

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Мальцев Сергей Борисович
Должность: Ректор
Дата подписания: 31.05.2024 19:24:48
Уникальный программный ключ:
1bcb6e8dd25337659310c8c6c08f3bb1f12d77b7

**Частное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский медико-социальный институт»
(ЧОУВО «СПбМСИ»)**

ПРИНЯТО

Решением Ученого совета
ЧОУВО «СПбМСИ»
от «21» декабря 2023 г.
Протокол № 3
Председатель _____
Мальцев С.Б.

УТВЕРЖДАЮ

Ректор
к.м.н., доц. С.Б. Мальцев

«21» декабря 2023 г.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ**

«ОСНОВЫ ЭРГОРЕАБИЛИТАЦИИ»

(Объём программы - 504 академических часа)

Санкт-Петербург
2023

Дополнительная профессиональная программа профессиональной переподготовки «Основы эргореабилитации» разработана на основании требований следующих нормативно-правовых документов:

Федеральный закон РФ «Об образовании в Российской Федерации» от 29 декабря 2012 года № 273-ФЗ;

Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 01 июля 2013 года № 499 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам»;

«Конвенция о правах инвалидов» (принята в г. Нью-Йорке 13 декабря 2006 года Резолюцией 61/106 на 76-ом пленарном заседании 61-ой сессии Генеральной Ассамблеи ООН);

Федеральный закон Российской Федерации «О ратификации Конвенции о правах инвалидов» от 3 мая 2012 года № 46-ФЗ;

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации «Об утверждении технического задания пилотного проекта по отработке новых подходов к организации и проведению медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов с учётом Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» от 27 декабря 2011 года № 1677н;

Рабочий документ ВОЗ «Повышение уровня компетентности медицинских кадров в целях организации согласованного/ комплексного предоставления медицинских услуг» (2015 год);

Федеральный закон Российской Федерации «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ;

Приказ Минздрава России от 23 октября 2019 года № 878н «Об утверждении порядка организации медицинской реабилитации детей»;

Приказ Минздрава России от 31 июля 2020 года № 788н «Об утверждении порядка организации медицинской реабилитации взрослых»;

Приказ Минтруда России от 05 марта 2021 года № 106н «Об утверждении перечня показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации»;

ГОСТ Р 57960-2017. «Национальный стандарт Российской Федерации. Реабилитация инвалидов. Оценка результатов реабилитационных услуг. Основные положения»;

Приказ МО Российской Федерации от 15 сентября 2014 года № 670 «О мерах по реализации отдельных положений статьи 81 Федерального закона от 29 декабря 2012 года № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»»;

Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 12 сентября 2013 года № 1061 «Об утверждении перечней специальностей и направлений подготовки высшего образования»;

Методические рекомендации по разработке основных профессиональных программ и дополнительных профессиональных программ с учетом соответствующих профессиональных стандартов, утвержденные Министром образования Российской Федерации от 22 января 2015 года № ДЛ-1/05вн;

Проект профессионального стандарта «Специалист по эргореабилитации» (версия от 15 сентября 2020 года);

Приказ Минздрава России от 2 мая 2023 года № 205н «Об утверждении номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников»;

Приказ Минздрава России от 2 мая 2023 года № 206н «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием».

Разработчики:

Мишина Е.А. – старший преподаватель кафедры социальной реабилитации и эрготерапии ЧОУВО «СПбМСИ»

Лещенко Н.А. – старший преподаватель кафедры социальной реабилитации и эрготерапии ЧОУВО «СПбМСИ»

Шошина Е.А. – ассистент кафедры социальной реабилитации и эрготерапии ЧОУВО «СПбМСИ»

Валянская А.Р. – ассистент кафедры социальной реабилитации и эрготерапии ЧОУВО «СПбМСИ»

Дополнительная образовательная программа повышения квалификации пересмотрена на заседании кафедры социальной реабилитации и эрготерапии от «06» декабря 2023 г. Протокол №5.

Заведующий кафедрой социальной
реабилитации и эрготерапии
к.м.н., доц.

_____ Мальцев С.Б.

1. Общая характеристика

Дополнительная профессиональная программа профессиональной переподготовки «Основы эргореабилитации» реализуется на кафедре социальной реабилитации и эрготерапии в Частном образовательном учреждении высшего образования «Санкт-Петербургский медико-социальный институт» (далее ЧОУВО «СПбМСИ»).

1.1. Цель реализации дополнительной профессиональной программы

Целью обучения является получение профессиональных компетенций, необходимых для осуществления профессиональной деятельности в области эргореабилитации (эрготерапии).

1.2. Категория слушателей

Специалисты с высшим образованием по одному из следующих профилей: «Клиническая психология», «Образование и педагогические науки», «Психолого-педагогическое образование», «Психология», «Специальное (дефектологическое) образование», «Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (адаптивная физическая культура)»

1.3. Период обучения – 6 учебных месяцев, объём программы 504 академических часа.

1.4. Форма обучения – очно-заочная с применением дистанционных образовательных технологий и ЭО.

1.5. Основы обучения – бюджетные и внебюджетные средства, по договору об образовании с физическим или юридическим лицом.

1.6. Режим занятий 6-8 академических часов в день при очной форме обучения, не более 4 часов в день при дистанционной форме обучения и во время прохождения практики на рабочем месте.

2. Планируемые результаты обучения

Перечень профессиональных компетенций (ПК) в рамках имеющейся квалификации, качественное изменение которых осуществляется при освоении дополнительной профессиональной программы:

— ПК-1 – Работать в команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, клиентами, соблюдать этический кодекс эрготерапевтов.

— ПК-2 – Осуществлять сбор информации об анатомо-функциональном и психологическом состоянии организма клиента, уровне его функционального развития, его активности и уровне социального участия, барьерах и ресурсах контекста окружения, личностных факторов для дальнейшего формирования реабилитационного диагноза, составления программы эрготерапии, проведения эрготерапевтического вмешательства и оценки его эффективности.

— ПК-3 – Использовать эрготерапевтические подходы при планировании и проведении вмешательства у клиентов различных возрастных и нозологических групп, используя средства и методы эрготерапии, основанные на доказательной базе, оценивать эффективность проведенного вмешательства, составлять рекомендации для клиента и его представителей, а также других специалистов, осуществлять межпрофессиональное и межведомственное взаимодействие.

— ПК-4 – Подбирать и использовать технические средства реабилитации, адаптивные устройства, вспомогательные приспособления, в том числе, подручные средства и ассистивные технологии клиентам с ограничением активности и участия. Знать основные нормативно-правовые акты, определяющие процесс обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации.

- ПК-5 – Оказывать первую помощь.
- ПК-6 – Организовывать собственную деятельность, выбирать методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество, решать проблемы, принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях, используя клиническое мышление, понимание инвалидности, проявлять инициативу и ответственность, вести профессиональную документацию в соответствии с действующими клиническими рекомендациями и протоколами, порядками и стандартами оказания медицинской и социальной помощи.
- ПК-7 – Осуществлять поиск, интерпретацию и использование информации, основанной на доказательной базе, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития, в том числе, с использованием современных информационно-коммуникационных технологий.

Успешно завершивший обучение должен:

знать:

- принципы организации командной работы;
- основы профессиональной коммуникации и коммуникации с клиентами и/или их представителями;
- концепции здоровья и инвалидности;
- этический кодекс эрготерапевтов
- современные эффективные методы реабилитации и абилитации, основанные на доказательной базе;
- нормы и закономерности функционального развития человека в разных возрастных периодах;
- основные средства и методы оценки анатомо-функционального и психологического состояния организма клиента, его активности и социального участия, барьеров и ресурсов физического и социального окружения;
- методологию формулировки реабилитационного диагноза в формате МКФ;
- компетенции различных специалистов, участвующих в реабилитационном процессе;
- принципы организации командной работы;
- принципы составления реабилитационных командных целей;
- факторы риска, ограничивающие проведение командных мероприятий;
- основы ведения документации командной работы;
- особенности повседневной активности человека на разных этапах жизненного цикла;
- особенности симптоматики и течения заболеваний у клиентов разных возрастных и нозологических групп;
- основные средства и методы проведения эрготерапевтического вмешательства у клиентов различных возрастных и нозологических групп;
- способы и инструменты для оценки эффективности эрготерапевтического вмешательства;
- принципы и способы межпрофессионального и межведомственного взаимодействия
- основы Российской и международной нормативно-правовой базы, определяющей процесс обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации в РФ;
- основы эргономики окружающей среды;
- основные виды технических средств реабилитации;
- принципы подбора технических средств реабилитации;
- клинические симптомы основных острых состояний, требующих оказания медицинской помощи;

- основы оказания первой помощи;
- алгоритмы взаимодействия со службами неотложной и скорой помощи;
- роль эрготерапии в реабилитации;
- теоретические модели и методические подходы в эрготерапии;
- принципы организации деятельности эрготерапевта, функциональные обязанности эрготерапевта;
- методы и способы выполнения профессиональных задач в соответствии с действующими клиническими рекомендациями и протоколами, порядками и стандартами оказания медицинской и социальной помощи;
- способы оценки эффективности проведенной работы;
- основы ведения документации;
- современные эффективные методы реабилитации и абилитации, основанные на доказательной базе;
- источники проверки уровня доказательности тех или иных средств и методов эрготерапии и реабилитации в целом;
- образовательные ресурсы для профессионального и личностного развития;
- нормативно-правовые документы, регламентирующие установление инвалидности, прохождение МСЭ, получение реабилитационных услуг;

уметь:

- проводить сбор информации об анатомо-функциональном и психологическом состоянии организма клиента, уровне его функционального развития, его активности и уровне социального участия, барьерах и ресурсах контекста окружения, личностных факторов;
- формулировать реабилитационный диагноз в формате МКФ;
- интерпретировать данные, полученные при консультировании клиентов другими специалистами из мультидисциплинарной команды;
- определять факторы риска, ограничивающие проведение командных мероприятий и предупреждать их;
- выбирать средства и методы эрготерапии и планировать эрготерапевтическое вмешательство согласно поставленным реабилитационным целям;
- оценивать эффективность проведенного вмешательства и реабилитации в целом;
- оформлять документацию, касающуюся вмешательства, рекомендаций и оценки эффективности реабилитации;
- подобрать технические средства реабилитации с учетом результатов оценки анатомо-функционального и психологического состояния организма клиента, его активности и социального участия, барьеров и ресурсов физического и социального окружения в рамках проводимого вмешательства;
- адаптировать отдельные виды технических средств реабилитации;
- информировать клиента и/или его представителей способах получения технических средств реабилитации;
- правильно оценить тяжесть состояния клиента и остроту ситуации;
- оказать первую помощь при отдельных острых состояниях;
- взаимодействовать с медицинскими работниками служб неотложной и скорой помощи;
- организовывать собственную деятельность (в том числе, организовывать рабочее место);
- выбирать методы и способы эрготерапии в зависимости от поставленных профессиональных задач;
- использовать клиническое мышление на всех этапах работы с клиентом;
- вести профессиональную документацию;

- проверять уровень доказательности тех или иных средств и методов эрготерапии и реабилитации в целом;
- применять найденную информацию для качественного изменения собственной профессиональной деятельности;
- проинформировать клиента и/или его представителей об алгоритмах получения статуса инвалида, прохождения процедуры МСЭ и получении реабилитационных услуг;

владеть:

- навыком построения профессиональной коммуникации с коллегами, клиентами и их представителями;
- навыками сбора информации об анатомо-функциональном и психологическом состоянии организма клиента, его активности и уровне социального участия, барьерах и ресурсах контекста окружения, личностных факторов;
- навыком формулирования реабилитационного диагноза в формате МКФ;
- навыками составления программ эрготерапии для клиентов разных возрастных и нозологических групп;
- навыком формулировки эрготерапевтических и командных реабилитационных целей в формате SMART;
- навыком составления программы эрготерапевтического вмешательства, как логической части общей командной программы реабилитации с учетом данных, полученных при консультировании клиентов другими специалистами из мультидисциплинарной команды, а также с учетом имеющихся факторов риска;
- навыками проведения различных видов эрготерапевтического вмешательства согласно поставленным реабилитационным целям;
- навыками составления рекомендаций для клиентов и их представителей;
- навыками определения путей межпрофессионального и межведомственного взаимодействия;
- навыком составления режима эксплуатации технических средств реабилитации с учетом возможных рисков;
- навыками обучения клиента и/или его представителей использованию технических средств реабилитации;
- навыками использования оценочных инструментов применительно к оценке физического окружения, антропометрических данных клиента и параметров технических средств реабилитации;
- навыками оказания первой помощи при различных острых состояниях;
- навыком организации эрготерапевтической деятельности в различных профессиональных условиях;
- различными методами и способами эрготерапии;
- навыком решения проблем в стандартных и нестандартных ситуациях, используя клиническое мышление;
- навыком поиска информации, основанной на доказательной базе, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития, и проверки уровня ее доказательности.

3. Итоговая аттестация

3.1. Промежуточный контроль

3.1.1 Освоение учебных модулей

Форма аттестации – зачет. Проводится по окончании каждого учебного модуля. Зачетное задание по окончании 1-го модуля представляет собой ситуационную задачу. Задания для 2- 4 модулей – представление клинического случая.

3.1.2. Аттестация по результатам освоения программы.

Обучающийся допускается к экзамену после изучения учебных дисциплин, разделов, тем, в объеме, предусмотренном учебным планом дополнительной профессиональной программы.

Экзамен включает следующие формы оценки: представление самостоятельно разработанного клинического случая в группе, устное собеседование, демонстрацию практического навыка, защиту проекта. Эта часть итоговой аттестации должна выявлять теоретическую и практическую подготовку специалиста в соответствии с требованиями квалификационных характеристик и проектом профессионального стандарта.

Лица, освоившие дополнительную профессиональную программу профессиональной переподготовки и успешно прошедшие итоговую аттестацию в полном объеме, получают документ установленного образца – диплом о профессиональной переподготовке.

Лицам, не прошедшим итоговой аттестации или получившим на итоговой аттестации неудовлетворительные результаты, а также лицам, освоившим часть дополнительной профессиональной программы и (или) отчисленным из организации, выдается справка об обучении или о периоде обучения.

4. Организационно-педагогические условия

Кадровое обеспечение учебного процесса

Реализация программы осуществляется профессорско-преподавательским составом, состоящим из специалистов, систематически занимающихся научной и научно-методической деятельностью со стажем работы в системе высшего и/или дополнительного образования.

Квалификация руководящих и научно-педагогических работников соответствует квалификационным характеристикам, и квалификационным характеристикам, установленным в Едином квалификационном справочнике должностей руководителей, специалистов и служащих, разделе «Квалификационные характеристики должностей руководителей и специалистов высшего профессионального и дополнительного профессионального образования», утвержденном Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 11 января 2011 г. №1н.

5. Учебный план

5.1. Сводные данные по бюджету учебного времени

Учебные модули		Учебное время (ак.ч)
Б	Базовый курс (лекции, практические и семинарские занятия)	322
СР	Самостоятельная работа обучающегося	147
ИА	Промежуточная и итоговая аттестация, консультации	33
	Всего учебных академических часов	504

5.2. Учебный план

№ п/п	Наименование учебных разделов / модулей	Всего часов	В том числе			
			Л	ПЗ, С, К	СРС	ПА, ИА
1	Концептуальные модели эрготерапии и их место в современной системе реабилитации	76	18	10	46	2
2	Нормальное развитие человека	71	14	13	42	2
3	Средства и методы эрготерапевтической оценки и вмешательства.	185	36	104	43	2
4	Эрготерапия у пациентов разных возрастных и нозологических групп.	153	43	84	24	2
5	Итоговая аттестация	19				19
6	Всего часов:	504	111	211	155	27

Вид учебных занятий	Объем по модулям				Всего часов
	1 модуль	2 модуль	3 модуль	4 модуль	
Контактная работа:	54	79	106	118	357
Лекции	32	19	48	12	111
Семинары	20	14	13	6	53
Практические занятия	0	44	42	72	158
Консультации	0	0	1	1	2
Промежуточная и итоговая аттестация	2	2	2	27	33
Самостоятельная работа (СР):	52	31	48	16	147
Общая трудоемкость, ак. час	106	110	154	134	504

5.3 Содержание учебных модулей

МОДУЛЬ 1			
Осваиваемые компетенции	Результаты обучения		
	Обучающийся должен		
	знать	Уметь	Владеть
ПК-1 Работать в команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, клиентами, соблюдать этический кодекс эрготерапевтов	- принципы организации командной работы и роль эрготерапевта в ней; - основы профессиональной коммуникации и коммуникации с клиентами и/или их представителями; - этический кодекс эрготерапевтов; - концепции здоровья и инвалидности;	- работать в команде - организовывать внутриведомственную и межведомственную командную работу; - эффективно выстраивать коммуникацию на разных профессиональных уровнях, соблюдая правила этики поведения;	- навыком построения профессиональной коммуникации с коллегами, клиентами и их представителями с соблюдением правил профессиональной этики;
ПК-2 Осуществлять сбор информации об анатомо-функциональном и психологическом состоянии организма клиента, уровне его функционального развития, его активности и уровне социального участия, барьерах и ресурсах контекста окружения, личностных факторов для дальнейшего формирования реабилитационного диагноза, составления программы эрготерапии, проведения эрготерапевтического вмешательства и оценки его эффективности.	- нормы и закономерности функционального развития человека в разных возрастных периодах; - основные средства и методы оценки анатомо-функционального и психологического состояния организма клиента, уровне его функционального развития, его активности и социального участия, барьеров и ресурсов физического и социального окружения; - методологию формулировки	- проводить сбор информации об анатомо-функциональном и психологическом состоянии организма клиента, уровне его функционального развития, его активности и уровне социального участия, барьерах и ресурсах контекста окружения, личностных факторов; - формулировать реабилитационный диагноз в формате МКФ;	- навыками сбора информации об анатомо-функциональном и психологическом состоянии организма клиента, уровне его функционального развития, его активности и уровне социального участия, барьерах и ресурсах контекста окружения, личностных факторов; - навыком формулирования реабилитационного диагноза в формате МКФ; - навыками составления программ эрготерапии для клиентов разных возрастных и нозологических групп;

	реабилитационного диагноза в формате МКФ;			
Код темы	Тема, содержание занятия	Учебное время (ч)	Форма контроля	Код проверяемой компетенции
Б.1.01	Тема 1. Эрготерапия в прошлом и настоящем. Роль эрготерапевта в современном реабилитационном процессе.	12	Ситуационная задача	ПК-1
	Лекция №1 Модели реабилитации, роль и компетенции эрготерапевта	2		
	Лекция №2 История и философия эрготерапии	1		
	Лекция №3 Профессиональные компетенции специалистов реабилитационной команды	1		
	Лекция №4 Доказательная практика эрготерапии	2		
	Семинар №1 Модели реабилитации, роль и компетенции эрготерапевта	2		
	Самостоятельная работа обучающегося (изучение материалов по истории специальности, подготовка презентации – идеи будущего проекта)	4		
Б.1.02	Тема 2. Модели реабилитации и эрготерапии. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), (ВОЗ, 2001 г.)	24	Ситуационная задача Подготовка презентации и	ПК-2
	Лекция №1 Повседневная активность и ее выполнение в специфичном окружении	2		
	Лекция №2 Физическое и социальное окружение	2		
	Лекция №3 Модели эрготерапии. МКФ (2001)	1		
	Лекция №4 Канадская модель выполнения деятельности (СМОР)	1		
	Лекция №5 Модель человеческой деятельности (МОНО)	1		
	Лекции №6 и №7 МКФ - составление реабилитационного диагноза	2		
	Лекция №8 МКФ. Кодирование	2		
	Лекция №9 Составление программы эрготерапии. Целеполагание	1		
	Семинар №1 Составление листа проблем пациента в парадигме МКФ	3		
	Семинар №2 Целеполагание	3		
	Самостоятельная работа обучающегося (решение ситуационных задач, создание фотоотчета для презентации)	6		
Б.2.01	Тема 3. Нормальное развитие человека в онтогенезе	68	Анализ наблюдений Тест Контрольная работа Подготовка презентации и	
	Лекция №1 Двигательное развитие в онтогенезе	3		
	Лекция №2 Моторный контроль и рефлексy	2		
	Лекция №3 Физиология позы	2		
	Лекция №4 Анатомия верхней конечности	2		
	Лекция №5 Развитие функциональных возможностей руки в онтогенезе	1		
	Лекция № 6 Когнитивное развитие	2		
	Лекция № 7 Коммуникация - развитие в онтогенезе	1		
	Лекция №8 Игровая деятельность. Вехи развития	1		
	Семинар №1 Физиология позы	2		
	Семинар №2 Двигательное развитие	2		

