерготерапії. ГО «Українське товариство ерготерапевтів», 2021. 17 с. URL: <https://ergo-ukraine.com.ua/resources/korotkij-terminologichnij-slovník-ergoterapiyi> (дата звернення: 03.06.2026).
2. American Occupational Therapy Association. Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process. 4th ed. American Journal of Occupational Therapy. 2020. Vol. 74, Suppl. 2. P. 7412410010p1–7412410010p87. DOI: 10.5014/ajot.2020.74S2001.
3. Skirven T. M., Osterman A. L., Fedorczyk J., Amadio P. C., Feldscher S. B., Shin E. K. Rehabilitation of the Hand and Upper Extremity. 7th ed. Philadelphia : Elsevier, 2021. 1976 p.
4. World Federation of Occupational Therapists. Definitions of Occupational Therapy from Member Organisations. WFOT, 2013. URL: <https://wfot.org/resources/definitions-of-occupational-therapy-from-member-organisations> (дата звернення: 03.06.2026).

А.О. Пустова

ВИКОРИСТАННЯ ЗАНЯТТЄВО-ОРІЄНТОВАНОГО ПІДХОДУ У ВІДНОВЛЕННІ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ НЕЗАЛЕЖНОСТІ ПІСЛЯ АУТОІМУННОГО ЕНЦЕФАЛІТУ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Ерготерапевт КНП «Медичний центр реабілітації та паліативної допомоги»

Актуальність теми. Аутоімунний енцефаліт є рідкісним захворюванням центральної нервової системи, яке може призводити до тривалих порушень функціонування та обмеження участі у повсякденному житті [1]. Навіть після стабілізації медичного стану пацієнти нерідко потребують комплексної реабілітації для відновлення незалежності у виконанні щоденних занять [2,3]. Заняттєво-орієнтований підхід в ерготерапії дозволяє спрямувати втручання на досягнення значущих для людини функціональних цілей [4,5]. Представлення клінічних випадків застосування заняттєво-орієнтованого підходу сприяє накопиченню практичного досвіду та розвитку доказової бази ерготерапії при неврологічних захворюваннях.

Виклад основної частини друкованої праці. Представлено клінічний випадок пацієнтки 57 років з аутоімунним енцефалітом, яка на гострому етапі перебувала у відділенні інтенсивної терапії та перенесла клінічну смерть тривалістю близько 10 хвилин. Основними порушеннями були обмеження

мобільності в ліжку, порушення ходьби, координації рухів і дрібної моторики верхніх кінцівок. Оцінка когнітивної сфери була обмежена через моторну афазію. Процес реабілітації тривав 4 місяці та включав роботу в умовах реанімації й стаціонарної реабілітації.

Ерготерапевтичне втручання базувалося на заняттєво-орієнтованому підході та було спрямоване на відновлення функціональної незалежності пацієнтки у значущих для неї видах діяльності. Пріоритетними цілями були незалежне самообслуговування, виконання побутових занять, безпечне пересування та повернення до домашнього середовища.

На ранніх етапах реабілітації втручання включало роботу над мобільністю в ліжку, толерантністю до активності, балансом сидючи та вертикалізацією. Після стабілізації стану основна увага була спрямована на розвиток координації, дрібної моторики та функції верхніх кінцівок через виконання занять, пов'язаних із самообслуговуванням та побутовою активністю.

У подальшому проводилося тренування навичок одягання, особистої гігієни, приготування їжі та інших побутових занять. Однією з ключових функціональних цілей було відновлення здатності самостійно долати сходи до місця проживання, що дозволило забезпечити повернення пацієнтки до звичного домашнього середовища.

Особливостями втручання були необхідність адаптації комунікації через наявність моторної афазії, подолання вираженого страху падіння на ранніх етапах та поступове регулювання навантаження у зв'язку зі зниженим усвідомленням втому наприкінці реабілітаційного процесу.

Висновки. Після завершення реабілітаційного втручання пацієнтка повернулася до незалежного виконання повсякденних та побутових занять, включаючи самообслуговування, приготування їжі та самостійне пересування. Представлений клінічний випадок демонструє ефективність використання заняттєво-орієнтованого підходу у відновленні функціональної незалежності після аутоімунного енцефаліту навіть за умов тяжкого перебігу захворювання [2,3]. Орієнтація на важливі для пацієнтки заняття, індивідуалізація реабілітаційних цілей та їх реалізація через повсякденну діяльність дозволили спрямувати реабілітаційне втручання не лише на відновлення окремих функцій, а й на повернення пацієнтки до значущих життєвих ролей та повсякденної активності [4,5].

Список використаної літератури:

1. Graus F., Titulaer M. J., Balu R. et al. A clinical approach to diagnosis of autoimmune encephalitis // *The Lancet Neurology*. 2016. Vol. 15, № 4. P. 391–404.
2. Seifert-Held T., Dreo B., Raggam R. B. et al. Functional Recovery in Autoimmune Encephalitis: A Prospective Observational Study // *Frontiers in Immunology*. 2021. Vol. 12. Article 641106.
3. Kim T., Cheong I. Y. Changes in Function and Muscle Strength of Encephalitis Survivors After Inpatient Rehabilitation // *Annals of Rehabilitation Medicine*. 2021. Vol. 45, № 6. P. 445–454.

4. American Occupational Therapy Association. Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (4th ed.) // American Journal of Occupational Therapy. 2020. Vol. 74 (Suppl. 2). Article 7412410010.
5. Мангушева О. О. Короткий термінологічний словник ерготерапії. ГО «Українське товариство ерготерапевтів», 2021. 64 с.

І.Т. Солтик¹, Ю.В. Шевчук²

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ЕРГОТЕРАПІЇ ДО ПРОФЕСІЙНОГО ВІДНОВЛЕННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

¹Хмельницький національний університет

²Національний університет фізичного виховання і спорту України

Актуальність теми. В умовах повномасштабної війни в Україні суттєво зросла кількість військовослужбовців, які після бойових травм, ампутацій, мінно-вибухових уражень та психоемоційних розладів потребують не лише медичної реабілітації, але й подальшого професійного відновлення. Повернення до професійної діяльності або опанування нової професії є важливим чинником соціальної адаптації, економічної незалежності та відновлення активної участі ветеранів у суспільному житті.

У сучасній міжнародній практиці професійне відновлення розглядається як комплексний процес, що охоплює оцінювання функціональних можливостей людини, адаптацію робочого середовища, розвиток професійно значущих навичок та супровід повернення до праці. Важливе місце у цьому процесі займає ерготерапія, яка базується на заняттєво орієнтованому та клієнтоцентрованому підходах. Водночас в Україні питання професійного відновлення військовослужбовців та роль ерготерапії у цьому напрямі залишаються недостатньо розробленими як у науковому, так і в практичному аспектах. Це обумовлює необхідність вивчення сучасних ерготерапевтичних підходів, адаптації міжнародного досвіду та розвитку міждисциплінарних моделей підтримки військовослужбовців у процесі повернення до професійної діяльності.

Виклад основної частини друкованої праці. Метою роботи було визначення значення ерготерапії у процесі професійної реінтеграції військовослужбовців в умовах війни. У дослідженні використано аналіз сучасних наукових джерел [1,2], міжнародних рекомендацій [3] та практичного досвіду роботи ерготерапевтів із ветеранами та військовослужбовцями [4].

Аналіз літератури засвідчив, що професійна реінтеграція є комплексним процесом, який охоплює фізичні, психологічні, соціальні та економічні аспекти. Основними перешкодами повернення до праці є функціональні обмеження після бойових травм, посттравматичний стресовий розлад, невідповідність функціональних можливостей попереднім професійним вимогам та недостатня адаптація робочого середовища. У міжнародній практиці ефективність демонструють моделі supported employment, sheltered employment та програми

Individual Placement and Support (IPS), які передбачають індивідуалізований супровід особи у процесі працевлаштування.

Встановлено, що ерготерапія відіграє ключову роль у професійної реінтеграції. Ерготерапевт здійснює оцінювання функціональних можливостей людини в контексті професійної діяльності, аналізує вимоги роботи, проводить тренування професійно значущих навичок, рекомендує адаптацію робочого місця та асистивні технології. Важливим напрямом є підтримка формування нової професійної ідентичності та сприяння поступовому поверненню до продуктивної зайнятості.

В Україні питання професійної реінтеграції військовослужбовців поки недостатньо інтегроване у систему реабілітації. У наукових публікаціях переважає увага до медичної та фізичної реабілітації, тоді як аспекти повернення до праці, адаптації професійної діяльності та підготовки ерготерапевтів до роботи у цій сфері висвітлені обмежено. Це зумовлює необхідність розвитку міждисциплінарних програм професійної реінтеграції та впровадження доказових ерготерапевтичних підходів.

Висновки. Сучасні підходи ерготерапії до професійного відновлення військовослужбовців ґрунтуються на заняттєво орієнтованому та міждисциплінарному підходах, спрямованих на відновлення здатності особи до продуктивної професійної діяльності. Професійне відновлення військовослужбовців є важливою складовою реабілітаційного процесу, оскільки сприяє підвищенню рівня соціальної адаптації, економічної незалежності та якості життя ветеранів. Встановлено, що ерготерапія відіграє важливу роль у розвитку професійно значущих навичок, оцінюванні функціональних можливостей, адаптації робочого середовища та підтримці повернення до праці. Аналіз сучасних міжнародних практик засвідчив ефективність моделей return-to-work і supported employment у роботі з особами, які мають наслідки бойових травм та психоемоційних порушень. Водночас в Україні зберігається потреба у розвитку системних програм професійного відновлення військовослужбовців, розширенні компетентностей ерготерапевтів у цьому напрямі та впровадженні доказових ерготерапевтичних підходів у систему реабілітації.

Список використаної літератури:

1. Canhete Pereira RM, Monteiro I. Vocational rehabilitation and return to work: integrative review. *Rev Bras Med Trab.* 2020 Apr 15;17(3):441-455. doi:10.5327/Z1679443520190350. PMID: 32368678; PMCID: PMC7195892.
2. Davis LL, Kyriakides TC, Suris AM, et al. Effect of Evidence-Based Supported Employment vs Transitional Work on Achieving Steady Work Among Veterans With Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry.* 2018;75(4):316-324. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.4472.
3. OECD. Disability, Work and Inclusion: Mainstreaming in All Policies and Practices. Paris : OECD Publishing, 2022.
4. Солтик І.Т. Визначення ключових пріоритетів для розвитку ерготерапії в Україні. *Health & Education.* 2024. № 2. С. 199-205.

А. О. Толстова, М. С. Балаж

МОТИВАЦІЙНІ ЧИННИКИ ВИБОРУ ПРОФЕСІЇ ЕРГОТЕРАПЕВТА СЕРЕД СТУДЕНТІВ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «ТЕРАПІЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ» В УКРАЇНІ

Заклад вищої освіти «Український католицький університет», м. Львів

Актуальність теми. В умовах повномасштабної війни в Україні суттєво зросла потреба у реабілітаційній допомозі, що актуалізувало необхідність підготовки достатньої кількості кваліфікованих фахівців [3,4]. Ерготерапія є відносно новою професією в Україні та відіграє важливу роль у відновленні функціональної незалежності, участі в повсякденній діяльності та соціальній інтеграції людей [1]. Водночас розвиток професії відбувається в умовах кадрового дефіциту та недостатньої обізнаності населення щодо її змісту [4]. За даними попередніх досліджень, частка вступників на освітні програми з ерготерапії становить лише 2,4 %, а посади ерготерапевтів у закладах охорони здоров'я укомплектовані лише на 61,2 % [2,4]. У зв'язку з цим особливого значення набуває вивчення чинників, що впливають на вибір професії ерготерапевта, та бар'єрів, які можуть стримувати вступників від вибору цього фаху [5].

Виклад основної частини друкованої праці. Метою дослідження було дослідити мотиваційні чинники вибору професії ерготерапії студентами в Україні. Дослідження виконано з використанням змішаного дизайну. На першому етапі проведено напівструктуровані глибинні інтерв'ю (n=12) з подальшим тематичним аналізом для виявлення мотиваційних чинників вибору професії ерготерапевта. На другому етапі проведено крос-секційне анкетування студентів освітніх програм «Ерготерапія», «Фізична терапія» та «Терапія та реабілітація» (n=200) за допомогою авторського опитувальника. Оцінювання значущості мотиваційних чинників та бар'єрів здійснювали за 5-бальною шкалою Лайкерта, де 1 бал відповідав найнижчій, а 5 балів - найвищій значущості чинника. Для статистичного аналізу використовували методи описової та варіаційної статистики. Дані описували за допомогою медіани (Me) та інтерквартильного розмаху (IQR), а категоріальні показники - у вигляді абсолютних (n) та відносних частот (%). Для порівняння показників між незалежними групами застосовували U-критерій Манна-Уїтні. Рівень статистичної значущості приймали на рівні $p < 0,05$.

Результати якісної частини дослідження за участі 12 респондентів показали, що вибір професії формується під впливом комплексу внутрішніх і зовнішніх чинників. Найчастіше учасники інтерв'ю називали бажання допомагати людям, соціальну значущість діяльності та інтерес до змісту професії. Водночас вони відзначали низку бар'єрів, серед яких: недостатня поінформованість про ерготерапію, обмежена кількість освітніх програм, нестача фахівців і практичних можливостей для навчання, а також економічні труднощі, пов'язані з оплатою праці та професійними перспективами.

У кількісній частині дослідження взяли участь 200 респондентів віком $20,9 \pm 4,5$ років, серед яких 75 % становили жінки та 25 % - чоловіки. Половина учасників навчалася за освітньою програмою «Терапія та реабілітація» бакалаврського рівня, 35 % - за освітньою програмою «Фізична терапія» та 15 % - за програмою «Ерготерапія» магістерського рівня. Більшість респондентів на момент опитування уже визначилися з професійним напрямом: 56,5 % обрали фізичну терапію, 17,5 % - ерготерапію, тоді як 26 % ще не мали остаточного рішення.

Серед зовнішніх чинників вибору професії найвищі оцінки отримали перспективи працевлаштування за спеціальністю (Me=5; IQR 4-5), рівень заробітної плати (Me=5; IQR 4-5) та можливості кар'єрного зростання (Me=5; IQR 4-5). Інші зовнішні чинники також оцінювалися як важливі, однак їх медіанне значення становило 4 бали.