	Семинар №3 Когнитивное развитие	2		
	Семинар №4 Коммуникация	2		
	Семинар №5 Развитие функций верхней конечности	2		
	Семинар №6 Развитие игровой деятельности	2		
	Самостоятельная работа слушателя (изучение материалов, анализ видеофильма, создание фотоотчета и анализ фото для подготовки презентации)	42		
ИА	Зачет	2	Ситуационная задача	ПК-1 ПК-2
	ИТОГО:	106		

МОДУЛЬ 2

Осваиваемые компетенции	Результаты обучения		
	Обучающийся должен		
	Знать	уметь	Владеть
ПК-1 Работать в команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, клиентами, соблюдать этический кодекс эрготерапевтов.	- принципы организации командной работы и роль эрготерапевта в ней; - основы профессиональной коммуникации и коммуникации с клиентами и/или их представителями; - этический кодекс эрготерапевтов; - концепции здоровья и инвалидности;	- работать в команде - организовывать внутриведомственную и межведомственную командную работу; - эффективно выстраивать коммуникацию на разных профессиональных уровнях, соблюдая правила этики поведения;	- навыком построения профессиональной коммуникации с коллегами, клиентами и их представителями с соблюдением правил профессиональной этики;
ПК-2 Осуществлять сбор информации об анатомо-функциональном и психологическом состоянии организма клиента, уровне его функционального развития, его активности и уровне социального участия, барьерах и ресурсах контекста окружения, личностных факторов для дальнейшего формирования реабилитационного диагноза, составления программы эрготерапии, проведения эрготерапевтического вмешательства и оценки его эффективности.	- нормы и закономерности функционального развития человека в разных возрастных периодах; - основные средства и методы оценки анатомо-функционального и психологического состояния организма клиента, уровне его функционального развития, его активности и уровне социального участия, барьеров и ресурсов физического и социального окружения; - методологию формулировки реабилитационного диагноза в формате МКФ;	- проводить сбор информации об анатомо-функциональном и психологическом состоянии организма клиента, уровне его функционального развития, его активности и уровне социального участия, барьерах и ресурсах контекста окружения, личностных факторов; - формулировать реабилитационный диагноз в формате МКФ;	- навыками сбора информации об анатомо-функциональном и психологическом состоянии организма клиента, уровне его функционального развития, его активности и уровне социального участия, барьерах и ресурсах контекста окружения, личностных факторов; - навыком формулирования реабилитационного диагноза в формате МКФ; - навыками составления программ эрготерапии для клиентов разных возрастных и нозологических групп;
ПК-7 Осуществлять поиск, интерпретацию и использование информации,	- современные эффективные методы реабилитации и абилитации, основанные на доказательной базе;	- искать релевантную информацию - проверять уровень доказательности тех или иных средств и	- навыком поиска информации, основанной на доказательной базе, необходимой для эффективного выполнения

основанной на доказательной базе, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития, в том числе, с использованием современных информационно-коммуникационных технологий.	-источники проверки уровня доказательности тех или иных средств и методов эрготерапии и реабилитации в целом; -образовательные ресурсы для профессионального и личностного развития;	методов эрготерапии и реабилитации в целом;	профессиональных задач, профессионального и личностного развития, и проверки уровня ее доказательности	
Код темы	Тема, содержание занятия	Учебное время (ч)	Форма контроля	Код проверяемой компетенции
Б.3.01	Тема 1. Эрготерапевтическая оценка	102	Анализ наблюдения Рольевая игра Демонстрация практического навыка Ситуационная задача Тесты	ПК-1 ПК-2 ПК-7
	Лекция №1 Оценка патологической позы	2		
	Лекция №2 Оценка функций руки	2		
	Лекция №3 Особенности оценки функций руки у детей	1		
	Лекция №4 Оценка коммуникации	2		
	Лекция №5 Оценка окружения	2		
	Лекция №6 СОРМ	1		
	Лекция №7 Профессиональная коммуникация	1		
	Лекция №8 Понятие сенсорной интеграции	2		
	Лекция №9 Психическое здоровье детей	2		
	Лекция №10 Анализ активности	2		
	Лекция №11 Оценка деятельности	2		
	Семинар №1 Оценка позиционирования	2		
	Семинар №2 Оценка когнитивных функций	2		
	Семинар №3 Оценка коммуникации	2		
	Семинар №4 Оценка игры	2		
	Семинар №5 Оценка функций руки	4		
	Практическое занятие №1 Понимание инвалидности	6		
	Практическое занятие № 2 Анализ активности	4		
	Практическое занятие №3 Анатомические ориентиры верхней конечности	4		
	Практическое занятие № 4 Оценка функций руки и позы практика	3		
Практическое занятие № 5 и 6 Позиционирование	12			
Практическое занятие № 7 Профессиональная коммуникация	4			
Практическое занятие №8 СОРМ	4			
Практическое занятие № 9 Практика - оценка клиентов - список проблем	3			
Практическое занятие № 10	4			
Обучение двигательным навыкам Самостоятельная работа слушателя (изучение материалов, анализ фото, проведение интервью, оценка пациента, составление листа проблем)	27			
Б.1.03	Тема 2. Роль эрготерапевта в современном реабилитационном процессе.	6	Презентация идеи проекта	ПК-1
	Самостоятельная работа слушателя (разработка проекта)	4		
	Семинар №1 Проекты - представление темы и этапов	2		

ИА			Представл ение случая	ПК-1 ПК-2 ПК-7
	Зачет	2		
	ИТОГО:	110		
МОДУЛЬ 3				
Осваиваемые компетенции	Результаты обучения			
	Обучающийся должен			
	Знать	Уметь	Владеть	
ПК-1 Работать в команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, клиентами, соблюдать этический кодекс эрготерапевтов.	- принципы организации командной работы и роль эрготерапевта в ней; - основы профессиональной коммуникации и коммуникации с клиентами и/или их представителями; - этический кодекс эрготерапевтов; - концепции здоровья и инвалидности;	- работать в команде - организовывать внутриведомственную и межведомственную командную работу; - эффективно выстраивать коммуникацию на разных профессиональных уровнях, соблюдая правила этики поведения;	- навыком построения профессиональной коммуникации с коллегами, клиентами и их представителями с соблюдением правил профессиональной этики;	
ПК-2 Осуществлять сбор информации об анатомо-функциональном и психологическом состоянии организма клиента, уровне его функционального развития, его активности и уровне социального участия, барьерах и ресурсах контекста окружения, личностных факторов для дальнейшего формирования реабилитационного диагноза, составления программы эрготерапии, проведения эрготерапевтического вмешательства и оценки его эффективности.	- нормы и закономерности функционального развития человека в разных возрастных периодах; - основные средства и методы оценки анатомо-функционального и психологического состояния организма клиента, уровне его функционального развития, его активности и социального участия, барьеров и ресурсов физического и социального окружения; - методологию формулировки реабилитационного диагноза в формате МКФ;	- проводить сбор информации об анатомо-функциональном и психологическом состоянии организма клиента, уровне его функционального развития, его активности и уровне социального участия, барьерах и ресурсах контекста окружения, личностных факторов; - формулировать реабилитационный диагноз в формате МКФ;	- навыками сбора информации об анатомо-функциональном и психологическом состоянии организма клиента, уровне его функционального развития, его активности и уровне социального участия, барьерах и ресурсах контекста окружения, личностных факторов; - навыком формулирования реабилитационного диагноза в формате МКФ; - навыками составления программ эрготерапии для клиентов разных возрастных и нозологических групп;	
ПК-3 Использовать эрготерапевтические подходы при планировании и проведении вмешательства у клиентов различных возрастных и нозологических групп, используя средства и методы эрготерапии, основанные на доказательной базе, оценивать эффективность	- особенности повседневной активности человека на разных этапах жизненного цикла; - особенности симптоматики и течения заболеваний у клиентов разных возрастных и нозологических групп; - основные средства и методы проведения эрготерапевтического вмешательства у клиентов различных возрастных и нозологических групп;	- выбирать средства и методы эрготерапии и планировать эрготерапевтическое вмешательство согласно поставленным реабилитационным целям; - оценивать эффективность проведенного вмешательства и реабилитации в целом;	- навыками проведения различных видов эрготерапевтического вмешательства согласно поставленным реабилитационным целям; - навыками составления рекомендаций для клиентов и их представителей; - навыками определения путей межпрофессионального и межведомственного взаимодействия;	

проведенного вмешательства, составлять рекомендации для клиента и его представителей, а также других специалистов, осуществлять межпрофессиональное и межведомственное взаимодействие.	-способы и инструменты для оценки эффективности эрготерапевтического вмешательства; -принципы и способы межпрофессионального и межведомственного взаимодействия;	-оформлять документацию, касающуюся вмешательства, рекомендаций и оценки эффективности реабилитации;	
ПК-4 Подбирать и использовать технические средства реабилитации, адаптивные устройства, вспомогательные приспособления, в том числе, подручные средства и ассистивные технологии клиентам с ограничением активности и участия. Знать основные нормативно-правовые акты, определяющие процесс обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации.	-основы Российской и международной нормативно-правовой базы, определяющей процесс обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации в РФ; -основы эргономики окружающей среды; -основные виды технических средств реабилитации; -принципы подбора технических средств реабилитации;	-подобрать технические средства реабилитации с учетом результатов оценки анатомо-функционального и психологического состояния организма клиента, его активности и социального участия, барьеров и ресурсов физического и социального окружения в рамках проводимого вмешательства; -адаптировать отдельные виды технических средств реабилитации; -информировать клиента и/или его представителей способах получения технических средств реабилитации;	-навыком составления режима эксплуатации технических средств реабилитации с учетом возможных рисков; -навыками обучения клиента и/или его представителей использованию технических средств реабилитации; -навыками использования оценочных инструментов применительно к оценке физического окружения, антропометрических данных клиента и параметров технических средств реабилитации;

Код темы	Тема, содержание занятия	Учебное время (ч)	Форма контроля	Код проверяемой компетенции
Б.3.02	Тема 1. Средства и методы эрготерапевтического вмешательства	81	Демонстрация практического навыка; Тестирование Подготовка презентации и Конспект Разбор клинического случая	ПК-3 ПК-2 ПК-2
	Лекция №1 АДК	2		
	Лекция №2 Доказательные методы, направленные на улучшение функциональных возможностей руки	2		
	Лекция №3 Нормативно-правовая база по обеспечению инвалидов ТСР	4		
	Лекция №4 Безбарьерная среда	2		
	Лекция №5 Классификация ТСР	3		
	Лекция №6 Прием пищи - оценка и вмешательство	3		
	Лекция №7 Профилактика	1		
	Семинар №1 СОРМ	3		
	Семинар №2 Анализ активности	3		
	Практические занятия № 1 и 2 Перемещение	12		
	Практическое занятие № 3 Подбор ТСР	8		
	Практическое занятие № 4 Базальная коммуникация и АДК	8		
Практическое занятие № 5 Анализ активности	8			

	Практическое занятие №6 Прием пищи и жидкости. Гигиена полости рта	6		
	Самостоятельная работа слушателя	16		
Б.1.01	Тема 2. Социальный проект в эрготерапии	17	Отчет о ходе проекта	ПК-1
	Консультация №1 Проекты	1		
	Самостоятельная работа обучающегося (работа над проектом)	16		
Б.4.01	Тема 3. Эрготерапия у пациентов разных возрастных и нозологических групп.	54	Ситуационная задача Подготовка презентации и Разбор клинического случая	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4
	Лекция №1 РАС	2		
	Лекция №2 Спина бифида	3		
	Лекция № 3 ММД	2		
	Лекция № 4 БАС	1		
	Лекция №5 РС	2		
	Лекция № 6 ЧМТ	2		
	Лекция № 7 ОНМК	2		
	Лекция № 8 СМА	1		
	Лекция № 9 ДЦП	2		
	Лекция № 10 СМТ	2		
	Лекция № 11 Эрготерапия у пациентов с нарушением сознания	2		
	Лекция № 12 Эрготерапия у людей с несовершенным остеогенезом	2		
	Лекция № 13 Нарушения зрения	2		
	Лекция №14 Нарушения слуха у детей	2		
	Лекция № 15 Нейропатии	2		
	Лекция № 16 Школа пациента - по защите суставов	2		
	Семинар №1 Эрготерапия у пациентов после эндопротезирования суставов	2		
	Семинар №1 Эрготерапия у пациентов после ампутаций	2		
Семинар №1 Составление реабилитационного диагноза и оценка пациентов	3			
Самостоятельная работа слушателя (работа с дополнительной литературой)	16			
ПА	Зачет	2	Представление клинического случая	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4
	Итого:	154		

МОДУЛЬ 4

Осваиваемые компетенции	Результаты обучения		
	Обучающийся должен		
	Знать	Уметь	Владеть
ПК-1 Работать в команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, клиентами, соблюдать этический кодекс эрготерапевтов...	- принципы организации командной работы и роль эрготерапевта в ней; -основы профессиональной коммуникации и коммуникации с клиентами и/или их представителями; -этический кодекс эрготерапевтов; -концепции здоровья и инвалидности;	-работать в команде -организовывать внутриведомственную и межведомственную командную работу; -эффективно выстраивать коммуникацию на разных профессиональных уровнях, соблюдая правила этики поведения;	-навыком построения профессиональной коммуникации с коллегами, клиентами и их представителями с соблюдением правил профессиональной этики;

<p>ПК-2 Осуществлять сбор информации об анатомо-функциональном и психологическом состоянии организма клиента, уровне его функционального развития, его активности и уровне социального участия, барьерах и ресурсах контекста окружения, личностных факторов для дальнейшего формирования реабилитационного диагноза, составления программы эрготерапии, проведения эрготерапевтического вмешательства и оценки его эффективности.</p>	<p>-нормы и закономерности функционального развития человека в разных возрастных периодах; -основные средства и методы оценки анатомо-функционального и психологического состояния организма клиента, уровне его функционального развития, его активности и социального участия, барьеров и ресурсов физического и социального окружения; -методологию формулировки реабилитационного диагноза в формате МКФ;</p>	<p>-проводить сбор информации об анатомо-функциональном и психологическом состоянии организма клиента, уровне его функционального развития, его активности и уровне социального участия, барьерах и ресурсах контекста окружения, личностных факторов; -формулировать реабилитационный диагноз в формате МКФ;</p>	<p>-навыками сбора информации об анатомо-функциональном и психологическом состоянии организма клиента, уровне его функционального развития, его активности и уровне социального участия, барьерах и ресурсах контекста окружения, личностных факторов; -навыком формулирования реабилитационного диагноза в формате МКФ; -навыками составления программ эрготерапии для клиентов разных возрастных и нозологических групп;</p>
<p>ПК-3 Использовать эрготерапевтические подходы при планировании и проведении вмешательства у клиентов различных возрастных и нозологических групп, используя средства и методы эрготерапии, основанные на доказательной базе, оценивать эффективность проведенного вмешательства, составлять рекомендации для клиента и его представителей, а также других специалистов, осуществлять межпрофессиональное и межведомственное взаимодействие.</p>	<p>-особенности повседневной активности человека на разных этапах жизненного цикла; -особенности симптоматики и течения заболеваний у клиентов разных возрастных и нозологических групп; -основные средства и методы проведения эрготерапевтического вмешательства у клиентов различных возрастных и нозологических групп; -способы и инструменты для оценки эффективности эрготерапевтического вмешательства; -принципы и способы межпрофессионального и межведомственного взаимодействия;</p>	<p>-выбирать средства и методы эрготерапии и планировать эрготерапевтическое вмешательство согласно поставленным реабилитационным целям; -оценивать эффективность проведенного вмешательства и реабилитации в целом; -оформлять документацию, касающуюся вмешательства, рекомендаций и оценки эффективности реабилитации;</p>	<p>-навыками проведения различных видов эрготерапевтического вмешательства согласно поставленным реабилитационным целям; -навыками составления рекомендаций для клиентов и их представителей; -навыками определения путей межпрофессионального и межведомственного взаимодействия;</p>
<p>ПК-4 Подбирать и использовать технические средства реабилитации, адаптивные устройства, вспомогательные приспособления, в том числе, подручные средства и ассистивные технологии клиентам с ограничением активности и участия.</p>	<p>-основы Российской и международной нормативно-правовой базы, определяющей процесс обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации в РФ; -основы эргономики окружающей среды; -основные виды технических средств реабилитации;</p>	<p>-подобрать технические средства реабилитации с учетом результатов оценки анатомо-функционального и психологического состояния организма клиента, его активности и социального участия, барьеров и ресурсов физического и</p>	<p>-навыком составления режима эксплуатации технических средств реабилитации с учетом возможных рисков; -навыками обучения клиента и/или его представителей использованию технических средств реабилитации; -навыками использования оценочных инструментов применительно к оценке</p>

<p>Знать основные нормативно-правовые акты, определяющие процесс обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации.</p>	<p>-принципы подбора технических средств реабилитации;</p>	<p>социального окружения в рамках проводимого вмешательства; -адаптировать отдельные виды технических средств реабилитации; -информировать клиента и/или его представителей способах получения технических средств реабилитации;</p>	<p>физического окружения, антропометрических данных клиента и параметров технических средств реабилитации;</p>
<p>ПК-5 Оказывать первую помощь.</p>	<p>-клинические симптомы основных острых состояний, требующих оказания медицинской помощи; -основы оказания первой помощи; -алгоритмы взаимодействия со службами неотложной и скорой помощи;</p>	<p>-правильно оценить тяжесть состояния клиента и остроту ситуации; -оказать первую помощь при отдельных острых состояниях; -взаимодействовать с медицинскими работниками служб неотложной и скорой помощи;</p>	<p>-навыками оказания первой помощи при различных острых состояниях;</p>
<p>ПК-6 Организовывать собственную деятельность, выбирать методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество, решать проблемы, принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях, используя клиническое мышление, понимание инвалидности, проявлять инициативу и ответственность, вести профессиональную документацию в соответствии с действующими клиническими рекомендациями и протоколами, порядками и стандартами оказания медицинской и социальной помощи.</p>	<p>-роль эрготерапии в реабилитации; -теоретические модели и методические подходы в эрготерапии; -принципы организации деятельности эрготерапевта, функциональные обязанности эрготерапевта; -методы и способы выполнения профессиональных задач в соответствии с действующими клиническими рекомендациями и протоколами, порядками и стандартами оказания медицинской и социальной помощи.; -способы оценки эффективности проведенной работы; -основы ведения документации;</p>	<p>-организовывать собственную деятельность (в том числе, организовывать рабочее место); -выбирать методы и способы эрготерапии в зависимости от поставленных профессиональных задач; -использовать клиническое мышление на всех этапах работы с клиентом; -вести профессиональную документацию;</p>	<p>-навыком организации эрготерапевтической деятельности в различных профессиональных условиях; -различными методами и способами эрготерапии; -навыком решения проблем в стандартных и нестандартных ситуациях, используя клиническое мышление;</p>
<p>ПК-7 Осуществлять поиск, интерпретацию и использование информации, основанной на доказательной базе, необходимой для</p>	<p>-современные эффективные методы реабилитации и абилитации, основанные на доказательной базе; -источники проверки уровня доказательности тех или иных средств и</p>	<p>-искать релевантную информацию -проверять уровень доказательности тех или иных средств и методов эрготерапии и реабилитации в целом;</p>	<p>-навыком поиска информации, основанной на доказательной базе, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития, и</p>

эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития, в том числе, с использованием современных информационно-коммуникационных технологий.	методов эрготерапии и реабилитации в целом; -образовательные ресурсы для профессионального и личностного развития; -нормативно-правовые документы, регламентирующие установление инвалидности, прохождение МСЭ, получение реабилитационных услуг;	-применять найденную информацию для качественного изменения собственной профессиональной деятельности; -проинформировать клиента и/или его представителей об алгоритмах получения статуса инвалида, прохождения процедуры МСЭ и получении реабилитационных услуг;	проверки уровня ее доказательности	
Код темы	Тема, содержание занятия	Учебное время (ч)	Форма контроля	Код проверяемой компетенции
Б.4.02	Тема 1. Эрготерапия у пациентов разных возрастных и нозологических групп.	90	Конспект Контрольная работа Демонстрация практического навыка Анализ наблюдения Создание алгоритма действия Оценка алгоритма действия Подготовка презентации	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7
	Лекция №1 От ранней помощи к сопровождаемому проживанию	2		
	Лекция №2 Активность и долголетие	2		
	Лекция №3 Эрготерапия у пациентов с хронической болью	2		
	Лекция №4 Безошибочное обучение	2		
	Лекция №5 Доказательные практики в нейрореабилитации взрослых	1		
	Лекция №6 Ведение пациентов с неглектом	1		
	Лекция №7 Эрготерапия у пациентов с деменцией	2		
	Семинар № 1 Эрготерапия в работе с пожилыми людьми - поддержание самостоятельности и улучшение качества жизни	2		
	Семинар № 2 Работа эрготерапевта в службах ранней помощи	2		
	Семинар № 3 ЭТ в домах престарелых	2		
	Практическое занятие № 1 Подбор и адаптация ТСР	8		
	Практическое занятие № 2 Составление эргореабилитационной программы	16		
	Практическое занятие № 3, 4, 5, 6 Нейрореабилитация	24		
	Практическое занятие №7 РАС и когнитивное вмешательство/адаптация активности	6		
Практическое занятие №8 Работа эрготерапевта в образовательном учреждении	6			
Практическое занятие № 9 Организация сопровождаемого проживания и трудовой деятельности	6			
Практическое занятие №10 Неотложная помощь	6			
Б.1.01	Тема 2. Социальный проект в эрготерапии	17	Этапность проекта	ПК -1
	Консультация №1 Проекты	1		
	Самостоятельная работа слушателя (работа над проектом)	16		
ПА	Зачет	2	Представление клинического случая	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5

				ПК-6 ПК-7
ИА	Итоговая аттестация	25	Представление клинического случая Устное собеседование Демонстрация практического навыка Защита проекта	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7
	Консультация	1		
	Экзамен	24		
	Итого	132		
Всего часов:		504		

6. Организационно-методические условия

6.1 Методические рекомендации преподавателям

Теоретическую основу дисциплины составляют лекции, семинарские занятия и систематическая самостоятельная работа обучающегося над рекомендованной литературой и материалами, размещенными на образовательной платформе <https://sdo.medinstitut.org> и в облачных (виртуальных) хранилищах (Google диск).

На лекциях даются систематизированные основы научных знаний по дисциплине, раскрывают состояние и перспективы развития соответствующей профессиональной отрасли, области науки и техники, профессиональной деятельности, концентрируется внимание обучающихся на наиболее сложных и узловых вопросах, стимулируется их активная познавательная деятельность и способность формирования творческого и клинического мышления. В ходе лекционных занятий у обучающихся формируется теоретическая база профессиональных компетенций. На семинарских занятиях обучающиеся углубляют полученные знания, в индивидуальной и групповой работе анализируют и синтезируют информацию.

Лекции читаются профессорско-преподавательским составом кафедры в аудитории, а также выносятся в дистанционную часть в виде видео - записи.

Семинары также проводятся как аудиторно, так и онлайн в форме видеоконференций через приложение Zoom.

Практические занятия проводятся в помещениях Аккредитационно-симуляционного центра ЧОУВО «СПБМСИ».

Организация самостоятельной работы обучающихся

Самостоятельная работа, организованная на кафедре социальной реабилитации и эрготерапии, может проводиться дома, в аудиториях кафедры под руководством преподавателя или в помещениях Аккредитационно-симуляционного центра. Слушатели по окончании занятий получают задания на самоподготовку для закрепления изученного материала, расширения знаний по дисциплине с учетом контента смежных дисциплин, а также прохождения текущего контроля знаний.

6.2. Методические указания обучающимся

В процессе обучения обучающиеся должны:

- освоить теоретический материал (лекции, презентации и т.п.), дополнить свои теоретические знания при самостоятельном изучении темы с использованием материалов из виртуальных хранилищ, успешно пройти контроль знаний по предлагаемым заданиям из сборника ФОС;

- отчитаться перед преподавателем о проделанной работе.

Учебные материалы по изучению дисциплины расположены в виртуальном хранилище, доступ к которому слушатели получают в рамках образовательного процесса.

Для доступа к учебным материалам слушатели получают логин и пароль после зачисления на цикл обучения по программе и регистрации на образовательной платформе <https://sdo.medinstitut.org>. Каждого обучающегося регистрирует сотрудник отдела дополнительного профессионального образования (ДПО)/ либо преподаватель на основании приказа о зачислении.

Учебный процесс включает следующие формы работы:

Лекции; самостоятельная работа; семинарские и практические занятия, где широко используются представления индивидуальных клинических случаев из практики преподавателей и слушателя; консультации. Большая часть лекций (в виде видео-записей) и семинарских занятий (в виде видеоконференций онлайн) вынесена в дистанционный формат.

Для текущего контроля используются такие оценочные формы как подготовка конспекта, решение ситуационных задач, подготовка презентаций, представление собственных клинических случаев, демонстрация практического навыка, создание алгоритма действий и анализ алгоритма действий, ролевые игры, анализ наблюдения, контрольные работы, тестирование, соблюдение этапности социального проекта.

Для прохождения зачетов промежуточного контроля слушателям необходимо успешно выполнить все задания текущего контроля, предусмотренные учебным планом соответствующего раздела. Зачетным заданием может служить решение ситуационной задачи или представление клинического случая.

Итоговая аттестация после прохождения 4 учебных модулей проводится в виде экзамена, включает устное собеседование, демонстрацию практического навыка, представление клинического случая, защиту социального проекта.

На аудиторных занятиях преподаватель рассматривает наиболее сложные вопросы по дисциплине, примеры ситуационных задач. Слушатели заранее присылают (на электронную почту) преподавателя, преподавателю, курирующего курс, пожелания по тем вопросам, которые надо рассмотреть на аудиторных занятиях.

Обучающемуся предоставляется доступ к видео-лекциям, текстовым материалам и заданиям на образовательной платформе ВУЗа <https://sdo.medinstitut.org>.

Для коммуникации обучающимся предлагаются система обмена сообщениями (мессенджер WhatsApp), электронная почта и личный номер преподавателя, курирующего курс, возможность пользоваться чатом на образовательной платформе <https://sdo.medinstitut.org>.

Самостоятельная работа является частью образовательной деятельности обучающихся (одной из основных) по освоению учебной программы и организуется в целях закрепления и углубления полученных знаний и навыков, поиска и приобретения новых знаний, а также выполнения учебных заданий, подготовки к предстоящим занятиям и зачетам.

Осваивая учебный материал, обучающиеся должны постоянно помнить, что отличительной особенностью учебной дисциплины является её практическая направленность. Итогом изучения дисциплины должны стать приобретенные знания, умения и навыки для самостоятельной работы.

7. Учебно-материальная база дисциплины и информационно-методическое обеспечение

7.1. Перечень средств обучения, необходимых для реализации дополнительной профессиональной программы:

7.1.1. Материально-техническое обеспечение:

Наименование специальных* помещений и помещений для самостоятельной	Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы	Перечень лицензионного программного обеспечения. Реквизиты
--	--	---

работы		подтверждающего документа
<p>Аудитория для проведения занятий лекционного типа, для проведения занятий семинарского типа, для групповых и индивидуальных консультаций, для текущего контроля и промежуточной аттестации</p>	<p>Стол преподавателя, стул преподавателя, доска ученическая, комплект специализированной учебной мебели (ученические столы и стулья), комплект технических средств обучения (миникомпьютер с доступом к информационно-телекоммуникационной сети Интернет, телевизор), флипчарт, интерактивный комплект для обучения в составе NewLine TrueTouch TT-7518RS/Компьютер OPS500-501-Н/Документ-камера SMART SDC-550; мобильная стойка Digis DSM-P106C.</p>	<p>MS Windows 10 Лицензия № 69002855 MS Office 2016 Лицензия № 69440824 Zoom Standard Pro Annual Среда электронного обучения 3KL Оптима 3.5.8b, Лицензионный договор №1205.1 от 23.03.2020</p>
<p>Аудитория (аккредитационно-симуляционный центр) для проведения занятий лекционного типа, для проведения занятий семинарского типа, для групповых и индивидуальных консультаций, для текущего контроля и промежуточной аттестации (на 16 посадочных мест)</p>	<p>Адаптированная кухонная мебель, стиральная машина, плита, микроволновая печь, холодильник, электрический чайник, приспособления для приема и приготовления пищи, утюг, швейная машина, водяная баня для работы с термопластиком, термопластик и комплектующие для изготовления ортезов, промышленный фен, подъемник со сменой подвесов, приспособления для позиционирования, перемещения и передвижения, кровать с электроприводом, стол и стулья), расходные материалы для адаптации активности (картон, утеплитель различной толщины и плотности, краски, скотч, материалы для шитья и вышивания) и т.д.</p>	
<p>Помещение (Аккредитационно-симуляционный центр)</p>	<p>Адаптированный для инвалидов санитарный узел</p>	
<p>Аудитория 704 Помещение для самостоятельной работы</p>	<p>Стол, стулья, комплект технических средств обучения с доступом к информационно-телекоммуникационной сети Интернет, обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду и к электронным библиотечным системам;</p>	<p>MS Windows 10 Лицензия № 69002855, Kaspersky Endpoint Security лицензия 17E0-180226-113155-680-107, NetPolice лицензия 22906072, MS Office 2016 Лицензия № 69440824</p>

7.1.2. Информационно-методическое обеспечение учебного процесса

Реализация программы обеспечивается библиотечными и учебно-информационными средствами, методическими разработками ЧОУВО «СПбМСИ».

Программа обеспечена учебно-методической литературой в электронном виде на электронных носителях по всем видам учебных занятий и всему объему самостоятельной работы слушателей.

7.1.3. Интернет-ресурсы:

1. www.who.int/ Всемирная организация здравоохранения
2. www.rehabrus.ru/ Союз реабилитологов России
3. www.ergotherapy.ru Русская профессиональная ассоциация эрготерапевтов
4. [http://www.cochrane.org./](http://www.cochrane.org/) - Кохрейновское сотрудничество международное НКО, изучающее эффективность медицинских технологий (электронная доказательная база).
5. www.consultant.ru/ - Электронная информационно-правовая база.
6. www.medinstitut.org –Официальный сайт СПб МСИ.
7. www.neurology.ru - Официальный сайт Научного центра неврологии

7.1.4. Литература

Основная литература

1. Пономаренко Г.Н. Реабилитация инвалидов. Национальное руководство- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 544 с. : ил.
2. Ачкасов Е.Е. Технические средства реабилитации инвалидов и безбарьерная среда; - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 128 с.
3. Епифанов В.А. Медико-социальная реабилитация больных после инсульта – М. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 352 с.
4. Восстановительная медицина: учебник. Епифанов В.А. 2013. - 304 с.: ил.
5. Шошимин А.В., Пономаренко Г.Н. МКФ в реабилитации. Спб., 2018.-238 с
6. Gutenbrunner C. et al WHITE BOOK ON PHYSICAL AND REHABILITATION MEDICINE IN EUROPE// 2006 by Section of Physical and Rehabilitation Medicine and European Board of Physical and Rehabilitation Medicine, Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) and Académie Européenne de Médecine de Réadaptation. 46 P. (Перевод Союза Реабилитологов России, 2006 год).

Дополнительная литература

1. Психологические аспекты медицинской реабилитации. Ачкасов Е.Е., Психологические аспекты медицинской реабилитации [Электронный ресурс]: учебное пособие / под ред. Ачкасова Е.Е., Твороговой Н.Д. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 352 с.
2. Мельникова Е.В., Буйлова Т.В., Бодрова Р.А., Шмонин А.А., Мальцева М.Н., Иванова Г.Е. Использование международной классификации функционирования (МКФ) в амбулаторной и стационарной медицинской реабилитации: инструкция для специалистов // Вестник Восстановительной медицины, № 6 (82) 2017
3. Основы реабилитологии: учебное пособие. Ибатов А.Д., Пушкина С.В. 2007. - 160 с.
4. Введение в эрготерапию и социальную реабилитацию. Электронное учебное пособие. С.Б. Мальцев. Проект «Техническая помощь Программе поддержки секторальной политики в области социальной защиты – компонент по предоставлению услуг Таджикистану»
5. Мальцева М.Н., Ванчукова Н.П., Мельникова Е.В., Шмонин А.А. Введение в эрготерапию, Москва, 2020. -31с
6. Шмонин А. А., Никифоров В. В., Мальцева М. Н., Мельникова Е. В., Иванова Г. Е. Электронная система мониторинга эффективности реабилитации в пилотном проекте «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации» – программа «ICF-reader» // Вестник Ивановской медицинской академии, Т.21, №1, 2016, с. 66-70.
7. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья// Всемирная Организация Здравоохранения, 2001, русская версия 2001, 342С
8. Технические средства реабилитации инвалидов и безбарьерная среда Учебное

- пособие Ачкасов Е.Е.,
 9. Пузин С.Н., Машковский Е.В. ГЭОТАР - Медиа, 2018
 10. Ребёнок с церебральным параличом Книга для родителей. Нэнси Р. Финни Теревинф 2014
 11. Использование международной классификации функционирования (МКФ) в амбулаторной и стационарной медицинской реабилитации: инструкция для специалистов Статья Мельникова Е.В., Буйлова Т.В., Бодрова Р.А., Шмонин А.А., Мальцева М.Н., Иванова Г.Е. Вестник Восстановительной медицины, 2017
 12. Постуральная коррекция – ведущий фактор повышения качества
 13. жизни детей с ОДА (с нарушениями опорно-двигательного аппарата): Методическое пособие. Феськов Г.П., Литус А.Ю. Новгородский. гос. ун-т им. Ярослава Мудрого. – Великий Новгород: Типография «Виконт», 2017
 14. Введение в альтернативную и дополнительную коммуникацию: жесты и графические символы для людей с двигательными и интеллектуальными нарушениями, а также с расстройствами аутистического спектра Монография Стивен фон Течнер, Теревинф 2014
 15. Occupational Therapy for children and adolescents. 7th ed. J. Case-Smith, AOTA, 2015.
 16. Willard and Spackman's Occupational Therapy. B. Boyt Schell, M. Scaffa, G.Gillen. Lippincott Williams & Wilkins, 2013.

8. Фонды оценочных средств и критерии оценки результатов обучения

8.1. Формы аттестации

8.1.1 Текущий контроль

Текущий контроль предназначен для проверки хода и качества усвоения учебного материала, стимулирования учебной работы обучающихся и совершенствования методики проведения занятий. Он проводится в ходе изучения всех тем программы, в процессе проведения занятий или в рамках самостоятельной работы обучающихся, что предусмотрено учебным планом и календарным учебным графиком. Оцениваются как результаты индивидуальной работы, так и работа в малых группах.

Используются следующие оценочные средства результатов обучения:

1. Представление клинического случая
2. Ролевая игра
3. Подготовка презентации
4. Тестирование
5. Демонстрация практического навыка
6. Контрольная работа
7. Подготовка конспекта
8. Анализ наблюдения
9. Создание алгоритма действия
10. Анализ алгоритма действия
11. Решение ситуационной задачи
12. Этапность социального проекта

Разделы образовательной программы считаются освоенными при успешном выполнении всех заданий текущего контроля, предусмотренных учебным планом разделов, со средним баллом не ниже 60 (что соответствует оценке удовлетворительно).

8.1.2. Промежуточный контроль

8.1.2.1 Освоение разделов образовательной программы

Форма промежуточной аттестации – зачет. Проводится по окончании каждого учебного модуля. Зачетное задание по окончании 1-го модуля представляет собой ситуационную задачу. Задания для 2 – 4 модулей – представление клинического случая.

8.1.3 Итоговая аттестация

Форма проведения экзамен, который включает в себя следующие компоненты:

1. Представление самостоятельно разработанного клинического случая в группе
2. Устное собеседование (требуется ответить на 2 вопроса)
3. Демонстрация практического навыка
4. Защита социального проекта

Эта часть итоговой аттестации должна выявлять теоретическую и практическую подготовку специалиста в соответствии с требованиями квалификационных характеристик и проектом профессионального стандарта.

8.2. Шкала оценивания

При проведении текущей и итоговой аттестации знания обучающихся оцениваются в соответствии с установленными рабочей программой формами контроля.

Оценку «отлично», 90 – 100 баллов, заслуживает обучающийся, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание программного материала, умение свободно выполнять задания, предусмотренные рабочей программой по учебной дисциплине (модулю), усвоивший обязательную и знакомый с дополнительной литературой, рекомендованной программой.

При использовании для контроля тестовой программы – если обучающийся набрал 90–100% правильных ответов.

Оценку «хорошо», 75 - 90 баллов, заслуживает обучающийся, показавший полное знание программного материала, усвоивший основную литературу, рекомендованную программой, способный к самостоятельному пополнению и обновлению знаний в ходе дальнейшего обучения и профессиональной деятельности.

При использовании для контроля тестовой программы – если обучающийся набрал 75–90% правильных ответов.

Оценку «удовлетворительно», 60 - 75 баллов, заслуживает обучающийся, показавший знание основного учебно-программного материала в объеме, необходимом для дальнейшего обучения и профессиональной деятельности, справляющийся с выполнением заданий, предусмотренных программой, знакомый с основной литературой по программе курса.

Оценка «неудовлетворительно», менее 60 баллов, выставляется обучающемуся, показавшему пробелы в знании основного учебно-программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий.

При использовании для контроля тестовой программы – если обучающийся набрал менее 60% правильных ответов.

Оценку «зачтено» заслуживает обучающийся, показавший знание основного учебно-программного материала в объеме, необходимом для дальнейшего обучения и профессиональной деятельности, справляющийся с выполнением заданий, предусмотренных программой, знакомый с рекомендованной литературой по программе курса.

При использовании для контроля тестовой программы – если обучающийся набирает 60% и более правильных ответов.

При проведении промежуточного контроля при успешном выполнении всех заданий текущего контроля, предусмотренных учебным планом разделов, со средним баллом не ниже 60 (что соответствует оценке удовлетворительно).

Оценка «не зачтено» выставляется обучающемуся, показавшему пробелы в знании основного учебно-программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий.

При использовании для контроля тестовой программы – если обучающийся набирает менее 60% правильных ответов.

При проведении промежуточного контроля при успешном выполнении всех заданий текущего контроля, предусмотренных учебным планом разделов, со средним баллом ниже 60 (что соответствует оценке неудовлетворительно).

Форма контроля	Шкала оценивания
1. Решение ситуационной задачи	100 -балльная шкала
2. Представление клинического случая	100 -балльная шкала
3. Ролевая игра	зачтено /не зачтено
4. Подготовка презентации	100 -балльная шкала
5. Тестирование	100 -балльная шкала
6. Контрольная работа	100 -балльная шкала
7. Демонстрация практического навыка	100 -балльная шкала
8. Подготовка конспекта	зачтено /не зачтено
9. Анализ наблюдения	100 -балльная шкала
10. Анализ алгоритма выполнения действий	100 -балльная шкала
11. Создание алгоритма действия	100 -балльная шкала
12. Проектная работа	зачтено /не зачтено
13. Устное собеседование	100 -балльная шкала

8.3. Перечень ФОС для текущего контроля и итоговой аттестации

8.3.1. ФОС для текущего контроля

8.3.1.1. Ситуационные задачи

Ситуационные задачи для образовательной программы «Основы эргореабилитации» составлены таким образом, чтобы оценивался целый ряд формируемых компетенций оцениваемого раздела. Включают в себя оценку функций, активности и участия, барьеров и ресурсов среды и личностных факторов, а также процесс целеполагания, и подразумевают межведомственное взаимодействие при выработке стратегий вмешательства и оценки эффективности.

Задача №1

Дмитрий Михайлович, 76 лет.

Дмитрий Михайлович пенсионер. Финансово обеспечен. Семья: жена, дочь живет в Германии, недавно дочь родила ребенка.

Проживает в отдельном загородном доме, имеет большое хозяйство (сад, огород, теплицы, ферма). В доме есть домработница. За хозяйством ухаживают работники. Дом просторный, со всеми современными удобствами. В доме есть лестница, спальни и ванная комната расположены на втором этаже. В доме 2 кошки и 2 собаки.

По характеру Дмитрий Михайлович доброжелательный, разговорчивый. Очень набожен, соблюдает все посты и молитвы. Переживает, что не может посещать церковь.

В последнее время родные отмечают у него снижение фона настроения, периодическую плаксивость.

Диагноз: Последствия острого нарушения мозгового кровообращения в бассейне ПСМА от 10.07.2017 г. кардиоэмболического генеза в виде левостороннего гемипареза, прозопареза, псевдобульбарного синдрома, когнитивных нарушений. ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз. Постоянная форма ФП. ГБ 3 ст., риск ССО 4. ХСН 2 ФК 2ст. Состояние после резекции толстого кишечника, колостомии от 2012 г. T2N0M0. Состояние после удаления предстательной железы в 2014 г.

Жалобы на: слабость в левых конечностях, асимметрию лица слева, снижение фона настроения.

При осмотре: Эмоционально лабилен. Высшие мозговые функции сохранены. Слух не нарушен. Умеренная дизартрия и дисфония, глотание не нарушено. Мышечных атрофий, гипотрофий нет, мышечный тонус в левых конечностях повышен, больше в ноге.