Серед внутрішніх чинників найвищі оцінки отримали відповідність професії особистим інтересам (Me=5; IQR 4-5), відчуття власної компетентності у сфері (Me=5; IQR 4-5) та усвідомлення значущості професії (Me=5; IQR 4-5). Високим також був показник бажання допомагати іншим та підтримувати їхню самостійність (Me=4,5; IQR 4-5). Отримані результати свідчать, що внутрішня мотивація та ціннісна відповідність професії відіграють провідну роль у професійному виборі.

Аналіз бар'єрів показав, що найбільш значущими є недостатня поінформованість про професію, нечітке розуміння відмінностей між ерготерапією та іншими реабілітаційними професіями, обмежена кількість практичних прикладів, низький рівень оплати праці, недостатня популяризація професії та обмежені можливості працевлаштування. Найменш значущими виявилися гендерні стереотипи.

Порівняння результатів між освітніми програмами виявило низку статистично значущих відмінностей. Для студентів ерготерапії більш важливими були різноманітність професійних завдань ($p=0,038$), професійна мобільність ($p=0,001$), чіткий професійний статус ($p=0,001$), поширення інформації про професію ($p=0,027$) та суспільне визнання професії ($p=0,032$). Вони також надавали більшого значення бажанню допомагати людям ($p=0,021$), інтересу до адаптації діяльності та середовища ($p=0,024$), професійному різноманіттю ($p=0,009$), професійній автономії ($p=0,008$) та творчому мисленню ($p=0,003$). Серед бар'єрів статистично значущою виявилася лише різниця в оцінці обмежених можливостей працевлаштування ($p=0,039$), яка була вищою серед студентів ерготерапії.

Аналіз відкритих відповідей щодо вирішальних факторів вибору професії показав, що найчастіше респонденти називали бажання допомагати людям, зокрема військовим - 45 % відповідей. Також вагомими чинниками були цінності, етичні переконання та різноманітність професійних завдань (34 %), актуальність професії в умовах війни та її суспільна значущість (28 %), а також особистий досвід (21 %). Рідше згадувалися професійний розвиток і перспективність професії (12 %), волонтерство або практика (11 %).

Висновки. Результати дослідження свідчать, що вибір професії ерготерапевта в Україні визначається насамперед внутрішніми мотиваційними чинниками, серед яких провідне місце займають відповідність професії особистим інтересам, бажання допомагати людям, відчуття компетентності та усвідомлення суспільної значущості професії. Серед зовнішніх чинників найбільш важливими є перспективи працевлаштування, рівень заробітної плати та можливості кар'єрного розвитку. Водночас суттєвими бар'єрами залишаються недостатня поінформованість про ерготерапію, обмежене розуміння професійної ролі ерготерапевта та недостатня популяризація професії. Отримані результати обґрунтовують необхідність посилення профорієнтаційної роботи, розвитку комунікаційних стратегій популяризації ерготерапії та розширення можливостей професійної реалізації майбутніх фахівців.

Список використаної літератури:

1. Значення ерготерапії в системі організації надання реабілітаційної допомоги / А. Бай, Д. Попович, О. Вайда та ін. Україна. Здоров'я нації. 2024. № 2. С. 127–131. DOI:10.32782/2077-6594/2024.2/21.
2. Михальчук В. М., Пожевілова А. А. Реабілітаційна допомога в програмі медичних гарантій та питання кадрового забезпечення. Лік справа. 2024. № 4. С. 13–24. DOI: <https://doi.org/10.31640/LS-2024-4-02>
3. A qualitative assessment of war-related rehabilitation needs and gaps in Ukraine / L. L. Lawry, J. Korona-Bailey, T. E. Hamm et al. J Health Popul Nutr. 2025. Vol. 44, №1. P. 175. DOI:10.1186/s41043-025-00912-4.
4. Human resource provision in the rehabilitation system of Ukraine's healthcare sector / К. Tymruk-Skoropad, N. Martynova, A. Boichuk et al. Medical Perspectives. 2026. Vol. 30, № 4. P. 171–183.
5. Tyminski Q. P., Grajo L. Barriers that affect equity in the occupational therapy admissions process: student and faculty perspectives. Open J Occup Ther. 2024 Vol. 12, № 2. P. 1-9. DOI:10.15453/2168-6408.2231.

А.В. Тоцька, Є.В. Патретна

ОБґРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ СУЧАСНИХ ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ДЛЯ ВІДНОВЛЕННЯ КОНЦЕНТРАЦІЇ УВАГИ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНСУЛЬТУ

Дніпровський державний медичний університет

Актуальність теми. Інсульт залишається однією з провідних причин тривалої інвалідизації та обмеження активності дорослого населення у світі. Незважаючи на значний прогрес у лікуванні гострого мозкового інсульту, значна частина пацієнтів зберігає когнітивні порушення, які негативно впливають на рівень функціональної незалежності, соціальну реінтеграцію та якість життя. За даними сучасних систематичних оглядів, постінсультні когнітивні порушення виявляються у 39-60 % пацієнтів [1]. Одним із найбільш поширених

когнітивних дефіцитів після інсульту є порушення уваги, що проявляється труднощами підтримання та переключення уваги, уповільненням швидкості обробки інформації, погіршенням виконання подвійних завдань та обмеженням можливості виконання повсякденної діяльності [2].

Сучасна нейрореабілітація все більше уваги приділяється використанню цифрових технологій, комп'ютеризованих програм, роботизованих систем та технологій віртуальної реальності. Висока інтенсивність, повторюваність та заняттєво орієнтований характер таких втручань створюють передумови для активації механізмів нейропластичності, що розглядається як одна з ключових умов відновлення когнітивних та моторних функцій після інсульту [3,4,5,6]. Результати сучасних систематичних оглядів свідчать про позитивний вплив сучасних технологій на когнітивні функції, активність повсякденного життя та якість життя осіб після інсульту [3,4,5,6]. Водночас більшість досліджень присвячені відновленню функції верхньої кінцівки та загального когнітивного статусу, тоді як вплив сучасних ерготерапевтичних втручань на окремі когнітивні домени, зокрема концентрацію уваги, залишається недостатньо вивченим.

Попередні дослідження авторів були присвячені застосуванню сучасних ерготерапевтичних підходів у реабілітації пацієнтів після інсульту із зорово-просторовим неглектом. Встановлено, що ознаки зорово-просторового неглекту виявлялися у 20,9 % пацієнтів після гострого мозкового інсульту [7]. Використання переважно компенсаторних стратегій сприяло покращенню когнітивних функцій за шкалою MoCA в середньому на $3,2 \pm 3,0$ бала, проте не забезпечувало достатнього відновлення функції верхньої кінцівки та активності повсякденного життя. У пацієнтів із зорово-просторовим неглектом динаміка за Box and Block Test була у 4,2 раза меншою порівняно з контрольною групою, а показники Nine Hole Peg Test та індексу Бартел залишалися статистично значуще гіршими [7]. Подальшим етапом досліджень стало впровадження інтерактивного пристрою Муго. Отримані результати продемонстрували більш виражене покращення великих моторних функцій верхньої кінцівки, зменшення проявів зорово-просторового неглекту та підвищення рівня незалежності пацієнтів [8]. Наступним кроком стало застосування технологій віртуальної реальності, що дозволило досягти покращення когнітивних функцій, сенсомоторного стану верхньої кінцівки та показників повсякденного функціонування [9].