Сила снижена в левой руке: проксимальные отделы - 3,5 б, дистальные отделы -3-3,5 б, в ноге: проксимальные отделы - 3,5-4 б, дистальные отделы -2-2.5 б. Гемигипестезия слева. Поворачивается в кровати самостоятельно. Садится и встает самостоятельно, ходит с

многоопорной тростью. При ходьбе плохо переносит вес на левую ногу, нет переката с пятки на носок, мышечный тонус в ноге повышается.

На далекие расстояния предпочитает перемещаться на коляске.

Левую руку не использует. Часто прибегает к помощи сиделки, которая находится с ним постоянно и дома и в больнице. Ест сидя за столом, пользуется только правой рукой.

Умывается самостоятельно. При одевании и бритье пользуется помощью сиделки.

Имеющееся оборудование: Коляска, многоопорная трость, косынка для руки.

ВОПРОСЫ:

1. Какие модели реабилитации могут быть реализованы в этом случае?
2. Какие специалисты будут задействованы в каждой из них?
3. Какой прогнозируемый результат будет ожидать?
4. Как будет измеряться эффективность реабилитации?

ОТВЕТ:

1. Медицинская, социальная, биопсихосоциальная (медико-социальная).
2. Медицинская (невролог, врач ЛФК, инструктор ЛФК, физиотерапевт, м/с по физиотерапии, массажист, логопед, психолог); Социальная (специалист по социальной работе, психолог, логопед, инструктор АФК); Биопсихосоциальная (невролог, физический терапевт, эрготерапевт, логопед, психолог, специалист по социальной работе).
3. Медицинская – улучшение функций ходьбы, верхней конечности и речи, эмоционального фона; Социальная – улучшение эмоционального фона и речи, двигательной активности; Биопсихосоциальная улучшение активности и участия, функций ходьбы, верхней конечности и речи, уменьшение выраженности барьеров окружения.
4. Медицинская – измерение функций (сила мышц, тонус и т.д.), неврологические шкалы, социальная – шкалы, отражающие уровень самообслуживания, опросники, отражающие мнение пациента; Биопсихосоциальная – достижение реабилитационных целей, шкалы для оценки уровня активности и участия, мобильности, и отдельных функций.

Задача №2

Ознакомьтесь с историей Вари на основе кейса из фильма «Помоги мне сделать самому» https://www.youtube.com/watch?v=IP_hFYUQX9A.

ВОПРОСЫ К ТЕМЕ 1.

1. Какие модели реабилитации могут быть реализованы в этом случае?
2. Какие специалисты будут задействованы в каждой из них?
3. Какой прогнозируемый результат будет ожидать?
4. Как будет измеряться эффективность реабилитации?

ОТВЕТЫ:

1. Медицинская, социальная, биопсихосоциальная (медико-социальная).
2. Медицинская (невролог, врач ЛФК, инструктор ЛФК, физиотерапевт, м/с по физиотерапии, массажист, логопед, психолог); Социальная (специалист по социальной работе, психолог, логопед, инструктор АФК); Биопсихосоциальная (невролог, физический терапевт, эрготерапевт, логопед, психолог, специалист по социальной работе, педагог).
3. Медицинская – улучшение функций ходьбы, верхней конечности и речи, эмоционального фона; Социальная – улучшение эмоционального фона и речи, двигательной активности; Биопсихосоциальная улучшение активности и участия, функций ходьбы, верхней конечности и речи, уменьшение выраженности барьеров окружения.
4. Медицинская – измерение функций (сила мышц, тонус и т.д.), неврологические шкалы, социальная – шкалы, отражающие уровень самообслуживания, опросники, отражающие мнение пациента; Биопсихосоциальная – достижение реабилитационных целей, шкалы для оценки уровня активности и участия, мобильности, и отдельных функций.

ЗАДАНИЕ К ТЕМЕ 3:

Составьте лист проблем пациентки, выберите по одной уточненной проблеме из каждой рубрики и проведите кодирование для этой проблемы

ОТВЕТ: Примерный лист проблем:

Нарушение структур и функций	Нарушение активности	Нарушение социального участия	Средовые Факторы
<p>Поражение ЦНС- s1109 спастический тетрапарез. b7304.3, b735.3 Легкая задержка психо-речевого развития. <u>Требуется уточнения:</u> Наличие контрактур? Нарушение функций тазовых органов?</p>	<p>С большим трудом переворачивается на правый бок. Основная поза сидя W, может сидеть на стуле с подлокотниками и опорой для стоп. Не пересаживается. Не стоит. d4154.4 Не ходит. Способ передвижения – ползание, использует коляску с левым ручным и правым электро приводом, время и расстояние требуют уточнения. Расчесывает одну сторону головы Не может выдавить пасту, чистит зубы только справа Не может умыться стоя Не может вымыть правую сторону лица d5100 Не может пользоваться кусковым мылом Не может открывать кран в ванной Одевает верхнюю половину туловища медленно и неловко Не может одеть нижнюю половину туловища d5402 Не может резать ножницами Предшкольные задачи Не умеет читать и писать Хочет пылесосить лежа, но не может делать это эффективно <u>Требуется уточнения:</u> Туалет Прием ванны</p>	<p>Не играет со сверстниками. Не ходит в детский сад. d815 Не играет на площадке.</p>	<p>Неподходящая квартира, не подлежащая адаптации. e1551 Кровать с нерегулируемой высотой. Есть ортопедический стул, не регулируется. Неадаптированные коляски. Нет свободного доступа в ванной. Незафиксированное напольное покрытие. Неудобная одежда.</p>

ЗАДАНИЕ К ТЕМЕ 9:

Поставьте 1 долгосрочную и 2 краткосрочные эрготерапевтические цели.

ОТВЕТ: Примеры целей в формате SMART.

Долгосрочная цель:

Через 5 месяцев Варя поступит в школу для детей с нарушением ОДА VI вида.

Краткосрочная цель 1: Варя сможет проехать на подобранной по размеру коляске с механическим приводом под левую руку 20 метров, не задевая за препятствия.

Краткосрочная цель 2: Варя может одеть верхнюю половину туловища не более чем за 5 минут.

ЗАДАНИЕ К ТЕМЕ 2:

Составьте список проблем пациентки в формате МКФ.

ОТВЕТ:

Лист проблем пациентки в формате МКФ:

Нарушение структур и функций	Нарушения активности	Нарушения участия
<p>Ишемический инсульт в бассейне левой среднемозговой артерии Правосторонний гемипарез Моторная афазия</p>	<p>- не одевается - требуется помощь при посещении туалета - умывается только если ее подвезут к</p>	<p>Не может выполнять роль бабушки Не может делать покупки</p>

Нарушение чувствительности в руке Боль в плече	раковине, нужно напоминание, чтобы она вымыла правую руку - ходьба с тростью только 3-4 шага - трудно объяснить, что она хочет - не может вести домашнее хозяйство	
---	---	--

ЗАДАНИЕ К ТЕМЕ 9.

1. Поставьте реабилитационные цели: 1 краткосрочную и 1 долгосрочную.
2. Какие специалисты будут работать над этими целями?
3. Какие действия должны быть запланированы для проведения успешной реабилитации?

ОТВЕТ:

1. Долгосрочная цель: Через 3 недели Светлана Петровна будет совершать утренний туалет безопасно и без ошибок, используя алгоритмы устных инструкций.

Краткосрочная цель: Через одну неделю Светлана Петровна сможет умыться, сидя около раковины, используя алгоритм устной само-инструкции.

2. Специалисты, участвующие в реабилитации: специалист ЛФК, медсестра, эрготерапевт, логопед, невролог, психолог, социальный работник.

3. Адаптация окружения: подбор кресла-туалета, решение вопроса о необходимости подбора ортеза для руки, работа с семьей (решение вопроса о месте жительства или персональной помощи).

Задача №3

Семену Захарович, 53 года.

В течение последнего года он отмечает увеличивающуюся слабость. Он отмечает как общую слабость, невозможность долго стоять, ходить, так и слабость в отдельных мышцах, особенно в мышцах ног – трудно подниматься по ступеням (живет на 4-м этаже в доме без лифта), последнее время вынужден отказаться от пользования общественным транспортом, кроме трамвая. В трамвае ступени не высокие и поручни удобные, так что забраться в него довольно легко, а в маршрутку вообще невозможно даже с помощью. Руки тоже слабые – трудно поднять выше уровня плеча еще из-за боли в плечах, особенно в правом. Стало трудно мыть голову. Даже чистить зубы трудно, еще и потому, что зубную щетку трудно держать в руке. Перестал бриться. Недавно стали мучить болезненные мышечные спазмы. Если спазм возникает, когда Семен Захарович стоит, он может упасть, если нет рядом поверхности, на которую можно сесть. Еще одна проблема – трудно глотать. Но Семен Захарович сам готовит себе еду и перемалывает ее в блендере. Семен Захарович продолжает работать, хотя пришлось уйти на 0,5 ставки. Он – преподаватель в горном институте и сейчас ведет дипломников, которые приезжают к нему на дом. Работу оставлять не хочет, хотя долго сидеть трудно: устает шея, голова клонится вперед, это мешает смотреть на экран монитора компьютера. Жена Семена Захаровича готова ему во всем помогать, но ей сейчас приходится много работать, так что он весь день дома один. Их единственный сын сейчас в армии. Семен Захарович только что выписался из больницы, где ему установили диагноз БАС (боковой амиотрофический склероз – неуклонно прогрессирующее заболевание нервной системы).

ЗАДАНИЕ К ТЕМЕ 2:

Составьте лист проблем пациента в структуре МКФ.

ОТВЕТ:

Лист проблем пациента:

Нарушение структур и функций	Нарушения активности	Нарушения участия
Атрофия двигательных путей ЦНС Тетрапарез Нарушение глотания Боль в плечах Болезненные спазмы в мышцах	невозможность долго стоять, ходить, трудно подниматься по ступеням не бреется трудно принимать душ трудно чистить зубы трудно долго сидеть за компьютером	Не может пользоваться общественным транспортом Одиночество

ЗАДАНИЕ К ТЕМЕ 9:

1. Поставьте 1 краткосрочную цели в формате SMART.
2. Какой эрготерапевтический подход будет преимущественно использоваться?

ОТВЕТ:

1. Краткосрочная цель 1: Через 1 неделю С.З. будет чистить зубы сидя на откидном сиденье у раковины, используя адаптированную зубную щетку.
2. Компенсаторный.

Задача №4

В реабилитационный центр обратилась родители ребенка, их беспокоит, что мальчик отказывается использовать столовые приборы во время приема пищи, если вкладывать ложку в руку ребенок проявляет признаки беспокойства, выкидывает ложку и стремится съесть содержимое тарелки руками или ртом прямо из тарелки без помощи рук. Ребенку 3 года, он не разговаривает, отказ от определенных видов деятельности может выражаться криком, двигательным беспокойством и плачем. По словам родителей, ребенок проявляет избирательность относительно предметов и игрушек для манипулирования, не любит мыть руки, отказывается от ношения варежек и перчаток. Избирательность проявляется также в еде, мальчик может отказаться от некоторых видов пищи определенной консистенции, при этом в некоторых случаях соглашается ее съесть, если его кормит взрослый. После нескольких встреч с семьей и ребенком эрготерапевт предложил организовать в процессе кормления позу с полной фиксацией в положении сидя, использовать ложку со специальным креплением, чтобы ребенок не мог ее выбросить. Истерики ребенка в процессе приема пищи стали более частыми.

ВОПРОСЫ:

1. Что не учитывает специалист?
2. Опишите первые шаги в плане вмешательства? При разработке плана вмешательства следует опираться на проблемные моменты, отраженные в ответе на первый вопрос к кейсу.

ВАРИАНТЫ ОТВЕТА:

1. Ребенок проявляет сенсорную избирательность относительно тактильных стимулов не только в еде.
2. Чрезмерная фиксация позы во время приема пищи может вызывать у ребенка страх и чувство беспомощности.
3. Фиксация ложки в руке может вызывать слишком сильные тактильные ощущения и не дает ребенку возможности самостоятельно контролировать процесс еды.

Задача №5

За помощью к эрготерапевту обратилась семья девушки 19 лет, девушка после ДТП передвигается на инвалидной коляске, функция рук сохранна, интеллект не нарушен, может самостоятельно встать из положения сидя используя опору спереди, непродолжительное время может стоять с опорой спереди. До травмы девушка проживала самостоятельно, после выписки из больницы родители девушки забрали ее к себе и хотят, чтобы эрготерапевт помог им адаптировать для дочери домашнюю среду, чтобы она могла самостоятельно принимать ванну, пересаживаться с кровати в коляску, ходить в туалет. На первичной консультации с эрготерапевтом девушка вела себя отстранено и не проявляла интереса к обсуждению предстоящих изменений, складывалось ощущение, что ситуация общения со специалистом тяготит девушку. Родители девушки договорились с эрготерапевтом о том, что он приедет к ним домой и произведет необходимые замеры для последующей адаптации квартиры. Родители рассчитывают переоборудовать квартиру в самое ближайшее время.

ВОПРОСЫ:

1. Что не учитывает специалист?
2. Опишите первые шаги в плане вмешательства. При разработке плана вмешательства

следует опираться на проблемные моменты, отраженные в ответе на первый вопрос к кейсу.

ВАРИАНТЫ ОТВЕТА:

1. Не учтен психологический дискомфорт клиентки. Возможно отстраненность девушки связана с тем, что она до сих пор переживает свое состояние, изменившиеся условия жизни, возвращение к совместной жизни с родителями. Девушка может быть не готова обсуждать нюансы гигиенических и других процедур в присутствии родителей.

2. Не принята во внимание установка родителей – в кратчайшие сроки сделать все возможное, создать условия, соответствующие их представлению о нуждах дочери.

Задача №6

Павел, 46 лет.

Павел перенес ишемический инсульт месяц назад. Сразу после выписки из больницы жена привезла его в реабилитационный центр для прохождения краткосрочной реабилитации. С пациентом работала междисциплинарная бригада: невролог, физический терапевт, логопед, клинический психолог и эрготерапевт. До инсульта мужчина был управляющим крупной фирмы, большую часть времени работал за компьютером, всем домашним хозяйством заведовала жена. Основной целью в работе эрготерапевта было восстановление функции правой руки и утраченных бимануальных навыков. Эрготерапевт решил начать вмешательство с адаптации для пациента способа самостоятельного приготовления пищи, обучения его использованию стиральной машины, глажки белья.

ВОПРОСЫ:

1. Что не учитывает специалист?

2. Опишите первые шаги в плане вмешательства? При разработке плана вмешательства следует опираться на проблемные моменты, отраженные в ответе на первый вопрос к кейсу.

ВАРИАНТЫ ОТВЕТА:

1. Не принят во внимание прошлый опыт пациента и его личностных особенностей. Пациент не занимался домом, у него не было необходимости готовить себе еду.

2. Пациент привык к руководящей должности, для него важно сохранение контроля над собственной жизнью и тем, что с ним происходит.

Задача №7

Семья девочки, проходящей реабилитацию в центре, выражает недовольство по поводу оказываемых услуг. В течение месяца Маша посещает занятия с физическим терапевтом, логопедом, коррекционным педагогом и эрготерапевтом. Эрготерапевт в своей работе с девочкой сфокусировался на процессе переодевания, она обучает девочку переодеваться в положении сидя и в качестве поддержки использует визуальный алгоритм. Отец считает, что его дочь могла бы справляться с этой активностью «нормальным способом», так как на занятиях с физическим терапевтом ребенок учиться стоять, а на занятиях с логопедом они занимаются постановкой звуков и не используют дополнительную коммуникацию.

ВОПРОСЫ:

1. Что не учитывает специалист?

2. Опишите первые шаги в плане вмешательства? При разработке плана вмешательства следует опираться на проблемные моменты, отраженные в ответе на первый вопрос к кейсу.

ВАРИАНТЫ ОТВЕТА:

Специалисты не объяснили родителям, с какой целью ими используются те или иные стратегии работы, не привлекли родителей к совместному обсуждению и не обсудили с ними реабилитационные цели.

К разделу 2. Нормальное развитие человека

Задача №1

Никита, 3,5 года.

Мальчик поздно начал ходить, заговорил только в 2 года. В целом, с Никитой можно найти общий язык, он легко вовлекается в игру, готов попробовать новые развлечения. Мама все время говорит, что сын ее не слушается, ей трудно управлять его поведением. Если он что-то задумал, то она вынуждена силой его оттащить от задуманного, иногда приходится прервать занятие. Поэтому ее основная проблема негативизм и истерики ребенка. Мальчик посещает занятие с логопедом, дефектологом, психологом после детского сада.

На консультации Никита подошел к полкам с игрушками, взял прозрачную коробку с конструктором и рассыпал детали. Мама достаточно громко попросила это прекратить и делать то, что нужно, хотя от специалиста еще не было никаких инструкций. Никита не обратил на мать никакого внимания и продолжал раскидывать конструктор. Мама еще раз произнесла приказ, и тут же сама начала собирать детали. Специалист взяла большую трубу и большую пластиковую банку и стала со свистом кидать в трубу детали. Мальчик был в восторге, кричал «Ура» и хлопал в ладоши. Никита тут же присоединился к игре. В течение следующих 10 минут специалист и ребенок 3 раза перекидали детали сначала с пола в банку, а потом из банки в коробку. Когда специалист предложила закончить игру, Никита помог закрыть и убрать банку и пошел смотреть, что еще есть в кабинете.

Никита самостоятельно ходит с 1,5 лет, совсем недавно начал бегать, с трудом обегает углы и преодолевает препятствия, поднимается и спускается по лестнице, приставляя вторую ногу на ступень и держась за перила, это действие очень нравится Никите. Мальчик не умеет прыгать на двух ногах. Он не любит подвижные игры, не умеет кататься на 3х колесном велосипеде.

ЗАДАНИЕ:

1. Опишите выявленные проблемы в формате МКФ
2. Какие виды активности и ощущений способствуют самоорганизации ребенка?

ОТВЕТЫ:

1.

Нарушение структур и функций	Нарушение активности и участия
Сенсорный Праксис	Не прыгает на 2х ногах Сложности с преодолением препятствий Сложности с огибанием углов на бегу Держится за перила Не любит подвижные игры

2. Мальчику нравятся те игры, которые соответствует его биологическому возрасту. Никите нравится играть и взаимодействовать со взрослым, но общение должно проходить на равных. Игры на вестибулярные ощущения, на слуховые ощущения, игры предметно – практические.

Задача №2

Артур, 11 месяцев.

Крепкий, активный, жизнерадостный ребенок. Мама рассказывает, что дома он очень самостоятельный, активно ползает, находит шкафы, исследует их содержимое, любит открывать и закрывать ящики и дверцы, нравится хлопать ящиками, нравится стучать предметами, но от громких звуков замуривает глаза. Нравятся мячики, машинки, юла, музыкальные инструменты. С удовольствием играет с родителями в «бодалки» и в прятки с платочком. Папа очень доволен своим сыном и не видит никаких трудностей. Мама беспокоится по поводу «редкого глазного контакта», того, что Артур раньше интересовался собиранием пирамидки, а сейчас нет, он не строит из кубиков, что, как она считает, он должен делать соответственно своему возрасту. Мама видит в этом проявление аутистических черт. Мама работает психологом в детском саду и много общается на родительских форумах.

На консультации: Артур некоторое время сидит на коленях у мамы и осматривает помещение, присутствующих людей. При прямом обращении специалиста, крепко вцепляется в маму, прячет лицо на груди у нее, но пытается подглядывать. Через некоторое время

заинтересовался катающимися и звенящими металлическими шариками. Начал следить за шариками и действиями специалиста, который катает шарики и комментирует, что происходит. Протянул ручку к шарикам, когда он докатился до мамы. Взял шарик из рук специалиста после задержки, долго смотрел в глаза специалисту и рассматривал лицо, руки. Сполз с маминых колен и включился в совместное катание шариков. При этом был в активном контакте со специалистом, улыбался. Артур подполз к сухому бассейну, встал у опоры, посмотрел на маму, стал вокализовать, мама осталась сидеть на месте. Мальчик посмотрел на специалиста, вокализовал, специалист подошел и дал несколько разноцветных шариков из сухого бассейна, Артур начал пытаться их катать, но интерес быстро угас.

Много и активно ползает, перелезает через препятствия (свернутый коврик), встает у опоры, может подтягиваться на руках и вставать на носочки, чтобы дотянуться до интересующей игрушки, часто игрушки тянет в рот. Легко меняет положение тела.

Много вокализаций, лепет, слушает обращенную к нему речь, замирает, когда говорят и смотрят в его сторону, поворачивает голову, когда зовут по имени, использует естественные жесты.

ЗАДАНИЕ:

1. Опишите выявленные проблемы в формате МКФ.
2. Какие виды активности и ощущений способствуют самоорганизации ребенка?

ОТВЕТЫ:

1. Проблема в социальном окружении (тревожность матери, тенденция к гипердиагностике).

2. Активности ребенка (игра, мобильность) соответствуют биологическому возрасту. Ребенок активный и общительный. Для Артура необходимая развивающая среда, как для обычного годовалого ребенка.

К разделу 3. Средства и методы эрготерапевтической оценки и вмешательства.

Задача №1

Лука 3,5 года.

Диагноз: спастический тетрапарез, псевдобульбарный синдром, сходящее косоглазие.

Родители возят мальчика на три недели на реабилитацию в частном порядке к специалисту АФК и в барокамеру в Санкт-Петербург из Пскова, каждые 3 месяца.

Лука умеет переворачиваться, в позе лежа на животе дотягивается до игрушки и захватывает ее левой рукой, мальчик пытается ползать по-пластунски. Позу сидя самостоятельно мальчик удерживает только сидя в позе W и недолгое время сидя с прямыми ногами, после инъекций ботулотоксина типа А. Переместиться из позы лежа в позу сидя не может. Самостоятельно не стоит и не ходит. Все перемещения выполняет мама.

Манипулирование предметами затруднено из-за деформации кистей. Может захватить ограниченный набор предметов размером 2 см, в игре для захвата чаще использует левую руку, захват производит раскрытой ладонью, правую руку использует, когда взрослый попросит и когда пытается удерживать большую игрушку.

Лука понимает речь, для общения использует коммуникативную книгу, но папку листов Луке сложно, листы картона вложены в файлы. Экспрессивная речь состоит из слов мама, папа, дай.

Лука любознательный мальчик, просит читать, хочет листать книги, но у него это плохо получается. Мальчику нравится чирикать фломастерами по бумаге, но он очень быстро теряет к этому интерес.

Самостоятельно ест печенье, обычной чайной ложкой пытается зачерпывать густую пищу, но до рта ложку еще не доносит. Пьет из адаптированной бутылки. Лука сидит в системе для сидения Кимба Нео, мама говорит, что кресло ему большое, с ним необходимо что-то сделать. Час в день мальчик стоит в вертикализаторе.

Мама раздевает и одевает Луку, мальчик принимает частичное участие, просовывает руки в футболку.

Мальчик находится в памперсе, но иногда показывает на пах левой рукой и мама высаживает Луку на горшок.

ЗАДАНИЯ:

1. Какая адаптация будет способствовать успешной активности Луки?
2. Какие замеры необходимо произвести, чтобы настроить систему для сидения?

ОТВЕТЫ:

1.
 1. Настроить/ адаптировать систему для сидения
 2. Подобрать/ адаптировать систему для коммуникации.
 3. Подобрать/ адаптировать ложку
 4. Подобрать адаптировать кружку

2.

Замеры для организации позы сидя

1. Ширина таза
2. Длина бедра
3. Длина голени
4. Длина от сидения до плеча
5. Ширина груди
6. Глубина груди

Задача №2

Ваня, 3 года.

Диагноз: Множественные врожденные пороки развития ЦНС, гидроцефалия. Spina bifida пояснично-крестцового отдела. Аномалия Арнольда-Киари 2 степени. Нижний парапарез, нарушение функций тазовых органов. Дисплазия тазобедренных суставов. ЗПМР.

Мальчик из полной семьи, проживают в однокомнатной квартире, на 3 этаже, есть старшая сестра Лиза (4,5 года) без особенностей в развитии - посещает вальдорфский детский сад. По словам мамы: дети дружат, могут играть вместе, Лиза с любовью относится к брату, помогает - может успокоить, Ване комфортно с Лизой.

Мама заинтересована в сыне, она педагог, много занимается дома, сторонник альтернативных техник реабилитации, обучалась проводить Войта-терапию дома.

Ваня насторожен при осмотре, говорит мало, речь невнятная. Мальчик интересуется игрушками, откликается на имя, игра - простые предметные манипуляции, простая сюжетная игра с машинками.

Умеет сидеть, учится садиться, поддержание положения тела лёжа на спине; на боку; на животе с опорой на ладони, сидит в позе W. Не умеет переворачиваться на живот. По словам мамы "не любит переворачиваться". Ползает по-пластунски, сидит у мамы на руках. У Вани есть детский стульчик, детская коляска, которая очень широкая. Мама кормит мальчика протертой пищей, одевает/раздевает, умывает, чистит зубы.

Зрение – было подозрение на частичную атрофию зрительных нервов, но оно снято, выраженное левостороннее сходящееся косоглазие – Ваня фокусируется на предметах правым глазом, недолго прослеживает за предметом.

Слух - локализует источник, условная норма.

Память – зрительная и слуховая в пределах возрастной нормы.

Сон - 1 дневной, ночной - норма. Спят все вместе (вчетвером на родительской кровати).

Ручная деятельность - перекладывает из руки в руку, ведущая рука пока не сформирована, скорее правая. Удерживает игрушки, манипулирует ими, нравятся игрушки с вибрацией.

Основное положение дома - лежа на животе, сидя на руках у мамы, сидя в позе W;

На данный момент почти не встречается со сверстниками, в теории - в доступе есть младшая группа в детско-родительском клубе "Пластилин".

ЗАДАНИЕ:

1. Оцените физическое окружение Вани.
2. Какие виды адаптации окружения вы бы выполнили в первую очередь?

ОТВЕТЫ:

1. Барьеры

1. Однокомнатная квартира.
2. 3 этаж
3. Нет активной коляски.
4. Нет аппарата тройника.

2. Подобрать

1. Активную коляску,
2. Аппарат на нижние конечности и туловище,
3. Подобрать ультразвуковую щетку для облегченной чистки зубов,
4. Адаптировать ложку.

Задача №3

Лена, 32 года.

Проживает самостоятельно в однокомнатной квартире на 3 этаже, в доме нет лифта, но подъезд оборудован пандусом (силами ее родных).

До травмы, которую получила при ДТП в августе 2013 года, Лена работала в службе социальной защиты. Место работы в шаговой доступности – 5 мин ходьбы. В свободное время Лена занималась общественной деятельностью – как волонтер помогала семьям с детьми инвалидами, занималась спортом: бег (короткие, длинные дистанции), дзюдо.

Любит «бывать на природе с шашлыками», ходить в баню. Была замужем, детей нет. В августе 2013 года, будучи пассажиркой легкового автомобиля, попала в ДТП.

Доставлена в больницу через 2 часа. Получила осложненный компрессионный перелом С5 позвонка. Экстренно, в течение 12 часов, произведена операция: закрытое вправление вывиха С5 позвонка. В течение 2 мес. мочевого пузыря дренировался уретральным катетером. В дальнейшем переведена на периодическую катетеризацию 4 раза в день (между катетеризацией непроизвольное мочеиспускание). Стул только после приема слабительных средств. После стационара неоднократно проходила курсы реабилитационного лечения, было достигнуто улучшение. Лена начала управлять креслом-коляской, освоила управление креслом-коляской с электроприводом, освоила многие навыки самообслуживания. Но в настоящее время Лена не может надеть брюки, застегнуть молнию на брюках, сделать прическу- хвост. Помогает мама, старается во всем помочь Лене: перемещаться в ванну, вымыться, катетеризироваться, поменять подгузник, повернуть ключ в замочной скважине входной двери. Девушка очень редко бывает на улице, т.к. мама Лены работает и каждый день не может гулять с Леной. Лена общается с друзьями, но бывает это редко.

Также она не может вернуться на прежнюю работу, хотя работодатель пытается найти работу по возможностям Лены. Лена очень хочет вернуться на работу.

ЗАДАНИЕ:

1. Оцените физическое окружение Лены.
2. На какие вопросы, касающиеся адаптации активности или окружения, вы бы стали отвечать в первую очередь?

ОТВЕТЫ:

1.

Ресурсы	Барьеры
1 комнатная квартира Пандус Работа не далеко от дома Ежегодная реабилитация Активная коляска Коляска с электроприводом	Квартира на 3 этаже Нет лифта

2. Подстричься, чтобы можно было только расчесываться,
 1. Сделать накладку из пластика на ключ, для поворота кистью,
 2. Для перемещения функциональная ковчат, доска для перемещения, поворотный круг, сделать алгоритм для перемещения с кровати на коляску и обратно.
3. Использовать подтяжки для подтягивания брюк, кольцо на молнии;
Переехать на 1 этаж;
4. Душевая должна быть организована как универсальная кабина со сливом в полу без бортика.

Задача №4

Николай Петрович, 70 лет.

Высокий грузный мужчина, на пенсии, живёт с женой (невысокая худенькая женщина 65 лет, которая продолжает работать бухгалтером на полставки в управляющей компании жилого комплекса, где они живут) в благоустроенной двухкомнатной квартире на 3 этаже. В доме есть широкий лифт, 4 ступеньки от лифта до выхода из парадной. Жилой комплекс, где живёт семья, находится в шаговой доступности от парка, и там есть все необходимые магазины и услуги.

До болезни он очень любил гулять, совершать покупки в магазине, общаться в парке со знакомыми пенсионерами и играть с ними в шахматы.

Полтора месяца назад Николай Петрович перенёс инсульт. Выписан из больницы с сохранением неврологического дефицита.

Может самостоятельно переворачиваться в постели через непоражённую сторону, может присаживаться с помощью жены на постели, и сидеть (с опорой под спину без страховки помощника, или с опорой на здоровую руку). С помощью может пересесть из кровати на стул (но боится – кровать высокая), с помощью может дойти до туалета (после того, как жена помогает сесть на унитаз – она выходит, дальше Николай Петрович справляется самостоятельно). С поддержкой может пройти из спальни в кухню, но сильно устаёт.

Есть деформация кистевого и голеностопного сустава на поражённой стороне.

Интеллект сохранен.

Запрос семьи:

1. Жена очень бы хотела, чтобы Николай Петрович максимально самостоятельно мог совершать перемещения и обслуживать себя в течении того времени, пока жена на работе. Её зарплата – очень хорошая прибавка к пенсии.

2. Николаю Петровичу дали направление на оформление инвалидности; семья переживает, что ему что-то не впишут в ИПРА, и хотели бы консультацию специалиста о том, что положено человеку в его состоянии.

Антропометрические данные:

Рост 187 см

Вес 102 кг

Ширина таза 43 см

Длина бедра 50 см

Длина голени 46 см

От сиденья до надплечья 71 см

Ширина груди 43 см 90 см

От сиденья до макушки

Обхват бёдер 90 см

От пола до шиловидного отростка – 89 см

ЗАДАНИЕ:

1. Распишите стратегии эрготерапевтического вмешательства (фокус на мобильность и самообслуживание, требующее мобильности)

2. Подберите технические средства реабилитации, подходящие по антропометрическим данным клиента и обоснуйте их выбор

3. Составьте рекомендации по ТСР для ИПРА

РЕШЕНИЕ:

1. Подбор подходящих технических средств реабилитации, внесение изменений в ИПРА, помощь в получении, адаптации и обучении пользованию. Смена кровати на функциональную с регулировкой высоты, с пульта. Организация среды у кровати (например, высокая стабильная тумба для безопасного вставания), а также адаптация среды во всей квартире (ковры, провода, уголки). Туалет: высокая насадка на унитаз, поручень. Ортезирование поражённой конечности. Составление плана двигательной активности. Продумать алгоритм, как выходить на прогулки.

2. Предложить примерить многоопорную трость или роллатор с сиденьем. Трость и роллатор выбираем по высоте от шиловидного отростка до пола.

3. Кресло-коляска прогулочная (ширина сиденья 45 см, глубина сиденья 48 см, подножка раздельная, регулируемая по высоте), ходунки-роллатор, трость 3х опорная, с анатомической ручкой, регулируемая по высоте, с устройством противоскольжения, тугор на лучезапястный сустав, тугор на голеностопный сустав. приспособление для надевания носков.

Задача №5

Тимофей М., 3 года.

Ds: spina bifida пояснично-крестцового отдела позвоночника. Сильная деформация стоп (косолапость). Подвывихи тазобедренных суставов.

Семья (полная, есть сестра 8 лет) живет в съёмной квартире на 7 этаже в доме с лифтом и крутым крыльцом из 8 ступеней. Отец постоянно на работе, мать дома в уходе за детьми.

Мобильность: перевороты со спины на живот и обратно, самостоятельно садится из положения лёжа, сидит без опоры на руки в положении W или с выпрямленными ногами, ползает и прыгает «по заячьи». Стоит у опоры с поддержкой. На прогулку мама возит в коляске-трости, купленной в обычном детском магазине, в тёплое время года может изредка высадить из коляски в песочницу.

Самообслуживание: самостоятельно ест и пьёт, сидя на обычном стуле с подушкой-подложкой, чтобы было повыше (но несмотря на это поверхность стола на уровне подмышек ребёнка); катетеризацию производит мама; в ванной мама помещает на стул, развернутый спинкой к раковине, на котором стоя на «высоких» коленях Тимофей чистит зубы сам (мама дочищает) и умывает лицо и руки; посаженный в ванну – моет переднюю поверхность тела, мама находится рядом и домывает его целиком.

Антропометрические данные ребёнка:

Ширина таза – 26 см

Длина бедра -26 см

Длина голени (без обуви) -21 см

От сиденья до нижнего угла лопатки – 30 см

ЗАДАНИЕ:

1. У Тимоши «пустая» ИПРА, где вписаны только подгузники. Просьба составить рекомендации по внесению изменений в ИПРА и расписать маме алгоритм внесения этих изменений.

2. В выставочном зале магазина инвалидной техники Тимоша «примерил» кресло-коляску активного типа и ходунки. Распишите параметры коляски и ходунков и предложите реальные модели фирм-производителей каждой единицы.

РЕШЕНИЕ:

1. Рекомендации для ИПРА

1. Аппарат на нижние конечности и туловище (ортез)

2. Аппарат на голеностопный сустав (2 шт.)

3. Тугор на голеностопный сустав (2 шт.)

4. Обувь сложная на утепленной подкладке

5. Обувь сложная на неутепленной подкладке

6. Обувь на аппарат на утепленной подкладке (1 пара)
 7. Обувь на аппарат на неутепленной подкладке (1 пара)
 8. Корсет полужесткой фиксации
 9. Кресло-коляска с ручным приводом прогулочная (для инвалидов и детей-инвалидов), ширина сиденья 28 см, глубина сиденья 24 см, высота подножки 22 см, высота сиденья 45 см, высота подлокотников 20 см
 10. Кресло-коляска активного типа (для инвалидов и детей-инвалидов), спинка с регулируемым углом наклона; сиденье с регулируемым углом наклона; подножки с регулируемой опорой стопы; подлокотники, регулируемые по высоте; держатели для ног, поясной ремень), где ширина сиденья 26 см, глубина сиденья 24 см, высота подножки 20 см, высота сиденья 50 см, высота подлокотников 20 см
 11. Подушка противопролежневая гелевая
 12. Ортопедические брюки
 13. Ходунки с опорой на предплечье
 14. Подгузники
 15. Катетеры лубрицированные
 16. Подгузники
2. Коляска активного типа «Авангард», ходунки заднеопорные «Ортоника».

Задача №6

Алексей, 17 лет.

DS: Последствия позвоночно-спинномозговой травмы на уровне L5 – S1. Нижний вялый парапарез.

Антропометрические данные:

Ширина таза – 39 см

Длина бедра – 46 см

Длина голени – 48 см

От сиденья до нижнего угла лопатки – 35 см

Ширина спины в области лопаток - 32 см

От сиденья до локтя 25 см

Обхват бёдер - 98 см

Рост – 176 см

Вес – 70 кг

Мобильность: самостоятельно стоять не может; вертикальная поза возможна только в ортопедических аппаратах и с опорой на ходунки; помощь в двигательном переходе из положения сидя в положение стоя не требуется, если надеты ортопедические аппараты. Может пересесть без посторонней помощи с кровати на стоящий рядом стул, если поверхности на одном уровне. Отсутствие полного самостоятельного разгибания в коленных суставах и фиксации их в замкнутом состоянии. Может передвигаться с ходунками в аппаратах. Может сидеть без поддержки на кровати, на стуле со спущенными ногами. Достаточная сила мышц рук. Когнитивно сохранен.

Самообслуживание: ест сам, готовит сам, если мама не успевает, самокатетеризация. Может самостоятельно помыться, сидя на сиденье для ванной, но нужна помощь в перемещении в чашу ванной, так как коляска Андрея ниже бортика ванной, и ему не хватает силы мышц рук подтянуться и переместить себя.

Живёт с родителями в 2х комнатной квартире, есть своя комната (в комнате кровать-тахта, компьютерный угловой стол со стационарным компьютером, шкаф-купе и один стул). Поступил в Политехнический институт на очное отделение.

Рекомендации ортопеда – в числе прочего пассивная вертикализация в опоре для стояния, так как есть тенденция к снижению плотности костной ткани.

ЗАДАНИЕ:

1. Составьте рекомендации для ИПРА.

2. Распишите параметры коляски.

3. Предложите реальные модели фирм-производителей каждой единицы.

РЕШЕНИЕ: (для 1 и 2)

1. Кресло-коляска комнатная с ручным приводом комнатная с регулировкой угла наклона подножки комнатная; ширина сиденья 42 см, глубина сиденья 44 см, высота подножки 50 см, высота подлокотников 25 см

2. Кресло-коляска активного типа спинка с регулируемым углом наклона; сиденье с регулируемым углом наклона; подножки с регулируемой опорой стопы; подлокотники, регулируемые по высоте; держатели для ног; ширина сиденья 42 см, глубина сиденья 44 см, высота подножки 50 см, высота подлокотников 25 см

3. Противопролежневая подушка гелевая

4. Ходунки шагающие

5. Аппарат на всю ногу (2 шт.)

6. ТUTOR на голеностопный сустав (2 шт.)

7. Ортопедическая обувь сложная без утепленной подкладки (пара)

8. Ортопедическая обувь сложная на аппарат без утепленной подкладки (пара)

9. Ортопедическая обувь сложная на утепленной подкладке (пара)

10. Ортопедическая обувь сложная на аппарат на утепленной подкладке (пара)

11. Ортопедические брюки

12. Опора для стояния для инвалидов в возрасте старше 18 лет (региональный перечень)

13. Кровать с механическим приводом регулирования

14. Захват активный

15. Крюк на длинной ручке (для открывания форточек, створок окна и иных предметов)

16. Поручни (перила) для самоподнимания угловые

17. Поручни (перила) для самоподнимания прямые (линейные)

18. Противопролежневый матрац гелевый

19. Корсет, функционально-корректирующий 1 шт

20. Подъёмник автомобильный для пассажира-инвалида

21. Кресло-стул с санитарным оснащением с колесами (узкие дверные проёмы в туалет – санузел раздельный; для мытья и для дефекации)

22. Урологическое снабжение:

Наборы-мочеприёмники для самокатетеризации: мешок для самокатетеризации, катетер лубрицированный для самокатетеризации – 6/сут (так как есть остаточная моча), Подгузники для взрослых, размер М- 3/сут (так как есть подтекание), Анальный тампон – 2шт/сут. (так как есть недержание).

23. Коляска Авангард 4 от Оттобок, Кюшаль, Пантера U2 Light

Задача №7

Мария М, 15 лет

В июле 2019 г. выпала из окна второго этажа. Перелом костей таза, перелом правой бедренной кости. Состояние после оперативного лечения. Разновысокость нижних конечностей (S<D). Взрывной перелом Th6-9 позвонков. Передняя компрессия спинного мозга. Нижняя параплегия. Подкапсульный разрыв правой доли печени.

Объективно при осмотре:

Эквино-варусная деформация обеих стоп, тугоподвижность обоих голеностопных суставов.

Ходит медленно, на короткие расстояния, не более 30 метров за раз, иногда останавливаясь из-за потери равновесия и с большим опасением упасть. Обязательно нужен сопровождающий для перемещения по улице. Перемещается с многоопорной тростью (нерегулируемой по высоте). Трость дали знакомые, она большая, не регулируется, Машу перекашивает при ходьбе, и это делает её ещё более неустойчивой. Бабушка Маши сама сходила в обувную мастерскую и попросила сделать накат на одном ботинке максимальной готовности,

которые купила в ближайшем ортосалоне.

Функция тазовых органов: чувствует позывы, практически сразу перед мочеиспусканием, не всегда успевает дойти до туалета. Было проведено полное урологическое исследование, нейроуролог порекомендовал интермиттирующую катетеризацию, так как было обнаружено неполное опорожнение мочевого пузыря.

После травмы Марии установили инвалидность. В ИПРА вписана только трость и подгузники.

У Марии было 7 оперативных вмешательств на костных структурах и одно на почках.

Она почти год находилась на госпитализациях и в промежутке между ними – дома. Никуда не выходила, ни с кем не встречалась. Семья неблагополучная, после инцидента её взяла к себе бабушка.