Таким чином, на основі результатів попередніх досліджень авторів сформовано концепцію подальшого наукового пошуку щодо відновлення концентрації уваги після інсульту. У даній роботі представлено теоретичне обґрунтування та дизайн майбутнього дослідження ефективності сучасних ерготерапевтичних технологій для відновлення порушень концентрації уваги у пацієнтів після інсульту.

Виклад основної частини друкованої праці. Мета - обґрунтувати та представити дизайн майбутнього дослідження ефективності сучасних ерготерапевтичних технологій при порушенні концентрації уваги у пацієнтів після інсульту, яке передбачає порівняльну оцінку сучасних та традиційних

підходів до когнітивної реабілітації. Відновлення когнітивних функцій є одним із ключових напрямків сучасної нейрореабілітації. Відновлення когнітивних функцій є одним із ключових напрямків сучасної нейрореабілітації. Дані сучасних систематичних оглядів і мета аналізів свідчать про позитивний вплив ерготерапевтичних втручань, комп'ютеризованих програм, роботизованих систем і технологій віртуальної реальності на когнітивні функції, активність повсякденного життя та функціональну незалежність осіб після інсульту [1,2,3,4,6]. Водночас вплив сучасних технологій на окремі компоненти уваги, зокрема концентрацію уваги, залишається недостатньо дослідженим.

Перспективи подальшого дослідження вбачаємо у проведенні порівняльного дослідження із застосуванням традиційних ерготерапевтичних втручань та сучасних технологій когнітивної реабілітації. Для оцінювання когнітивного стану використовуватиметься Montreal Cognitive Assessment (MoCA), а для дослідження концентрації уваги - таблиці Шульте, тест П'єрона-Рузера та методика «Переплутані лінії». Рівень функціональної незалежності визначатиметься за індексом Бартел. Передбачається, що застосування сучасних технологій дозволить забезпечити більш інтенсивне, індивідуалізоване та заняттєво орієнтоване тренування когнітивних функцій, що сприятиме покращенню концентрації уваги та підвищенню рівня функціональної незалежності пацієнтів після інсульту.

Висновки. Аналіз сучасних наукових джерел свідчить про перспективність використання сучасних ерготерапевтичних технологій для когнітивної реабілітації осіб після інсульту [1,3,4,5,6]. Результати попередніх досліджень авторів підтверджують доцільність подальшого вивчення їх впливу на окремі когнітивні домени [7,8,9]. Представлений дизайн майбутнього дослідження спрямований на оцінку ефективності сучасних ерготерапевтичних технологій у відновленні концентрації уваги після інсульту та може сприяти розширенню доказової бази когнітивної реабілітації.

Список використаної літератури:

1. White J., Lockwood K.J. The effect of cognitive retraining after stroke on everyday living: a systematic review and meta-analysis. *Neurorehabilitation and Neural Repair*. 2025. DOI: 10.1177/02692155251336981.
2. Vásquez-Carrasco E., Jamett-Oliva P., Hernandez-Martinez J., et al. Effectiveness of occupational therapy interventions on activities of daily living, cognitive function, and physical function in middle-aged and older people with chronic stroke: a systematic review with meta-analysis. *J Clin Med*. 2025;14(7):2197. DOI:10.3390/jcm14072197.
3. Mugisha S., Job M., Zoppi M., et al. Computer-mediated therapies for stroke rehabilitation: a systematic review and meta-analysis. *Virtual Reality*. 2024.
4. Yuan F., Klavon E., Liu Z., et al. Computer-mediated rehabilitation and robotics in stroke recovery: systematic review. *Front Robot AI*. 2021;8:605715. DOI:10.3389/frobt.2021.605715.
5. Olana D.D., Abessa T.G., et al. Effect of virtual reality-based upper limb training on activities of daily living and quality of life among stroke survivors:

- a systematic review and meta-analysis. *J NeuroEngineering Rehabil.* 2025;22:92. DOI:10.1186/s12984-025-01603-1.
6. Тоцька А.В., Неханевич О.Б., Корота Ю.В., Мохна В.С., Логвиненко В.В. Ефективність застосування пристрою для інтерактивної та когнітивної терапії при реабілітації пацієнтів із зорово-просторовим неглектом унаслідок мозкового інсульту протягом післягострого періоду реабілітації. *Медичні перспективи.* 2025;30(3):192-199. DOI:10.26641/2307-0404.2025.3.340763.
7. Тоцька А.В., Мохна В.С., Соміло О.В., Ціж Л.М., Авраменко В.В. Ефективність технології віртуальної реальності при реабілітації пацієнтів із зорово-просторовим неглектом унаслідок мозкового інсульту. *Медичні перспективи.* 2025;30(4):161–170. DOI:10.26641/2307-0404.2025.4.348366.

Ю.В. Шевчук¹, О.О. Мангушева²

РОЛЬ ЕРГОТЕРАПЕВТА У СИСТЕМІ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ: МІЖ ЗАКОНОДАВЧИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ ТА ПРОФЕСІЙНОЮ НЕОБХІДНІСТЮ

¹ Національний університет фізичного виховання і спорту України, Україна

² Університет Індіанополіса, США

Актуальність теми. Психічне здоров'я населення України зазнає значного негативного впливу внаслідок тривалої війни, масової травматизації населення, вимушеного переміщення, втрати близьких, соціальної та економічної нестабільності. Це супроводжується зростанням поширеності посттравматичного стресового розладу, депресії, тривожних розладів та інших психічних порушень. Потреба населення у послугах у сфері психічного здоров'я стрімко зростає, а сама система охорони психічного здоров'я України перебуває в процесі трансформації відповідно до сучасних міжнародних підходів.

Сучасне розуміння послуг у сфері психічного здоров'я виходить за межі суто клінічного підходу та орієнтується не лише на зменшення симптомів психічних розладів, але передусім на відновлення участі людини у повсякденному житті, виконання заняттєвих ролей та повноцінної інтеграції у суспільство. Саме тому особливої актуальності набувають професії, діяльність яких спрямована на підтримку повсякденного функціонування людини, зокрема ерготерапія.

У 2025 році в Україні було прийнято Закон України «Про систему охорони психічного здоров'я», який декларує застосування біопсихосоціальної моделі та мультидисциплінарного підходу у наданні психологічної допомоги населенню України [1]. Серед напрямків окресленої Законом міжсекторальної допомоги у сфері психічного здоров'я є збереження і відновлення психічних функцій, працездатності та соціальної активності, повернення людини до самостійного життя у суспільстві, сприяння можливості виконувати повсякденну діяльність та забезпечення психологічного благополуччя [1]. Незважаючи на те, що

вищезгадані цілі належать до сфери професійної компетентності та безпосередніх професійних обов'язків ерготерапевта [2,3], даний Закон залишає поза увагою внесок ерготерапії у надання допомоги населенню України у сфері психічного здоров'я. Більше того, у сучасному законодавчому полі ерготерапевти не входять до переліку фахівців у сфері психічного здоров'я [4].