Бабушка переживает что после восстановления Мария никуда не выходит и не общается с прежними друзьями, замкнулась. Ещё бабушка переживает, что её пенсии не хватит на обеспечение всех нужд подростка-инвалида.

Ортопед порекомендовал изготовить аппарат на голеностопный сустав и тугор на него же на ночь.

Антропометрические данные:

Рост 165 см

Вес 60 кг

Ширина таза 36 см

Длина бедра 38 см

Длина голени 45 см

Ширина груди 30 см

ЗАДАНИЕ:

Дайте рекомендации по внесению изменений в ИПРА

РЕШЕНИЕ:

1. Набор для самокатетеризации – 6 шт. в сутки,
2. подгузники 3 шт/сутки,
3. трость многоопорная, с анатомической ручкой, регулируемая по высоте, с устройством противоскольжения,
4. обувь ортопедическая сложная по индивидуальному заказу (на утепленной подкладке и без),
5. аппарат на голеностопный сустав,
6. тугор на голеностопный сустав.

Задача №8

Кристина, 13 лет,

ДЦП, спастический тетрапарез, рост 151 см, вес 29 кг.

Двусторонние вывихи ТБС, сколиоз II степени, деформация стоп и суставов кистей. Высокий тонус, переменный, «переразгибания». Очень сложно усадить ребёнка в коляску – Кристине это не нравится, она кричит и выгибается. Если всё-таки соглашается сесть – то сползает, и кормящему приходится откладывать ложку и подтягивать её обратно. Мама так и поступает, а бабушка кормит Кристину на руках, хотя они практически одного роста и у девочки высокий тонус. Вся еда, которой кормят Кристину, пюрирована. Кристина сильно давится (до слёз), когда дают воду (обычно взрослые запрокидывают ей голову и вливают маленькими глоточками).

Объективно при осмотре: инфантильный тип глотания, прогнания, во время еды появляется влажный голос, еда может пойти носом. Сильная худоба рук и ног, выступающие колени, гребни подвздошных костей, кожа натянута на ребрах, выступающие лопатки. Мышечная атрофия в области дельтовидной, четырёхглавой и жевательной мышц. Сухость слизистых оболочек глаз. Низкий тургор кожи. Ломкие ногти.

ЗАДАНИЕ:

1. Составьте лист проблем Кристины в парадигме МКФ
2. Предложите план эрготерапевтического вмешательства

РЕШЕНИЕ:

1. В нарушениях структур и функций должны быть указаны высокий мышечный тонус, деформации позвоночника, вывихи тазобедренных суставов, изменённые структуры рта, нарушение глотания (дисфагия), признаки обезвоживания. В активности и участии – полная зависимость. В барьерах окружения – неподходящая коляска, несогласованные действия мамы и бабушки

2. Рекомендовать функциональное исследование акта глотания (например, рентгеноскопию или рентгенографию акта глотания с барием), на которой скорее всего подтвердится факт аспирации, начать вести подготовку семьи к установке гастростомической трубки, так как ребёнок аспирирует, обезвожен и истощён. Подобрать подходящую коляску, дать рекомендации, как ее получить по ИПРА, научить маму и бабушку ей пользоваться и постепенно приучать Кристину сидеть там, наращивая время пребывания в позе сидя.

Задача №9

Максим, 5 лет,

ДЦП, спастическая диплегия, III уровень по шкале крупной моторики.

Дома сидит в ортопедическом стульчике. Он ему великоват, Максиму непросто в нём усидеть, он заваливается (чаще назад и вбок) и балансирует. Мама кормит мальчика сама, потому что у Максима получается грязно и долго, ему сложно подцепить еду на тарелке, особенно когда остаётся меньше половины. День расписан (индивидуальные занятия ЛФК, занятия в бассейне по авторской методике Сандакова). На вопрос о распорядке мама отшучивается, что живут они по расписанию специалистов. В свободные от занятий дни Мама отводит Максима в специализированный детский сад. Там Максима не кормят, он сидит, справляется с едой сам, как может, по времени его особо не ограничивают, могут докормить, если немного осталось на тарелке. В садике пьёт из поильника-непроливайки через соломинку.

Объективно при осмотре: самостоятельная супинация кисти невозможна, ребёнок скорее поддевает еду, чем зачерпывает. Когда берёт кружку сам – не может рассчитать точность движения, обливается. Высокий тонус мышц нижних конечностей, в особенности приводящих мышц бедра.

Маму стали упрекать в детском саду, что ребёнок медленно ест, а у специалистов группы нет возможности сидеть с каждым ребёнком – на 9 детей 2 взрослых, и есть дети намного сложнее Максима, которым нужно полное сопровождение.

Задание:

1. Составьте лист проблем Максима в парадигме МКФ
2. Предложите план эрготерапевтического вмешательства относительно налаживания процесса приёма пищи.

РЕШЕНИЕ:

1. В листе проблем в нарушениях структур и функций обязательно нужно отразить высокий мышечный тонус, возможность супинации кисти, плохое равновесие. В Активности и участии необходимо отметить, что дома нет возможности есть самостоятельно. В Ресурсах – посещение детского сада и готовность воспитателей давать время и предлагать минимальную помощь во время самостоятельного приёма пищи, а также использование поильника с соломинкой. В барьерах – ортопедический стул, который велик по размеру, отсутствие чёткого распорядка дня, посещение садика от случая к случаю, избирательный фокус на двигательную реабилитацию, установки мамы касательно реабилитации.

2. Подобрать подходящий стул или адаптировать имеющийся;

работа с установками мамы;

адаптация ложки, тарелки и алгоритма приёма пищи Максимом,

работа с мамой над созданием распорядка дня и соблюдением его, а также со сдвигом

фокуса на освоение навыков самообслуживания, присущих этому возрастному периоду и возможностям ребёнка.

Анализ приёма пищи в детском саду, при необходимости – адаптация места, приборов.
Беседа с воспитателями.

Задача №10

Павел Владимирович, 70 лет.

Прогрессирующая деменция.

Живёт в квартире дочери. Дочь кормит его с ложки. Отец ест очень медленно, её это раздражает, для удобства и быстроты дочка всю еду разминает вилкой.

Последние несколько дней дочь стала замечать, что после каждой ложки отец начинает усиленно кашлять, иногда до слёз, бывало, что синел, и еда во время кашля всегда вываливается изо рта.

Вытирая отцу рот после очередного кормления, дочь обратила внимание, что есть температура (субфебрильная).

ЗАДАНИЕ:

1. Оцените степень дисфагии
2. Составьте план эрготерапевтического вмешательства

РЕШЕНИЕ:

1. 4 степень и подозрение на аспирацию
2. Функциональное обследование, установка гастростомической трубки

Задача №11

Алексей Олегович, 56 лет,

Диагноз: Боковой амиотрофический склероз.

Живёт в однокомнатной квартире на 5 этаже (старый фонд, без лифта) вдвоем с женой. Жена работает по графику 2/1 по 10-12 часов. Состоит на учете в благотворительной службе поддержки пациентов с БАС.

Объективно при осмотре: сидеть может только с опорой под спину и голову. Большую часть времени сидит на кровати (кровать обычная двуспальная) с большим количеством подушек под спину и голову. Может вставать сам с высокого стула, предварительно смещаясь на край сиденья. Руки «висят».

Жена, уходя на работу, оставляет ему еду на день на открытых тарелках, может поест только ртом, прямо с тарелки. Пьёт из трубочки.

Стал жаловаться на то, что не может говорить длинными предложениями. Между фразами – промежутки с глубоким вдохом. Голос стал «сипнуть» при разговоре. По направлению службы поддержки БАС месяц назад провёл некоторые функциональные исследования, на которых выяснили, что ФЖЕЛ 61 %.

Приём пищи у Алексея Олеговича уже несколько месяцев занимает примерно час на одно блюдо. Последние несколько дней жена стала замечать, что во время еды (обычная диета, кроме твёрдых фруктов и овощей типа яблок и моркови, а также орехов) муж стал задерживать еду во рту, давиться и подкашливать после попытки проглотить, и жаловаться на ощущение «кома в горле».

ЗАДАНИЕ:

Составьте план эрготерапевтического вмешательства, касающийся приёма пищи

РЕШЕНИЕ:

Направить на повторное измерение ФЖЕЛ, начать информационную работу об установке гастростомической трубки; пока проходят обследования и подготовка к госпитализации – изменение консистенции пищи (более однородная и вязкая), встать на учёт в районном центре социальной реабилитации инвалидов, запросить помощь социального работника. Запросить консультацию логопеда службы поддержки БАС (возможно, временно можно применять приёмы, которые будут способствовать глотанию).

Задача №12

Девочка Оля 8 лет

Живет в детском доме.

У Оли выраженные двигательные нарушения, она не перемещается самостоятельно, руки согнуты в локтях и приведены к телу, движения в суставах ограничены, но сформированных деформаций нет. Оля берет предметы всей рукой, только, если они оказываются в удобном положении и на близком расстоянии, дифференцированные движения пальцев затруднены. У Оли есть комнатная коляска с ручным приводом, которая ей немного велика (слишком широкое сиденье, Олины ноги не достают до подножки, коляска не оборудована столом).

Оля очень внимательная девочка, она любит наблюдать за людьми, смотреть в окно, ей интересны книги, если кто-то листает их, она внимательно смотрит на картинки, Оле нравится смотреть мультики. Оля не говорит, произносит только отдельные звуки (дд, аа, уу) при этом у нее разная мимика, во время, произнося «дд» она улыбается, «аа» - хмурится, «уу» - смеется. У Оли нет единой системы коммуникации, но она по-разному реагирует на разных людей, использует мимику, когда пытается сообщить, что чего-то хочет или не хочет, внимательно прислушивается, когда с ней разговаривают. Олю кормит, переодевает и купает персонал детского дома и волонтеры.

ЗАДАНИЯ:

1. Определить уровень Оли по CFCS?
2. Какой способ АДК вы бы порекомендовали Оле и почему?
3. Составьте план вмешательства и возможную адаптацию средства АДК?

ОТВЕТЫ:

1. Уровень 3
2. Использование графических символов, так как Оля ориентируется на зрительный анализатор, проявляет активный интерес к плоскостным изображениям.
3. Адаптировать ТСР, для придания стабильной функциональной позы, необходимой для оперирования графическими символами, комментировать графическими символами происходящие с Олей события в течение дня. Постепенно переходить к выбору предпочитаемой деятельности из соответствующих графических символов, создавать коммуникативные таблицы с графическими символами, наполнять коммуникативную книгу. Графические символы должны быть крупными, в книгах и таблицах между графическими символами должно быть большое расстояние, чтобы Оля могла указывать на нужный символ без лишних усилий.

Задача №13

Мальчик Миша, 6 лет

Миша живет с родителями и бабушкой. У него 3 уровень по GMFCS, дома он перемещается в заднеопорных ходунках, на улице родители используют коляску, так как боятся, что Миша может упасть, потому, что не смотрит под ноги. Миша не ходит в детский сад и днем проводит время с бабушкой. Мальчик посещает занятия в детском центре дважды в неделю, это индивидуальные занятия с дефектологом. У Миши сформированы ладонный и пинцетный захваты, он использует две руки, когда этого требует выполняемое действие. Миша очень тревожный, плохо переносит смену деятельности, может испугаться резкого звука, если он занят каким-то делом, например, переключиванием кубиков, а мама начинает собирать его на улицу, у Миши может случиться истерика. Миша знает около 10 слов, но чаще произносит их вне соответствующих ситуаций. Миша не всегда смотрит на собеседника, когда с ним разговаривают, отворачивается и смотрит в сторону. Когда Миша не получает того, чего он хочет, он начинает кричать, и родители не знают, как понять, чего он хочет в конкретный момент. Миша любит однообразные игры с переключиванием предметов или повторяющимися движениями, качание на качелях, перевороты на полу, ползание по полу. Мама и бабушка,

очень опекают Мишу, стараясь помочь ему во всех бытовых вопросах.

ЗАДАНИЯ:

1. Определить уровень Миши по CFCS?
2. Какой способ АДК вы бы порекомендовали Мише и почему?
3. Составьте план вмешательства и возможную адаптацию средства АДК?

ОТВЕТЫ:

1. уровень 4
2. Использование предметных символов, Миша ориентируется скорее на тактильные ощущения, нежели на зрительный анализатор, при этом у него присутствует интерес к манипулированию предметами, он обращает на предметы внимание
3. ввести предметное расписание, с основными видами деятельности Миши в течение дня, создать предметные символы обозначающие игры, которые нравятся Мише, предоставлять выбор из двух альтернатив в области игр и повседневных активностей.

Задача №14

Арсений, 4 года

Живет с родителями и страшим братом. У Арсения выраженные двигательные нарушения, он не передвигается сам, не контролирует положение головы. Арсений не говорит, питается через гастростому, проведение всех гигиенических процедур осуществляют взрослые. Мама говорит, что не понимает Арсения, он вздрагивает от поцелуев и поглаживаний, не проявляет интереса к игрушкам, которые она предлагает, не улыбается в ответ на ласковую и игривую интонацию в речи родителей. Иногда Арсений настолько напряжен, что маме трудно его переместить или переодеть. Арсений расслабляется, когда его укачивают на руках, прислушивается к музыке со спокойным ритмом, иногда издает звуки при прослушивании музыки; цокает языком и улыбается, когда его купают.

ЗАДАНИЕ:

1. Определить уровень Арсения по CFCS?
2. Какой способ АДК вы бы порекомендовали Арсению и почему?
3. Составьте план вмешательства и возможную адаптацию средства АДК?

ОТВЕТЫ:

1. Уровень 5
2. Общение с помощью сигналов тела, так как Арсений сигнализирует о своем состоянии мимическими реакциями, изменением напряжения тела и неречевыми звуками.
3. Комментировать для Арсения происходящее, предупреждать о предстоящих событиях, использовать глубокие ощутимые прикосновения, все необходимые гигиенические процедуры производить в медленном темпе, давать Арсению возможность приготовиться к предстоящему событию, комментировать реакции и сигналы Арсения, реагировать на них последовательно, использовать вестибулярные игры, игры с водой для формирования коммуникативных ответов.

Задача №15

Виктор, 12 лет

У Виктора 2 уровень по GMFCS. Виктор пользуется вербальной речью, при этом речь Виктора смазанная и нечеткая, темп речи заметно снижен, но его хорошо понимает мама, учителя и одноклассники в школе, где он учиться с первого класса. Виктор учиться в школе по общеобразовательной программе, успеваемость средняя. Большую часть свободного времени Виктор проводит дома, ему нравится играть в компьютерные игры. Мама переживает, что у Виктора мало друзей, ему тяжело заводить новые знакомства. Из-за речи Виктор не любит ходить в магазины, кафе и другие места, где ему требуется общаться с незнакомыми людьми.

ЗАДАНИЕ:

1. Определить уровень Виктора по CFCS?

2. Какой способ АДК вы бы порекомендовали Виктору и почему?
3. Составьте план вмешательства и возможную адаптацию средства АДК?

ОТВЕТЫ:

1. Уровень 2
2. Высокотехнологичное средство АДК (синтезатор устной речи), Виктор пользуется компьютером и может освоить высокотехнологичное средство.
3. Продумать случаи, в которых необходимо использовать выбранное средство (общение с незнакомыми людьми, поход в магазин и т.д.), совместный выбор с Виктором конкретного вида высокотехнологичного средства АДК, с удобным и понятным для использования интерфейсом.

Задача №16

Иван 30 лет.

Иван 30 лет, проживает в Санкт-Петербурге с родителями. У Ивана церебральный паралич.

Молодой человек замкнутый, нерешительный, при разговоре взгляд направлен в пол. Иван перемещается по дому и на небольшие расстояния самостоятельно, сложности возникают при ходьбе на длинные расстояния по пересеченной местности и на скользких поверхностях. На длительные расстояния использует машину папы или передвигается на общественном транспорте. Пенсию Иван отдает маме и она распределяет ее на нужды семьи, карманных денег у Ивана нет. Речь Ивана имеет скандированную, толчкообразную, тихую окраску. Иван получил среднее специальное образование по специальности бухгалтер, оператор 1С. Но по специальности проработал 1 год, говорит ему это не интересно, он не хочет быть бухгалтером, но ещё не понял какой профессией хочет овладеть. Иван хочет поменять профессию.

Молодой человек может выполнять самостоятельно все необходимые действия в сфере самообслуживания: совершает покупки, список составляет мама, стирает белье, убирает в своей комнате, готовит пищу. Трудности в представлении себя незнакомым людям, особенно сверстникам. Иван испытывает сложности в общении с противоположным полом, ему сложно сделать первый шаг для того, чтобы познакомиться с девушкой, он стесняется. Иван посещает районный центр реабилитации, где он совершенствует свои навыки самообслуживания.

ЗАДАНИЕ:

1. Предложите возможные стратегии для Ивана, чтобы он нашел себе профессию, которая ему бы нравилась.
2. Составьте, список компетенций для самостоятельного проживания Ивана.

ОТВЕТЫ:

1. Работа с психологом, направленная на выявление истинных причин трудностей с работой;
 - Работа с семьей, расширение спектра выполняемых Иваном обязанностей;
 - Поиск хобби, предполагающего общение с другими людьми (например, посещение проекта «Живая библиотека»);
 - Проведение тестирования по профориентации, при необходимости просветительская деятельность в плане профессий.
 - Посещение ярмарки вакансий;
 - Поиск волонтерской работы, на время прохождения Иваном обучения, выбора будущей профессии
2. Для самостоятельного проживания Ивану необходимо:
 - Получить профессию, с помощью которой молодой человек может зарабатывать деньги на съемное жилье и на проживание.

Самостоятельно составлять список продуктов (расписать продукты, которые необходимо покупать например раз в месяц и за покупками ездить на машине папы, список для еженедельных покупок).

Уметь планировать бюджет (оплата съемная квартира, ЖКХ, продукты, одежда,

транспорт, кафе, кинотеатр).

Задача №17

Никита, 22 года

У Никиты церебральный паралич, тетерапарез, юноша ходит опираясь на многоопорные трости. Учится в институте, до института добирается на автобусе, метро для молодого человека не подходит, у Никиты был опыт падения с эскалатора в торговом центре, теперь он испытывает сильный страх перед эскалатором. Живет он с мамой в благоустроенной квартире на первом этаже.

Во многом Никита сам себя обслуживает, может самостоятельно приготовить себе пищу в специальной кастрюле (макароны, пельмени), запечь мясо на аэрогриле, сварить кашу в мультиварке, постирать белье, может совершить покупки и принести домой пакеты с 2 кг продуктов. Но во многом зависит от матери. Например, мама покупает одежду для молодого человека, а Никита даже не обращает внимание на размер одежды, фирму или место в котором она куплена. Трудности у Никиты возникают с бимануальной деятельностью в позе стоя, так как одна рука должна удерживать трость и помогать сохранять баланс в вертикальном положении. Никита пытается заниматься спортом (бег с тростями, верховая езда, плавание в бассейне с инструктором), выполняет дома упражнения.

Никита взрослый парень и ему интересно общаться с людьми, особенно ему сейчас хочется познакомиться с девушкой и поддерживать с ней отношения, ходить в кафе, театр, на дискотеку.

Молодой человек хочет жить самостоятельно.

ЗАДАНИЕ:

1. Какие еще компетенции необходимы Никите для самостоятельного проживания?
2. Предложите условия при которых парень сможет жить самостоятельно?

ОТВЕТЫ:

1. Необходимо развешивать белье, убирать в квартире, ходить в темное время суток, планировать бюджет (распределить деньги для оплаты съемной квартиры, счетов за коммунальные услуги, на продукты, одежду, кафе, кинотеатры), учиться готовить разнообразные блюда, мыть посуду (использовать посудомоечную машину). Нужно научиться покупать себе одежду, выбирать нижнее белье, носки, брюки, рубашки.

2. 1- 2 раза в неделю парню будут помогать по хозяйству мама, папа, социальный работник, а также они будут помогать ему овладевать новыми навыками. Для покупки продуктов длительного хранения можно использовать доставку продуктов онлайн.

Задача №18

Ахмед 17,5 лет,

Находится в паллиативном отделении реабилитационного центра, в нем проживает 9 месяцев в году. Остальные 3 месяца в году парень живет в своей неблагополучной семье. В которой кроме Ахмеда 4 братьев и одна сестра. Ахмед попал в ДТП 5 лет назад. После полученной в ДТП черепно-мозговой травмы у него повышен мышечный тонус во всех конечностях, на правой руке нет 2х дистальных отделов 2,3,4,5 пальцев, в обеих руках ульнарная девиация, сгибание в лучезапястном суставе, сколиоз 3 степени, рефлюкс мочи в почки. Ахмед просится в туалет, но находится в подгузнике. Он может брать предметы руками, есть ложкой самостоятельно, если ему на стол поставят готовую еду. Ему плохо даются мелкие движения – брать мелкие предметы правой рукой, писать на бумаге. Ахмед пользуется смартфоном. С кровати на коляску помогают перемещаться специалисты центра, кровать высокая, коляска на 20 см ниже. Для перемещения пользуется коляской для перемещения предоставленной реабилитационным центром, но часто парню на улицу помогают выезжать специалисты реабилитационного центра.

Молодой человек хочет жить самостоятельно.

ЗАДАНИЕ:

1. Какие технические средства необходимо порекомендовать для вписывания в ИПРА, а так же для самостоятельного проживания.

2. Составьте, список компетенций для самостоятельного проживания, и необходимые требования.

ОТВЕТЫ:

1. Для самостоятельного проживания парню необходима функциональная кровать, активное кресло-коляска, подобранная по антропометрическим данным, доска для перемещения, корригирующий корсет, ортезы на лучезапястные суставы, подъемник (потолочные рельсы).

2. Необходимо провести обследование врачей; перемещение с кровати на кресло – коляску и обратно; помощь хотя бы 2 раза в неделю социальных работников, посещение магазинов, создания списков продуктов на месяц, на неделю; распределение денег на необходимые нужды, навыки самообслуживания, необходимые рутинные.

К разделу 4. Эрготерапия у пациентов разных возрастных и нозологических групп.

Задача №1

Юрий, 65 лет. Диагноз – ДЦП. У Юрия тетрапарез (слабость во всех конечностях), мышечный тонус повышен, больше в ногах и левой руке. Гиперкинезы в руках. Сгибательные контрактуры в обоих коленных суставах, приводящие контрактуры в обоих тазобедренных суставах. Речь и когнитивные функции не нарушены, интеллектуальное развитие соответствует возрасту. Ю. может самостоятельно повернуться на бок в кровати. Для перехода в положении сидя Ю. требуется помощь одного человека. Может сидеть на кровати без поддержки, но с опорой на ноги. Может с помощью одного человека ненадолго встать на ноги, при этом ноги полностью не разгибаются. Большую часть времени в течение дня Ю. проводит сидя в обычной коляске, перемещать самостоятельно он её не может (недостаточно сильный захват кистями). В реабилитационном центре пробовал пользоваться коляской с электрическим приводом, с управлением которой Ю. полностью справлялся самостоятельно. Для пересаживания в коляску Ю. требуется помощь двух человек. Юрий самостоятельно надевает верхнюю часть одежды, при одевании штанов и обуви требуется помощь. Самостоятельно умывается (если коляску подкатят к раковине), ест, пользуется электронными пультами, телефоном, компьютером. Может пользоваться уткой. При использовании туалета требуется помощь (двух человек для перемещения). Для приема ванны требуется помощь двух человек. В настоящее время Юрий проживает в просторной двух комнатной квартире с большой кухней и широкими коридорами, хорошим балконом, большой ванной комнатой. Живет Ю. совместно с мамой (85 лет) и тётёй (70 лет). Юрий может оставаться один дома на достаточно длительное время, если сидит в коляске. Много времени Ю. проводит сидя на балконе. Юрий любит музыку, спорт (особенно баскетбол), научно-исследовательские передачи.

ЗАДАНИЯ:

1) Какие ограничения жизнедеятельности могут быть компенсированы при использовании технических средств реабилитации?

2) Развитие каких вторичных осложнений имеется у пациента? Опишите роль использования ТСР в профилактике их развития?

РЕШЕНИЕ:

1) Коляска с электрическим приводом для независимого передвижения; подъемник для перемещения кровать-кресло-ванна-унитаз; приспособления для одевания нижней половины туловища и обуви.

2) Сгибательные контрактуры коленных суставов и приводящие тазобедренных суставов.

Для профилактики – индивидуально подобранная опора для сидения с абдуктором, вертикализатор

Задача №2

Ира, 4 года, ДЦП спастический тетрапарез, MACS 4 уровень, CFCS 2 уровень, EDACS 4 НП.

Контактная улыбчивая девочка, на речевые инструкции реагирует соответственно возрасту. Самостоятельно не удерживает позу сидя, сама не переходит из положения лёжа на спине в положение сидя (переворачивается «блоком», переваливаясь на бок, затем на живот, с трудом вытаскивает из-под себя левую руку, может опереться на левое предплечье в положении лёжа на животе; правую руку как правило игнорирует и оставляет под туловищем, опорности на правое предплечье нет). Приводящие бедра и портняжные мышцы в тонусе, тройное сгибание (ТБС, КС, ГС), ахиллово сухожилие укорочено с двух сторон. Правый лучезапястный сустав прониран, первый палец на правой руке приведён, ребёнок не пользуется ей - не пытается и не замечает, как будто она вовсе исключена из схемы тела. Рот постоянно приоткрыт, кончик языка выведен из полости рта и лежит на нижних резцах (по просьбе ребёнка может убрать язык за зубы и сомкнуть губы). Чтобы сфокусироваться на предмете – поворачивает голову к плечу и наклоняет подбородок к груди.

В уходе: мама, папа, бабушка – поочередно. Все работают. Заранее никогда не ясно, кто завтра останется с ребёнком. Родители непоследовательны (заявляют одно – делают другое), не предупреждают ребёнка о действиях, которые собираются совершить; перемещают ребёнка за подмышку, провоцируя переразгибание и запрокидывание головы. Нет чёткого распорядка дня из-за постоянных разъездов по различным реабилитационным центрам и специалистам; ребёнок не может предвосхищать события дня. У девочки есть прогулочная коляска, комнатная кресло-коляска Mugo от Leskey, вертикализатор «Чарли». Есть своя комната, и много разных развивающих игрушек, но нет возможности для самостоятельной игры – Ира не может взять игрушки сама. Большую часть времени дома Ира проводит сидя на кухне в кресле-коляске, пока мама готовит. Иру кормят, потому что сама она справляется неловко – долго, и много еды падает мимо, и тарелка часто слетает со стола.

Мама обратилась к специалисту (эрготерапевту) с запросом научить Иру кушать самостоятельно, так как через 3 месяца девочка идёт в специализированный садик для детей с двигательными нарушениями, и переживает, что там её кормить с ложки не станут или, по крайней мере, не будут уделять этому столько же времени, как дома. Маме очень важно, чтобы Ира пошла в садик. Правда, там её предупредили, что на период адаптации придётся Иру водить со взрослым и ненадолго.

ЗАДАНИЕ:

1. Составить лист проблем
2. Определить уровень по GMFCS,
3. Выставить 3 краткосрочные и 1 долгосрочную цель

РЕШЕНИЕ:

Лист проблем:

Структуры и функции	Активность/участие	Барьеры/ресурсы
Органическое поражение ЦНС	Не организована (не посещает д/с). Нет рутины	Родители непоследовательны
Высокий мышечный тонус	Кормят	Нет чёткого распорядка дня
Слабость постуральной мускулатуры	Одевают, обувают	Есть ТСП
Нарушение зрения	Перемещают как «репку»	Полная семья
Сгибание и пронация правой кисти, 1 палец приведён на обеих руках	Носит подгузник	Своя комната
Дизартрия, снижен тонус артикуляционной мускулатуры	Нет игр в которые она может играть одна	Грамотные специалисты в окружении
Задержка психического развития		Живёт в большом городе
		Общительная, контактная, любит играть с детьми и взрослыми
		не любит находиться одна.

2. ; уровень по шкале крупной моторики

3. Цели краткосрочные:

Через 2 недели Ира ориентируется в последовательности событий дня, опираясь на визуальное расписание (из фото реальных объектов)

Через 2 недели Ира съедает порцию второго блюда сидя в адаптированном кресле-коляске по речевой инструкции при помощи адаптированной ложки.

Через 2 недели в процессе одевания футболки Ира выполняет некоторые элементы действий (например, натягивает рукав на правую руку).

Долгосрочная цель:

Через 3 месяца Ира сможет посещать группу полного дня в д/с без сопровождения матери.

Задача №3

Митя, 2 года

Диагноз: врожденный множественный артрогрипоз (с поражением верхних и нижних конечностей). Компенсированная гидроцефалия (носитель ВПШ).



Объективно при осмотре: сглаженность рельефа мышц, контуры суставов сглажены, плечи прижаты к туловищу и ротированы внутрь, предплечья пронированы, кисти пронированы, запястья согнуты, I палец приведён, отклонение в ульнарную сторону, нижние конечности слегка согнуты в коленных и тазобедренных суставах, стопы фиксированы в эквино-варусном положении, активные и пассивные движения практически отсутствуют, в некоторых суставах возможны в очень незначительных пределах; попытка увеличить амплитуду пассивных движений вызывает пружинящее «фиброзное» сопротивление, («восковая гибкость»), подвывих левого тазобедренного сустава, множественные контрактуры

Живёт с мамой и сестрой 5 лет в квартире студии.

У Мити нет своего уголка. Нет технических средств реабилитации, только тьюторы на голеностопный сустав. Мите требуется полная помощь во всём – мама кормит, моет Митю, переодевает и играет. В садик Митю не берут. Мите очень нравятся машинки, но он в основном наблюдает как играют сестра и мама. Любит, когда мама читает книги и разрешает подолгу рассматривать картинки на каждой странице.

Мальчик наблюдается в отделении артрогриппоза Института Гурнера.

Пассивная гониометрия верхних конечностей		
	Правая рука	Левая рука
Сгибание в плечевом суставе	-----	
Разгибание и переразгибание	-----	
Отведение плеча	50	50
Приведение плеча	15	10
Наружная ротация плеча	-----	
Внутренняя ротация плеча	-----	

Разгибание локтя	80	80
Сгибание локтя	-----	
Супинация предплечья	-----	
Пронация предплечья	80	80
Разгибания запястья с разогнутыми пальцами	- 40	-50
Сгибание запястья	45	50
Ульнарная девиация	40	50
Радиальная девиация	-40	-50
Пассивная гониометрия нижних конечностей		
	Правая нога	Левая нога
Сгибание ТБС	50	50
Отведение в ТБС при согнутом КС	-----	
Внутренняя ротация ТБС	-----	
Наружная ротация ТБС	-----	
Сгибание КС	38	45
Отведение в ТБС при разогнутом КС	30	20
Разгибание КС	- 20	- 10
Тыльное сгибание ГС	- 20	- 10
Тыльное сгибание ГС при согнутом КС	-----	

ЗАДАНИЕ: Проанализируйте ситуацию этой семьи.

1. Составить лист проблем Мити в парадигме МКФ
2. Адаптировать окружение для удобства Мити и ухаживающей за ним мамой
3. Придумать 3 разных игры и 2 варианта проведения досуговой активности для Мити. Расписать адаптацию этих активностей

РЕШЕНИЕ:

1. Лист проблем

Структуры и функции	Активность и участие	Ресурсы и барьеры
Ограничение подвижности нескольких суставов Контрактуры всех крупных суставов Подвывих левого ТБС Ограничение амплитуды суставов	Не организован Нет распорядка дня и рутин Невозможно организовать позу сидя Самостоятельно не ходит Ограниченный репертуар манипулирования верхними конечностями Нет опыта контакта с ровесниками Нуждается в помощи при кормлении, гигиене, пользовании туалетом, одевании	Личностные факторы: • Любопытный • Ведущая деятельность игровая • Негативный опыт от госпитализаций и реабилитаций Неполная семья (мать, сиблинг) Маленькая квартира Прикреплены к профильным учреждениям Отсутствие подходящих ТСР, ортопедическое снабжение неполное

2. Выделить Мите «свой» уголок, сделать его безопасным (напольное покрытие), подобрать варианты укладок и сделать высокий стабильный стульчик (как при эндопротезировании).

3. Игры: катать машинки (парковка-гараж со спиральным спуском и лёгкими вёрткими машинками, достаточно крупными, чтобы по ним попасть, адаптация машинки с крупным кольцом сверху), боулинг (адаптация с желобками, чтобы Митя мог сбить кегли). Досуг: можно сделать книгу (без текста, с картинками) с толстыми страницами и закладками, чтобы Мите было проще переворачивать – например, книгу про его жизнь; второй вариант книги – с фетровыми фигурками на липучках, чтобы они с сестрой могли составлять разные истории.

Задача №4

Константин Л., 19 лет

Ds: несовершенный остеогенез

Родился у «хрупкой» женщины в Биробиджане. До 5 класса вёл активную жизнь, затем – первый перелом -падение с велосипеда, перелом шейки бедра. Всего по настоящее время - 50 переломов. Последний раз – перелом луча в типичном месте под весом терлики.

Студент 1 курса. Полтора года назад у Кости умерла мама, затем через полгода бабушка. Отец с ними никогда не жил, ушёл сразу, как только узнал о диагнозе. Подопечный БФ «Хрупкие люди», фонд оплачивает съёмное жильё и няню-тьютора.

Первая коляска появилась в 5 классе. По словам самого Кости, он полжизни провёл в гипсе. Он с ужасом вспоминает, как один раз на прогулке оступился и сломал 6 костей. Говорит, что к переломам уже привык, и относится к ним «как к насморку».

За несколько месяцев до эпидемии коронавируса у тёти обнаружили меланому. Костя впал в сильнейшую депрессию, назначенное лечение сильно «загрузило» его. Он практически перестал выходить из дома, несмотря на то, что сотрудникам фонда удалось добиться от органов соцзащиты адаптации парадной (лифт и пандус) и уменьшения высоты поребриков у входа. Во время ухудшения эпидемиологической ситуации и введения карантина выходить стало опасно, Костю это устроило. В общей сложности он не выходил из дома уже около полугода. Кроме учёбы он много играет в компьютерную сетевую игру. Друзей в Петербурге он так и не завёл.

Из-за множественных переломов тело стало диспропорциональным. Стол, за которым учится Костя – обычный офисный – не позволяет ему полностью закатить под него коляску, кроме того, он практически упирается Косте в подмышки.

А ещё Костя стал бояться перемещаться из кровати в коляску и обратно – это занимает около часа, он очень медленно и потихоньку сползает.

Большие трудности представляет мытьё. Всё тело он моет когда приходит няня- тьютор, но в фонде работают только девушки, и это всегда очень неловкая ситуация. Костю смущает, что девушке тяжело помогать ему залезать в ванную и вылезать из неё. Он боится, что она сорвёт спину, пока она помогает ему усесться на дно ванной. Костя всегда моется душем, наливать в ванну воду – боится.

Готовит себе сам, недавно от фонда привезли небольшую посудомоечную машину и починили старенькую стиральную.

Ещё Костя старается поменьше пить, чтобы пореже пользоваться уткой и потому что сходить по большому означает долгое и небезопасное перемещение на унитаз.



Задание:

- 1) Составьте лист проблем Кости в парадигме МКФ
- 2) Какие варианты адаптации среды Вам кажутся необходимыми?
- 3) Предложите план эрготерапевтического вмешательства

РЕШЕНИЕ:

Решение:

- 1) Структуры и функции – ограничения подвижности в суставах, хрупкость костей; активность и участие – студент, сам готовит, ходит в туалет, умывается, нужна помощь при полной гигиене, барьеры – неподходящий стол, ресурсы – подопечный фонда, обустроенная квартира, есть помощница.
- 2 и 3) 2)
- 3) Подъёмник переместитель, сиденье на ванную, адаптированная мочалка на длинной ручке, подобрать учебный стол, привлечь в помощники молодого человека, работа с психологом.

Задача №5

Алексей, 16 лет

DS: Последствия позвоночно-спинномозговой травмы на уровне Th11-Th12. Нижний вялый парапарез. Контрактуры суставов нижних конечностей. Оссифицирующий миозит левого бедра. Нарушения функции тазовых органов.

Антропометрические данные:

Ширина таза – 37 см

Длина бедра – 47 см

Длина голеней – 49 см

От сиденья до нижнего угла лопатки – 35 см

Ширина спины в области лопаток - 32 см

Обхват бёдер - 98 см

Рост – 178 см

Вес – 68 кг

Объективно при осмотре: Самостоятельно стоять не может; вертикальная поза возможна только в ортопедических аппаратах и с опорой на ходунки; требуется помощь в надевании ортопедических аппаратов и двигательном переходе из положения сидя в положение стоя; Может сидеть без поддержки на кровати со спущенными ногами. Ограничение движения левого ТБС в связи с разрастанием остеофита бедренной кости и постоперационным положением левого ТБС и бедра. Тенденция к формированию сколиотической деформации туловища. Ротация и перекос таза. Вальгусная установка обоих ГЛС с преимущественной деформацией правой стопы. Отсутствие полного самостоятельного разгибания в коленных суставах и фиксации их в замкнутом состоянии. Когнитивно сохранен. Достаточная сила мышц рук

При опросе выяснены следующие данные: Живёт с мамой и отцом в 2х комнатной квартире. Тазовые функции не контролирует, есть остаточная моча после мочеиспускания. Ест и пьёт сам, может сам приготовить еду из того, до чего дотянется в холодильнике (дома высокий холодильник с морозилкой в полхолодильника снизу). Может самостоятельно помыться, сидя на сиденье для ванной, но нужна помощь в перемещении в чашу ванной. Гиперопека со стороны родителей; родители держат курс на двигательную реабилитацию – поездки в разные реабилитационные центры, комната Алексея заставлена всевозможным оборудованием, взятым в прокат. Поскольку личная комната Алексея заставлена оборудованием для реабилитации – его «переселили» жить в общую комнату где спят родители, поставив ему там же функциональную кровать (механическую). Нет «своих» специалистов, которые «ведут» Алексея, занятия происходят хаотично и бессистемно по всем возможным методикам. Учащийся школы, готовится поступать в ИТМО. В квартире узкие дверные проёмы. Раздельный санузел и малые размеры ванной комнаты, не позволяющие заехать на коляске и отсутствие места для маневра перемещения. Есть обязанности по дому, требующим мобильности и маневренности. Посещает дополнительные занятия адаптивным спортом. Семья ведёт активный образ жизни с выездами. Имеющаяся кресло-коляска не соответствует антропометрическим данным.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Составить лист проблем Алексея в парадигме МКФ
- 2) Предложите варианты адаптации квартиры под нужды Алексея;
- 3) Подберите подходящую кресло-коляску для Алексея

РЕШЕНИЕ:

1) Нарушение структур и функций: нижний парапарез, контрактуры, оссификат, активность и участие – учащийся школы, самообслуживание, адаптивный спорт; барьеры – установки родителей – двигательная реабилитация, нет своей комнаты, бессистемная работа профильных специалистов, узкие дверные проёмы, неподходящая коляска, совмещённый санузел; ресурсы – семья, друзья, адаптивный спорт, профильные специалисты

2) Проанализировать оборудование в комнате Алексея, «расхламить» комнату, продумать перестановку – чтобы было места для манёвра на коляске (к кровати, к столу), рядом с кроватью установить высокую стабильную тумбу. Рассмотреть варианты сделать санузел совмещённым, если ремонт не входит в планы родителей – задуматься о прикроватном туалете или интермиттирующей катетеризации. Продумать ситуацию с холодильником – на нижнюю полку, до которой Алексей дотягивается, оставлять минимальный набор продуктов, из которых можно приготовить поесть.

3) Кресло-коляска активного типа (спинка с регулируемым углом наклона; сиденье с регулируемым углом наклона; подножки с регулируемой опорой стопы; подлокотники, регулируемые по высоте; держатели для ног; ширина сиденья 39 см, глубина сиденья 45 см, высота подножки 50 см, высота спинки 32 см, высота подлокотников 25 см.

4)

Задача №6

Марина, 30 лет

DS: Последствия тяжелой закрытой спинномозговой травмы: закрытый травматический разрыв диска С6-С7 с ушибом спинного мозга тяжелой степени тяжести. Верхний парапарез, нижняя параплегия. Нарушения функции тазовых органов. Нарушения всех видов чувствительности ниже уровня поражения.