Виклад основної частини друкованої праці. Метою роботи було проаналізувати відповідність між сучасними нормативними документами і професійними можливостями ерготерапії та висвітлити роль ерготерапевта у системі охорони психічного здоров'я України. Для досягнення даної мети проведено аналіз положень Закону України «Про систему охорони психічного здоров'я», позиційних заяв Всесвітньої федерації ерготерапевтів (WFOT) та сучасних джерел, що стосуються освіти та професійної діяльності ерготерапевтів в Україні [2,3,5].

Ерготерапія історично бере свій початок саме у сфері психічного здоров'я [6]. У рамках сучасного біопсихосоціального підходу до реабілітації вона розглядається як одна з професій, що забезпечує повернення людини до змістовного та активного повсякденного життя. Згідно нормативного змісту підготовки магістрів з ерготерапії та очікуваних результатів навчання, ерготерапевти забезпечують індивідуалізовані рішення для подолання комплексних заняттєвих потреб окремих осіб, груп та популяцій, враховуючи складові фізичного, психічного і соціального здоров'я та добробуту [5]. З позиції ерготерапії психічне здоров'я розглядається як здатність людини брати участь у значущих заняттях, підтримувати життєві ролі та виконувати повсякденні обов'язки.

У позиційних документах та дослідженнях Всесвітньої федерації ерготерапевтів наголошується, що участь у значущій заняттєвій активності є не лише показником здоров'я, але й важливим терапевтичним чинником відновлення та добробуту [7,8]. Повернення можливості виконувати звичні заняттєві ролі, підтримувати соціальні зв'язки, брати участь у навчанні, праці та дозвіллі сприяє підвищенню якості життя та зниженню ризику соціальної ізоляції. У цьому контексті ерготерапія розглядає заняттєву участь як один із ключових механізмів як відновлення, так і профілактики психічного здоров'я.

Згідно статті 3 Закону України «Про систему охорони психічного здоров'я» одним із основних завдань державної політики у сфері охорони психічного здоров'я є «сприяння поверненню людини, яка має психічні розлади, до самостійного життя у суспільстві, зокрема можливості виконувати повсякденну побутову діяльність і задовольняти потреби без допомоги інших осіб» [1]. У закладах охорони здоров'я дане завдання реалізується фахівцями з ерготерапії, практична діяльність яких охоплює комплексне оцінювання повсякденного функціонування, формування і відновлення здорових звичок, ефективних повсякденних рутин, розвиток навичок емоційної саморегуляції, застосування сенсорних стратегій для оптимальної заняттєвої участі, підтримку повернення до праці та навчання, розвиток соціальної участі та адаптацію середовища [6]. Вищезгадані компетентності ерготерапевтів закріплюються чинними кваліфікаційними характеристиками, які регулюють надання послуг

ерготерапії у сфері охорони здоров'я та зазначають, що ерготерапевти відновлюють не тільки фізичне, але і психічне і соціальне здоров'я [3].

Отже, у результаті проведеного аналізу з одного боку спостерігається наявність концептуальної відповідності між засадами сучасної системи охорони психічного здоров'я та змістом професійної діяльності ерготерапевта, а з іншого – відсутність залучення ерготерапевтів до системи охорони психічного здоров'я в Україні. Закон «Про систему охорони психічного здоров'я» визначає важливість психосоціальної підтримки, соціальної інтеграції, відновлення повсякденного функціонування та участі людини у житті громади. Проте роль ерготерапевта як фахівця, який безпосередньо забезпечує відновлення даних компонентів, залишається поза увагою даного Закону та системи охорони психічного здоров'я в Україні загалом.

Нівелювання професійної ролі ерготерапевта у відновленні психічного здоров'я призводить до низки практичних труднощів, зокрема обмежених можливостей міждисциплінарної та міжсекторальної взаємодії протягом реабілітаційного континууму.

Висновки. Сучасні підходи до зміцнення та профілактики психічного здоров'я орієнтовані не лише на зменшення симптомів психічних розладів, але й на відновлення повсякденного функціонування та активної участі людини у житті. Ерготерапія реалізує ці завдання завдяки клієнтоорієнтованому та заняттєвоорієнтованому підходам. Встановлено, що законодавчі засади системи охорони психічного здоров'я України створюють можливості для залучення ерготерапевтів до надання послуг у сфері охорони психічного здоров'я в Україні. Подальший розвиток системи потребує нормативного включення фахівців з ерготерапії до переліку фахівців у сфері психічного здоров'я, визнання ролі ерготерапевта у системі комплексної допомоги у сфері психічного здоров'я, розширення можливостей працевлаштування фахівців з ерготерапії у службах психічного здоров'я та інтеграції ерготерапевтичних підходів у практику психосоціальної допомоги, психологічної реабілітації та профілактики психічних розладів та інших проблем, що стосуються психічного здоров'я.

Список використаної літератури:

1. Про систему охорони психічного здоров'я в Україні : Закон України від 15.01.2025 № 4223-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4223-20#Text> (дата звернення: 11.06.2026).
2. Сфера професійної діяльності ерготерапевта. Українське товариство ерготерапевтів. URL: <https://ergo-ukraine.com.ua/resources/sfera-profesijnoyi-diyalnosti-ergoterapevta> (дата звернення: 18.06.2026).
3. Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я» : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13.12.2018 № 2331. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v2331282-18#Text> (дата звернення: 18.06.2026).

4. Питання сертифікації та безперервного професійного розвитку фахівців у сфері психічного здоров'я : постанова Кабінету Міністрів України від 04.03.2026 № 288. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/288-2026-%D0%BF#Text> (дата звернення: 11.06.2026).
5. Стандарт вищої освіти за спеціальністю «Терапія та реабілітація» галузі знань «Охорона здоров'я». Чинний від 30.10.2024. Київ: Міністерство освіти і науки України, 2024. 86 с.
6. Роль ерготерапії у сфері психологічної реабілітації в Україні: позиційна заява. Українське товариство ерготерапевтів. URL: <https://ergo-ukraine.com.ua/resources/ergoterapiya-ta-psihichne-zdorov-ya> (дата звернення: 18.06.2026).
7. World Federation of Occupational Therapists. Position Statement: Occupational Therapy and Mental Health. URL: <https://wfot.org/resources/occupational-therapy-and-mental-health> (date of access: 11.06.2026).
8. Jesus T. S., et al. Barriers and Facilitators for the Practice of Occupational Therapy in Mental Health: Findings from a Global Practitioner Survey of the World Federation of Occupational Therapists. BMC Health Services Research. 2025. Vol. 25, no. 1. URL: <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12996-z> (date of access: 11.06.2026).

В.П. Юхимук, С.В. Лопачький, Л.П. Максимчук, В.І. Гринчак
**ПРАКТИЧНА ПІДГОТОВКА МАЙБУТНІХ ЕРГОТЕРАПЕВТІВ ЯК
ОСНОВА ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ГОТОВНОСТІ ДО
ФАХОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ**

Івано-Франківський національний медичний університет

Актуальність теми. Сучасний розвиток системи охорони здоров'я та реабілітаційної допомоги вимагає підготовки висококваліфікованих фахівців з ерготерапії, здатних ефективно застосовувати набуті знання та навички у професійній діяльності. У цьому контексті особливого значення набуває практична підготовка майбутніх ерготерапевтів, яка виступає важливою складовою освітнього процесу та забезпечує формування професійної готовності до роботи з різними категоріями клієнтів/пацієнтів [1,2].

Хочемо звернути особливу увагу на те, що практична підготовка є невід'ємною частиною професійної освіти ерготерапевтів, оскільки створює умови для інтеграції теоретичних знань із практичною діяльністю. Здобувачі освіти мають можливість ознайомитися зі специфікою роботи в закладах охорони здоров'я, реабілітаційних центрах, соціальних установах та інших базах практики, де надаються ерготерапевтичні послуги. Саме в реальних умовах професійної діяльності майбутні фахівці вчаться оцінювати функціональний стан клієнта, визначати його потреби, планувати та реалізовувати заходи ерготерапевтичного втручання [4].

Вважаємо, що практична підготовка є важливою складовою формування професійних компетентностей, передбачених освітньою програмою. Практична діяльність сприяє розвитку клінічного мислення, комунікативних навичок, уміння працювати в мультидисциплінарній команді, приймати професійні рішення та дотримуватися етичних принципів професії. Крім того, практика дозволяє студентам удосконалювати навички застосування сучасних методів оцінювання, реабілітаційних технологій та засобів адаптації навколишнього середовища відповідно до потреб клієнта.

Зауважимо, що особливого значення практична підготовка набуває в умовах реформування системи реабілітаційної допомоги в Україні та впровадження міжнародних стандартів надання послуг. Вона сприяє формуванню професійної ідентичності майбутнього ерготерапевта, усвідомленню соціальної значущості професії та готовності до безперервного професійного розвитку.

Виклад основної частини друкованої праці. В контексті теми зазначимо, що в Івано-Франківському національному медичному університеті освітньо-професійна програма «Ерготерапія» впроваджена на двох рівнях вищої освіти - першому (бакалаврському) і другому (магістерському). Зазначимо, що освітньо-професійна програма «Ерготерапія» другого (магістерського) рівня вищої освіти успішно пройшла акредитацію у 2026 році.

Здобувачі освітнього ступеня магістра проходять клінічну/навчальну практику в закладах освіти, громаді за професійним спрямуванням 1 рівня у кількості 6 кредитів та практику за професійним спрямуванням 2 рівня у кількості 30 кредитів в тому числі: у геріатрії та паліативній допомозі; при захворюваннях; кардіореспіраторної системи різних вікових груп; при порушенні діяльності опорно-рухового апарату різних вікових груп; при порушеннях нервової системи різних вікових груп; у сфері ментального здоров'я і громади.

З метою з'ясування думки студентів щодо якості організації та проходження практики, визначення рівня сформованості практичних умінь і навичок, а також виявлення можливих шляхів удосконалення практичної підготовки майбутніх ерготерапевтів нами було проведено опитування здобувачів освітнього ступеня магістра спеціалізації І7 Ерготерапія після проходження ними практик. Анкетуванням загалом охоплено 8 здобувачів освіти. Опитування здійснювалося онлайн із використанням авторської анкети із застосуванням Google форми. До анкети були включені відкриті, закриті питання і такі, які потребували відповіді від респондентів. Анкета налічувала всього 20 питань і завдяки онлайн-опитуванню було можливо систематизувати відповіді для подальшого кількісного і якісного аналізу. Результати анкетування дозволили з'ясувати думку студентів про організацію, пропозиції щодо удосконалення змістовного компоненту практики, виявити труднощі, які виникали у студентів під час практичного навчання.

Здобувачі освіти другого (магістерського) рівня відзначили, що тривалість практики була достатньою для набуття практичних навичок, при чому 75% студентів відмінно оцінили умови для виконання завдань практики (обладнання,

матеріали, робоче місце), а 25% - добре. Ідентично студенти оцінили сприятливість професійного середовища на базі практики. Позитивним є те, що всі студенти мали доступ до клієнтів/пацієнтів та реабілітаційного процесу і отримували підтримку як супервізора, так і керівника практики від університету. Всі студенти мали можливість отримувати пояснення та консультації під час практики і ствердно вважають, що практика сприяла розвитку професійних навичок ерготерапевта.

Під час проходження практики для 25% здобувачів освіти було можливим проводити спостереження за клієнтами та брати участь в оцінюванні функціонального стану, у 50% - допомагати у проведенні ерготерапевтичних втручань. Всі опитані студенти зазначили, що практика допомогла зрозуміти студентам професійну діяльність ерготерапевта і всі задоволені її проходженням. Для студентів найбільш корисним та цінним під час практики було отримання досвіду, спілкування з пацієнтами, набуття практичних навичок роботи з дітьми, оцінювання їхнього функціонального стану та участь у плануванні реабілітаційних заходів. Окрім цього найбільш цінним було спостереження за роботою фахівців, зокрема можливість побачити, як фахівці проводять обстеження, планують процес реабілітації та працюють з пацієнтами/клієнтами. Не менш важливим є формування навичок комунікації з пацієнтами/клієнтами, встановлення контакту та підтримка мотивації до процесу реабілітації. Водночас під час проходження практики у студентів виникали певні труднощі і, в основному, вони були пов'язані із встановленням контакту з деякими дітьми та підбором ефективних методів взаємодії відповідно до їхніх індивідуальних потреб.

Відзначимо, що здобувачами освіти були запропоновані пропозиції щодо покращення організації практики. Студенти висловили пропозиції щодо збільшення тривалості практики та розширення можливостей роботи з асистивними технологіями і допоміжними засобами.

Висновки. Таким чином, практична підготовка є основою формування професійної готовності майбутніх ерготерапевтів до фахової діяльності. Її ефективна організація забезпечує розвиток професійних компетентностей, необхідних для якісного надання ерготерапевтичної допомоги, підвищує конкурентоспроможність випускників та сприяє їх успішній інтеграції у професійне середовище.

Список використаної літератури:

1. Грейда НБ, Андрійчук ОЯ. Формування практичних навичок ерготерапевта : навчально-методичний посібник / Волинський національний університет імені Лесі Українки, медичний факультет, кафедра фізичної терапії та ерготерапії. Луцьк, 2024. 74 с.
2. Жамардїй ВО, Донченко ВІ. Сучасні аспекти професійної підготовки майбутніх фізичних терапевтів, ерготерапевтів у закладах вищої освіти. Міжнар. наук-практ. конф. ХХІХ Каришинські читання «Методика навчання природничих дисциплін у середній та вищій школі». Полтавський державний медичний університет, Полтава, 2022. С. 91-93.

3. Методичні рекомендації щодо організації та проведення циклів спеціалізації «Ерготерапія». ГО «Українське товариство ерготерапевтів», 2025. 38 с.

Д.В. Яковенко

ЗАСТОСУВАННЯ ПІДХОДУ СО-ОР В ЕРГОТЕРАПІЇ ПІДЛІТКІВ ІЗ РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА: ВПЛИВ НА ФОРМУВАННЯ НАВИЧОК ПРИГОТУВАННЯ ЇЖІ

Національний університет фізичного виховання і спорту України

Актуальність теми. Формування навичок самостійного життя є одним із ключових завдань ерготерапії підлітків із розладами аутистичного спектра (РАС). У підлітковому віці поступово зростають вимоги до незалежності, відповідальності та здатності виконувати інструментальні активності повсякденного життя, які є важливою передумовою успішної соціальної адаптації та підготовки до дорослого життя [1].

Особливого значення набувають навички приготування їжі, оскільки вони належать до інструментальних активностей повсякденного життя та є важливою складовою функціональної незалежності людини. Під час виконання такої діяльності підліток має планувати власні дії, дотримуватися послідовності виконання завдання, контролювати результат та враховувати вимоги безпеки. Практичний досвід та результати сучасних досліджень свідчать, що саме планування діяльності, дотримання послідовності дій і контроль результату часто стають найбільш складними компонентами під час формування навичок приготування їжі у підлітків із РАС [1,4].

У сучасній ерготерапії дедалі більшого поширення набувають підходи, спрямовані на розвиток самостійності через виконання значущої діяльності. Одним із таких підходів є Cognitive Orientation to Daily Occupational Performance (СО-ОР), який базується на використанні когнітивних стратегій, керованого відкриття та активної участі клієнта у процесі навчання [2].

Застосування підходу СО-ОР під час формування навичок приготування їжі дозволяє не лише опанувати конкретну побутову навичку, а й розвивати здатність самостійно планувати діяльність, аналізувати труднощі та переносити сформовані стратегії у різні життєві ситуації, що визначає актуальність даної теми.

Виклад основної частини друкованої праці. Мета - проаналізувати можливості застосування підходу Cognitive Orientation to daily Occupational Performance в ерготерапії підлітків із розладами аутистичного спектра та визначити його значення для формування навичок приготування їжі як компонента самостійного життя.

Розлади аутистичного спектра характеризуються різноманітними особливостями функціонування, які можуть впливати на участь підлітка у повсякденному житті. Одними з найбільш поширених труднощів є порушення планування діяльності, організації послідовності дій, самоконтролю та

перенесення набутих навичок у нові ситуації. Саме тому формування навичок самостійного життя є одним із важливих напрямів ерготерапевтичного супроводу даної категорії осіб [4,6].

Особливої уваги заслуговують навички приготування їжі, які поєднують значну кількість когнітивних, моторних та організаційних компонентів діяльності. Дана діяльність потребує інтеграції процесів планування, контролю, прийняття рішень та дотримання послідовності виконання завдання. Для підлітків із РАС труднощі можуть виникати на етапах підготовки інгредієнтів, дотримання рецепта, контролю часу, використання кухонного приладдя та дотримання правил безпеки [1,3,4].

Одним із найбільш відомих когнітивно орієнтованих підходів в ерготерапії є СО-ОР. Підхід спрямований на розвиток здатності людини самостійно аналізувати діяльність, визначати труднощі та знаходити ефективні способи їх подолання. Центральним елементом СО-ОР є стратегія «Ціль - План - Виконання - Перевірка» (Goal - Plan - Do - Check), яка використовується під час навчання нових функціональних навичок [1,2].

Саме використання стратегії Goal - Plan - Do - Check дозволяє підлітку поступово переходити від виконання завдання за допомогою дорослого до більш самостійного контролю власної діяльності, що має важливе значення для формування навичок незалежного життя. Важливою особливістю СО-ОР є використання методу керованого відкриття, під час якого ерготерапевт не пропонує готове рішення, а допомагає підлітку самостійно визначити шляхи подолання труднощів [2].

Особливу цінність підхід СО-ОР має під час формування навичок приготування їжі, оскільки дозволяє працювати одночасно над розвитком функціональних навичок, виконавчих функцій та самостійності підлітка. Використання даного підходу сприяє підвищенню рівня участі у повсякденному житті та створює передумови для більш успішної соціальної адаптації в майбутньому [2,4,7].

Висновки:

1. Формування інструментальних активностей повсякденного життя є важливим напрямом ерготерапевтичного супроводу підлітків із розладами аутистичного спектра.
2. Навички приготування їжі належать до ключових компонентів функціональної незалежності та підготовки підлітків до самостійного життя.
3. Для підлітків із РАС виконання кухонної діяльності часто ускладнюється труднощами виконавчих функцій, планування, самоконтролю та організації діяльності.
4. Підхід СО-ОР забезпечує розвиток стратегій вирішення функціональних завдань через використання моделі «Ціль - План - Виконання - Перевірка» та методу керованого відкриття.
5. Застосування підходу СО-ОР створює умови для більш успішного формування навичок самостійного життя, розвитку функціональної

незалежності та підготовки підлітків із РАС до майбутньої соціальної інтеграції.

Список використаної літератури:

1. Polatajko H. J., Mandich A. Enabling occupation in children: the Cognitive Orientation to Daily Occupational Performance (CO-OP) approach. Ottawa : SAOT Publications ACE, 2004. 215 p.
2. Miller L. T., Polatajko H. J., Missiuna C. et al. Applying Cognitive Orientation to Daily Occupational Performance to children with Autism Spectrum Disorders. OTJR: Occupation, Participation and Health. 2013. Vol. 33, № 4. P. 192–200.
3. American Occupational Therapy Association. Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process. 4th ed. American Journal of Occupational Therapy. 2020. Vol. 74, Suppl. 2. DOI: 10.5014/ajot.2020.74S2001.
4. Вітомська М. В., Мангушева О. О. Сучасні підходи ерготерапії у роботі з дітьми та підлітками з порушеннями розвитку. Київ : Українське товариство ерготерапевтів, 2023.
5. Мангушева О. О. Короткий термінологічний словник ерготерапії. Київ : Українське товариство ерготерапевтів, 2021, 64с.
6. Міністерство охорони здоров'я України. Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ). Київ : МОЗ України, 2022. 324 с.
7. World Health Organization. Autism [Internet]. Geneva : WHO, 2024. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism> .
8. Українське товариство ерготерапевтів. Ресурси та методичні матеріали з ерготерапії дітей та підлітків [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://ergo-ukraine.com.ua>.

ЗМІСТ:

І.В. Аблікова, Т.В. Кузьо, М.С. Балаж РОЛЬ ЕРГОТЕРАПЕВТА В ОСВІТНЬОМУ СЕРЕДОВИЩІ: ДОСВІД ПРОЄКТНОГО НАВЧАННЯ МАГІСТРАНТІВ У МЕЖАХ ДИСЦИПЛІНИ «ЕРГОТЕРАПІЯ В ПЕДІАТРІЇ».....	3
Ю.В. Антонова-Рафі, І.Ю. Худецький, Г.В. Мельник ВИКОРИСТАННЯ МОДЕЛІ МОНО ТА ДІАГНОСТИЧНОГО ІНСТРУМЕНТУ МОНОСТ В ЕРГОТЕРАПІЇ: ДОСВІД ШВЕЦІЇ ДЛЯ РОЗВИТКУ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ СИСТЕМИ УКРАЇНИ.....	6
П.С. Аржанова, І.В. Аблікова ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ЗАНЯТТЄВОГО БАЛАНСУ ТА ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ФАХІВЦІВ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	9
М. С. Балаж ПРАКТИКА, ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗАХ, У ПІДГОТОВЦІ ЕРГОТЕРАПЕВТІВ: АНАЛІЗ ОСВІТНІХ ПРОГРАМ УКРАЇНИ.....	11
А. Ю. Благоднюк ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНИЙ СУПРОВІД У ВІДНОВЛЕННІ ДРІБНОЇ МОТОРИКИ ТА САМООБСЛУГОВУВАННЯ ПІСЛЯ УРАЖЕННЯ СПИННОГО МОЗКУ З ВИКОРИСТАННЯМ АРТ-ТЕРАПІЇ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК.....	14
М. В. Владимиренко ОСОБЛИВОСТІ ПРОЦЕСУ ЕРГОТЕРАПІЇ ОСІБ ІЗ ПРОСТОРОВИМ НЕГЛЕКТОМ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ.....	17
М. М. Голдич ЕРГОТЕРАПІЯ У ВІДНОВЛЕННІ АКТИВНОСТЕЙ ПОВСЯКДЕННОГО ЖИТТЯ ОСІБ ПРИ УРАЖЕННІ СПИННОГО МОЗКУ НА РІВНІ С6.....	19
Н. Р. Голод ОСВІТНЯ ПРОГРАМА «ЕРГОТЕРАПІЯ» МАГІСТЕРСЬКОГО РІВНЯ КРІЗЬ ПРИЗМУ НАЦІОНАЛЬНИХ КРИТЕРІЇВ ЯКОСТІ ОСВІТИ.....	22
В.В. Гунько ВПЛИВ ЕРГОТЕРАПІЇ НА ФУНКЦІОНАЛЬНЕ ВІДНОВЛЕННЯ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ У ОСІБ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ.....	25
В. С. Грін, С. О. Грін ВІРТУАЛЬНА РЕАЛЬНІСТЬ ТА ІНТЕНСИВНА ВІЗУАЛЬНА СИМУЛЯЦІЯ DESSINTEY IVS У ЗМЕНШЕННІ ФАНТОМНОГО БОЛЮ ПІСЛЯ АМПУТАЦІЇ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ.....	27
І. П. Дека ЕРГОТЕРАПІЯ У МІЖДИСЦИПЛІНАРНОМУ КОНТЕКСТІ: НА ПРИКЛАДІ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ЛОГОПЕДІВ.....	30
М. В. Дністрянська, О. І. Башинська СПЕЦИФІКА НАСКРІЗНОЇ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ ІЗ НЕОНАТАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ.....	32
М. Р. Долінська ВПЛИВ ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНИХ ВТРУЧАНЬ НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ОСІБ ЗРІЛОГО ВІКУ З МОЗОЧКОВОЮ АТАКСІЄЮ, СПРИЧИНЕНОЮ ГОСТРИМ ПОРУШЕННЯМ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ.....	35

Н. Р. Закаляк, Ю. Л. Роголя МОДЕЛІ ЕРГОТЕРАПІЇ ТА РАМКИ ПРАКТИКИ ПРИ ПОРУШЕННЯХ РОЗВИТКУ У ДІТЕЙ.....	37
О. М. Комар ПІДХОДИ ДО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНИМИ ПОСЛУГАМИ У ПОРІВНЯЛЬНІЙ ХАРАКТЕРИСТИЦІ.....	40
Д.В. Король ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ДРІБНОЇ МОТОРИКИ У ДІТЕЙ ІЗ СИНДРОМОМ ДАУНА ЗАСОБАМИ ЕРГОТЕРАПІЇ.....	43
М. Б. Косовська, А. В. Івлієва РОЛЬ ЕРГОТЕРАПЕВТА У ПРОФЕСІЙНІЙ РЕІНТЕГРАЦІЇ ВЕТЕРАНІВ: ДОСВІД МІЖДИСЦИПЛІНАРНОЇ СПІВПРАЦІ ЕРГОТЕРАПЕВТА ТА КАР'ЄРНОГО КОНСУЛЬТАНТА У ЦЕНТРИ БО «БФ «СУПЕРЛЮДИ».....	46
М. О. Кошеленко РОЛЬ ЗАХОДІВ РЕАБІЛІТАЦІЇ В ІНТЕГРАЦІЇ У СУСПІЛЬСТВО ОСІБ З ХРЕБЕТНО - СПИННОМОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ.....	49
А.І. Кравченко ВПЛИВ БІНОКУЛЯРНИХ РОЗЛАДІВ ЗОРУ НА ЗАНЯТТЄВУ АКТИВНІСТЬ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ МІННО-ВИБУХОВОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ ЛЕГКОГО ТА СЕРЕДНЬОГО СТУПЕНІВ.....	50
П. В. Куц, Б. В. Дністрянський ФОРМУВАННЯ КАДРОВОГО ПОТЕНЦІАЛУ МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИХ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ КОМАНД.....	53
Т. Є. Леонець ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ІНСТРУМЕНТІВ ОЦІНЮВАННЯ ЗАНЯТТЄВОЇ АКТИВНОСТІ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГПМК: КЛІНІЧНА ДОЦІЛЬНІСТЬ, ВАЛІДНІСТЬ ТА ОБМЕЖЕННЯ У ГОСТРОМУ ТА ВІДНОВНОМУ ПЕРІОДАХ.....	56
Н. В. Лісовська ЕРГОТЕРАПІЯ ЯК ЗАСІБ РОЗВИТКУ НЕЗАЛЕЖНОСТІ ОСІБ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ЗОРУ.....	59
Р. Г. Лосєва, К. М.Сеничич РОЛЬ ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНОГО ВТРУЧАННЯ У ВІДНОВЛЕННІ ФУНКЦІЇ КИСТІ ПІСЛЯ ПЕРЕЛОМУ ДИСТАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ПРОМЕНЕВОЇ КІСТКИ.....	62
А.О. Пустова ВИКОРИСТАННЯ ЗАНЯТТЄВО-ОРІЄНТОВАНОГО ПІДХОДУ У ВІДНОВЛЕННІ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ НЕЗАЛЕЖНОСТІ ПІСЛЯ АУТОІМУННОГО ЕНЦЕФАЛІТУ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК.....	64
І.Т. Солтик, Ю.В. Шевчук СУЧАСНІ ПІДХОДИ ЕРГОТЕРАПІЇ ДО ПРОФЕСІЙНОГО ВІДНОВЛЕННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ.....	66
А. О. Толстова, М. С. Балаж МОТИВАЦІЙНІ ЧИННИКИ ВИБОРУ ПРОФЕСІЇ ЕРГОТЕРАПЕВТА СЕРЕД СТУДЕНТІВ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «ТЕРАПІЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ» В УКРАЇНІ.....	68

А. В. Тоцька, Є. В. Патретна ОБҐРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ СУЧАСНИХ ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ДЛЯ ВІДНОВЛЕННЯ КОНЦЕНТРАЦІЇ УВАГИ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНСУЛЬТУ.....	70
Ю. В. Шевчук, О. О. Мангушева РОЛЬ ЕРГОТЕРАПЕВТА У СИСТЕМІ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ: МІЖ ЗАКОНОДАВЧИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ ТА ПРОФЕСІЙНОЮ НЕОБХІДНІСТЮ..	73
В. П. Юхимук, С. В. Лопаський, Л. П. Максимчук, В. І. Гринчак ПРАКТИЧНА ПІДГОТОВКА МАЙБУТНІХ ЕРГОТЕРАПЕВТІВ ЯК ОСНОВА ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ГОТОВНОСТІ ДО ФАХОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ.....	76
Д. В. Яковенко ЗАСТОСУВАННЯ ПІДХОДУ СО-ОР В ЕРГОТЕРАПІЇ ПІДЛІТКІВ ІЗ РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА: ВПЛИВ НА ФОРМУВАННЯ НАВИЧОК ПРИГОТУВАННЯ ЇЖІ.....	79