Антропометрические данные:

Ширина таза – 38 см

Длина бедра – 43 см

Длина голени – 43 см

От сиденья до плеча -51 см

От сиденья до нижнего угла лопатки – 37 см

Ширина спины в области лопаток - 29 см

От сиденья до локтя -25 см

Рост – 165 см

Вес – 65 кг

Объективно при осмотре: Самостоятельно стоять не может. Может сидеть только с опорой под спину; держит голову, плечи в протракции. Приходится «наклонять» таз назад и опираться на спинку коляски, чтобы не заваливаться вперёд. Сидит в неподходящей коляске (складная коляска с тряпочным сиденьем, которыми пользуются в аэропортах; ноги завалены в одну сторону, тряпочная спинка провисает как гамак). Ротация и перекося таза;

Когнитивно сохранна. Функция ВК: паралич сгибателей запястья, трицепса и рук, трудности с захватом и освобождением. Деформация стоп;

При опросе выяснены следующие данные: Эмоциональный фон снижен! Вялая, неконтактная, на вопросы отвечает односложно, считает, что её жизнь закончена и ничего хорошего впереди (Марина попала в ДТП будучи беременной, получила травму и потеряла ребёнка; гражданский муж ушёл от Марины практически сразу после ДТП; сам он пострадал несильно – отделался лёгким сотрясением мозга и парой царапин). Живёт одна в своей однокомнатной квартире. На помощь приходит отец перед и после работы; весь день Марина лежит дома на диване и смотрит телевизор. Не может произвольно контролировать кишечник / мочевого пузыря; по данным заключения уролога – есть остаточная моча после мочеиспускания и высокий тонус детрузора. Может управлять коляской небыстро, толкая колёса основанием кисти; сама переместиться в/из коляски не может – нужна помощь. Дома: совмещённый санузел с душевой кабиной «в пол»; есть лифт, пандусы

ЗАДАНИЕ:

1. Предложите варианты адаптации квартиры под нужды Марины;
2. Подберите подходящую кресло-коляску для Марины
3. Какие ещё ТСР облегчат Марине жизнь?
4. Какие стратегии вы бы ещё осуществили в ситуации с Мариной?

РЕШЕНИЕ:

1) Сменить диван на функциональную кровать с электрическим приводом (изменение высоты, наличие секций, подъём головного конца); санитарный стул с поддержками корпуса и головы для мытья, стационарно установленный в душевой кабине

2) Кресло-коляска комнатная с ручным приводом комнатная; сиденье с регулируемым углом наклона; подножки с регулируемой опорой стопы; подлокотники, регулируемые по высоте; ширина сиденья 40 см, глубина сиденья 41 см, высота подножки 43 см, высота спинки 51 см, высота подлокотников 25 см; из аксессуаров – подголовник, тазовый ремень, боковые поддержки туловища

3) Подъёмник-переместитель типа Арнольд или Аккурат Стендинг, ортопедическое снабжение (туторы, аппараты, корсет) – после консультации с ортопедом, урологическое снабжение (катетеры, подгузники) – после консультации с урологом; коляска прогулочная, санитарный стул с дополнительными поддержками.

4) Работа психолога с Мариной, встать на учёт в районный центр инвалидов, получить помощь социального работника.

Задача №7

Евгений, 37 лет

DS: Последствия огнестрельного ранения на уровне С4 с клинической картиной полного функционального перерыва спинного мозга. Тетраплегия. Нарушения функции тазовых органов. Нарушения всех видов чувствительности ниже уровня поражения.

Антропометрические данные:

Ширина таза – 37 см

Длина бедра – 48 см

Длина голеней – 45 см

От сиденья до макушки – 92 см
 От сиденья до плеча - 57 см
 Ширина спины в области лопаток - 33 см
 От локтя до сиденья - 27 см
 Рост – 176 см
 Вес – 67 кг

Объективно при осмотре: Может сидеть только с опорой под спину; не стоит; голову удерживает. Сидит в неподходящей коляске (складная коляска с очень широким тряпчонным сиденьем, которыми пользуются в аэропортах; ноги завалены в одну сторону, тряпчонная спинка провисает как гамак). Ротация и перекос таза. Деформация стоп. Когнитивно сохранен. Сублюксация плечевых суставов.

При опросе выяснены следующие данные: Женат, есть ребёнок – дочка 3х лет; жена чуткая и заботливая. Евгений весёлый, много шутит. Не может произвольно контролировать кишечник / мочевого пузыря; по данным заключения уролога – есть остаточная моча после мочеиспускания. Управлять коляской руками не может. Дома: совмещённый санузел с ванной; есть лифт, пандусы. Нужна помощь во всём (еда, перемещение, гигиена). Гигиена: жена обтирает Евгения в кровати, Евгений мечтает помыться в ванной, но понимает, что жене не под силу переместить его в ванну

ЗАДАНИЕ:

1. Предложите варианты адаптации квартиры под нужды Евгения и облегчения ухода за ним для его жены;
2. Подберите подходящую кресло-коляску для Евгения
3. Какие ещё ТСР облегчат Евгению жизнь?
4. Какие стратегии вы бы ещё осуществили в ситуации с этой семьёй?

РЕШЕНИЕ:

1. Сменить диван на функциональную кровать на пульте (изменение высоты, наличие секций, подъём головного конца); санитарный стул с поддержками корпуса и головы для мытья, стационарно установленный в ванной при условии наличия подъёмника-переместителя типа Арнольд или Аккурат Стендинг, простынь или рукав для перемещения в кровати

2. Кресло-коляска комнатная с ручным приводом комнатная с дополнительными поддержками головы и туловища; сиденье с регулируемым углом наклона; подножка, регулируемая по высоте; подлокотники, регулируемые по высоте; ширина сиденья 40 см, глубина сиденья 46 см, высота подножки 45 см, высота спинки 57 см, высота подлокотников 27 см; из аксессуаров – подголовник, тазовый ремень, боковые поддержки туловища

3. ортопедическое снабжение (туторы, аппараты, корсет, ортезы на плечевые суставы) – после консультации с ортопедом, урологическое снабжение (катетеры, подгузники) – после консультации с урологом; коляска прогулочная, санитарный стул с дополнительными поддержками.

4. Встать на учёт в районный центр инвалидов, получить помощь социального работника.

Задача №8

Павел, 27 лет

DS: Последствия тяжелой закрытой кататравмы: закрытый травматический разрыв диска L5 с ушибом спинного мозга тяжелой степени тяжести. Нижний парапарез. Высокий тонус нижних конечностей.

Антропометрические данные:

Ширина таза – 37 см
 Длина бедра – 48 см
 Длина голени – 45 см
 От сиденья до плеча - 57 см

Ширина спины в области лопаток - 33 см

От локтя до сиденья - 27 см

Рост – 178 см

Вес – 68 кг

Объективно при осмотре: Может самостоятельно сидеть, стоять в ортопедических аппаратах типа КАФО опираясь на ходунки типа «рамка»; может пересест с коляски на кушетку для осмотра и обратно. Сидит в коляске со спинкой по надплечье с сильно отставленными назад ведущими колёсами – жалуется, что коляска неудобная, спинка мешает и сильно устают руки. Деформация стоп. Когнитивно сохранен. Функция ВК: в полном объёме

При опросе выяснены следующие данные: До травмы работал инструктором по горным лыжам на Камчатке – травму получил на рабочем месте; была назначено денежное пособие по решению работодателя и сохранено рабочее место – Павел занимается с детьми ОФП. Есть гражданская жена Елена, которая начала терять терпение, что Павел восстанавливается после травмы не так быстро, как ей представлялось; но она везде сопровождает Павла и всячески ему помогает; благодаря Елене Павел посещает не только реабилитационные мероприятия – но ещё ходит на кинопремьеры, ужинает в кафе, продолжает встречаться с общими знакомыми (они не прекратили общение с Павлом и Еленой после его травмы), посещает выставки и концерты. Павел утверждает, что чувствует, когда должно произойти мочеиспускание (ощущение лёгкого покалывания внизу живота), но после обследования уролога выяснилось, что у него есть остаточная моча после мочеиспускания и ему была назначена интермиттирующая катетеризация (эту манипуляцию он выполняет сам). Самообслуживание – полностью всё сам (приём и приготовление пищи, гигиена, покупки, ведение счетов). Квартира на 3 этаже пятиэтажного дома, лифта нет. Чтобы подняться в квартиру – Павел вылезает из коляски, садится на ступеньки спиной к лестнице и поднимается вверх «на руках», подтаскивая коляску за ремешок.

ЗАДАНИЕ:

1. Составить лист проблем Павла в парадигме МКФ
2. Подберите подходящую кресло-коляску для Павла

РЕШЕНИЕ:

1) Нарушение структур и функций: нижний вялый парапарез, высокий тонус нижних конечностей; активность и участие – работа, самообслуживание, социальная жизнь; ресурсы: работает, есть гражданская жена, друзья; барьеры – неподходящая коляска.

2) Кресло-коляска активного типа спинка с регулируемым углом наклона; сиденье с регулируемым углом наклона; подножки с регулируемой опорой стопы; подлокотники, регулируемые по высоте; держатели для ног; ширина сиденья 39 см, глубина сиденья 46 см, высота подножки 45 см, высота подлокотников 25 см, высота спинки – 33 см.

Задача №9

Светлана С., 65 лет. наблюдается в ревматологическом отделении.

Живёт в однокомнатной квартире, на 17 этаже, лифт есть. От метро 20 минут пешком, у дома есть магазины в шаговой доступности с минимальным набором продуктов. Работает в Научно-исследовательском институте, сейчас работа в основном за компьютером. Перемещается по улице с одноопорной тростью.

С её слов: общая утомляемость и недомогание, часто нет аппетита (много курит и пьёт крепкий чёрный кофе литрами - прим. ЭТ), часто субфебрильная температура. Суставные симптомы включают боль, припухлость и скованность. Скованность отмечается утром после пробуждения и продолжается примерно час, и может также наблюдаться и после длительного состояния покоя. Суставы утром болезненные, с гиперемией, отёком и повышенной температурой тканей над суставами, и ограниченной подвижностью

На осмотре - поражены суставы запястья, пястно-фаланговые суставы 2 и 3 пальцев, проксимальные межфаланговые суставы; часто удерживает дистальные и межфаланговые суставы в состоянии сгибания - говорит, так меньше болит. Ульнарная девиация кистей.

деформации 2 и 3 пальцев обеих рук по типу шеи лебедя и пуговичной петли. Недавно появилась боль в руке и запястье, с покалыванием и онемением, распределенную по ладонной стороне I, II, III пальца. Также по ночам просыпается с ощущением жжения или ноющей боли, а также с чувством онемения и покалывания; нужно долго встряхивать руку, чтобы получить облегчение и восстановить чувствительность. Это очень влияет на качество ночного сна, Светлана недосыпает и чувствует себя очень разбитой. Стало намного сложнее приносить покупки из магазина, пакет очень врезается в руку и становится больно всей руке, особенно запястью.



ЗАДАНИЕ:

1. Составить лист проблем в парадигме МКФ
2. Какие варианты адаптации среды Вам кажутся необходимыми?
3. Предложите план эрготерапевтического вмешательства

РЕШЕНИЕ:

1) Структуры и функции - деформации суставов, боль, ограничение движения в суставах, общая утомляемость, плохой сон; активность и участие – работает, сама себя обслуживает; барьеры и ресурсы – наличие работы, благоустроенной квартиры, трости, нерациональное питание, нет родных.

2) 2,3) ортезы от ульнарной девиации, лебединой шеи, на лучезапястный сустав. Их ношение улучшит качество ночного сна, снизив боль. Консультация диетолога, коррекция рациона питания. Смена паттернов манипулирования руками, подбор вспомогательных средств, адаптация активностей.

Задача №10

Ксюша, 7 лет

Основной диагноз: ДЦП, спастический тетрапарез. Левосторонний грудно-поясничный сколиоз 2 степени. Лёгкая клиновидная деформация переднего отдела. Дисплазия ТБС. Эквinovальгусная установка стоп.

Сопутствующий диагноз: Гиперметропия слабой степени, фоновая ретинопатия, синдром Жильбера.

Объективно при осмотре и наблюдении за ребёнком: Речь очень тихая, замедленная, не всегда чёткая; иногда требуется «перевод» от мамы, что она охотно делает, даже тогда, когда оппонент Ксюшу понял. Говорить Ксюша предпочитает простыми нераспространёнными предложениями, состоящими из существительных и глаголов. Ксюша очень плохо ориентируется в пространстве, путает право и лево, верх и низ, также путает части тела; девочка постоянно переспрашивает, что будет происходить с ней дальше, хотя мама озвучивала ей план на день несколько минут назад; может сидеть на обычном стуле, удерживая себя руками (с опорой на руки) и балансируя – заметно, что она прикладывает к этому значительные усилия; но постепенно она начинает «горбиться» (позиционный кифоз) и заваливаться вбок; может сидеть самостоятельно в положении «W» без опоры на руки; может ходить без поддержки за руку – очень медленно, только в помещении, на короткие расстояния; сама ест и пьёт, очень медленно – что раздражает маму и она всё время девочку подгоняет; сама может надеть и снять кофту и футболку; обувь и брюки – нет; любит играть «в посудку» и любит рисовать – предпочитает толстые фломастеры или кисточки с толстой ручкой; не может захватить со стола карточку или пазл – только передвинуть по поверхности стола; тазовые функции контролирует – просится в туалет, мама её туда отводит и держит в процессе, никакими приспособлениями

никогда в уборной не пользовались (поручни, подставка для ног). Одна девочка справиться не сможет – не усидит на унитазе. Даже с поддержкой мамы случаются ситуации, когда Ксюша в туалет попросилась, но мочеиспускания не произошло – «не смогла расслабиться» - так это объясняет мама.

Семья переехала в Санкт-Петербург в мае 2019 из Пензы, с намерением остаться на постоянное место жительства и отдать девочку в школу уже в новом городе. Аргументацией в пользу переезда было то, что в родном городе отсутствует система помощи ребёнку – инвалиду. Отношения между родителями очень тёплые, видно, что девочка желанная и любимая. Переехав, семья особо не торопится затевать все необходимые оформления бумаг – прикрепление к поликлинике, подачу заявления в школу и прочее. Первым делом родители определили Ксюшу на курсовую реабилитацию в коммерческий центр.

Из беседы было выяснено, что ни ТСР, ни ортопедическими изделиями семья никогда не пользовалась, в ИПРА (3 раздел) вписана только ортопедическая обувь.

В анамнезе – перелом берцовой кости, двусторонние подвывихи ТБС. Сильный тонус приводящих мышц и «тройное сгибание».

Трудности, которые описали родители: ребёнок самостоятельно не ходит, когда пытаются вести за руку – часто спотыкается и падает, идёт очень медленно, очень плохо сидит на обычных стульях – с круглой спиной, и потихоньку заваливается вбок, речь невнятная для окружающих, и очень тихий голос.

ЗАДАНИЕ:

Составьте лист проблем пациентки

Поставьте 1 долгосрочную и 2 краткосрочные цели

Составьте план эрготерапевтического вмешательства.

Задача №11

Коля, 15 лет. Отсутствует вербальная коммуникация. Коммуникативный жест указательный, есть пара жестов, обозначающих желание поесть и погулять. В школе и дома проявляет нежелательное поведение в виде криков, физической агрессии в сторону взрослых. Часто поведение возникает, когда ребенок что-то хочет, а окружающие по различным причинам не могут ему это дать. Также, поведение возникает в случаях, когда надо ждать, например, пока все соберутся, чтобы пойти гулять. Часто в школе физическая агрессия возникает, если его задержали на уроке или надо доделать сложное упражнение.

ЗАДАНИЕ:

Составьте лист проблем пациента в парадигме МКФ и распишите стратегию эрготерапевтического вмешательства

РЕШЕНИЕ:

Нужно вводить альтернативную коммуникацию, визуальное расписание, чтобы ребёнок понимал, что будет происходить смена деятельности; также можно использовать визуальный таймер или обратный отсчёт до смены деятельности.

Задача №12

Лева, 8 лет, высокофункциональный аутист. Проблемное поведение: на улице, когда на него никто не смотрит, пытается пить из лужи. Запрос от родителей придумать социальную историю, чтобы ребенок понимал, что это опасно.

ЗАДАНИЕ:

1.. Какую социальную историю можно придумать для этого случая, на что в ней можно обратить внимание. Оформите ее.

2. Какие еще средства поддержки можно использовать, чтобы решить проблему?

РЕШЕНИЕ:

Скорее всего, такое поведение – это попытка ребёнка таким поведением привлечь внимание взрослых, чтобы они заняли его, потому что сам он слабо представляет возможные варианты. Один из вариантов – сделать социальную историю о том, чем он может заниматься на улице: например, на детской площадке можно качаться, кататься с горки, лазать в лабиринте, играть с другими ребятами в подвижные игры или в машинки, а по дороге от площадки до дома можно изучать растения или собирать камешки. Не будет лишним также расписание – например, в котором будет представлена деятельность начиная за полчаса до прогулки – туалет, попить, собрать рюкзачок, на прогулке идём до парка, качаемся на качелях на площадке, затем ползаем по лабиринту, затем можно поиграть в мяч.

Плохой стратегией будет сделать социальную историю о том, как плохо пить из лужи – это не сработает. Нужна история как можно по-другому привлечь внимание, и рассказывать о своих нуждах. Обязательно нужно иметь с собой бутылку воды, раз это повторяющееся поведение с питьём из лужи, и нельзя исключить жажду ребёнка, о которой он не умеет сообщить социально приемлемым способом.

Задача №13

Семен, 9 лет. ДЦП, II уровень по GMFCS, PAC, не говорит. Умственная отсталость легкой степени под вопросом. Передвигает на коляске с помощью. Ребенок проживает в детском доме. Посещает школу. Ребенок очень рад другим людям, включается в задание, пытается выполнять. Не может себя занять в свободное время. Проблемное поведение проявляется в том, что имеется физическая агрессия по отношению к людям, которые подходят к нему близко. Если человек подойдет к нему близко (например, чтобы помочь ему сделать какое-то действие), на расстоянии ноги или руки, он может попытаться ткнуть его в глаз пальцем или ударить ногой, если тот наклонится.

ЗАДАНИЕ:

Предложите стратегии решения проблемного поведения и, возможно, дополнительного эрготерапевтического вмешательства, если оно требуется.

РЕШЕНИЕ:

Проблемное поведение связано, скорее всего, с вниманием, с эмоциональной реакцией на ребёнка, и иногда с отказом от деятельности. Оптимальным вариантом будет использовать реактивную стратегию: взрослые не должны эмоционально реагировать на проблемное поведение, чтобы не подкреплять его действия; формирование позитивных игр, где бы ребёнок мог бы и взаимодействовать, и играть совместно с другим, чтобы внимание было позитивно, подбор игр на уровень двигательный и когнитивный, чтобы это стало профилактикой избегания совместных игр, чтобы ему было проще, и он получал эмоции от других.

Задача №14

Вася, 8 лет. Умеренная умственная отсталость. Ребенок не говорит. Обучается в классе «Особый ребенок». Родители в разводе, воспитывает мама. Инструкции выполняет, интересуется сенсорными и активными играми, с удовольствием включается в них. Есть несколько навыков самообслуживания, но без подсказки их не реализует. Нравится помогать другим взрослым, но, если попросят, сам инициативы не проявляет. Проблемное поведение выражается в том, что, если его оставляешь одного на уроке или на перемене он начинает раскачиваться всем телом (обычно сидя, но может и стоя). Мама отмечает, что такое же поведение ребенок демонстрирует и дома. При этом, его можно достаточно легко отвлечь от этого действия просто окликнув его по имени.

ЗАДАНИЕ:

1. Составьте лист проблем в парадигме МКФ.
2. Предложите стратегии вмешательства.

РЕШЕНИЕ:

1. Важно, чтобы обучающиеся расписали домен «Отдых и досуг» в разделе «Активность и участие»

2. Ввести визуальное расписание, на переменах и самостоятельных моментах можно начинать вводить «играть» и предлагать на выбор несколько игр, которые бы ему понравились (которые соответствуют его уровню развития). Во время обучения давать ему визуально оформленные этапы деятельности (как выполнить задание).

Задача №15

Маша, 14 лет. ДЦП, III уровень по GMFCS, интеллект сохранен. Живет с мамой, родители в разводе. В семье гиперопека. На уроках отказывается заниматься, говорит, что ей не интересно. При этом, увлекает учителя на посторонние темы, при возвращении к заданию проявляет негативизм (может отвернуться или скинуть тетрадь и учебник с парты). Заинтересована в общении со взрослыми вне урока, стремится им понравиться. При торге или шантаже со стороны учителя (давай ты сделаешь задание и потом поговорим, не буду с тобой общаться) проявляет агрессию. Мама считает, что у ребенка нет проблем.

ЗАДАНИЕ:

- 1) Составьте лист проблем в парадигме МКФ
- 2) Предложите план эрготерапевтического вмешательства

Задача № 16

В результате пожара воспламенилась одежда на ребёнке. Пламя затушили. При осмотре: состояние тяжелое, заторможен, безучастен, пульс частый, артериальное давление снижено, дыхание поверхностное. На коже лица пузыри с прозрачным содержимым, вскрывшиеся пузыри, участки обугленной кожи.

Задания

1. Определите неотложное состояние пациента.
2. Составьте алгоритм оказания доврачебной помощи.
3. Продемонстрируйте технику подсчёта пульса и измерения артериального давления.

Эталон ответа

1. Диагноз: термический ожог лица II-III степени, ожоговый шок.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи:
 - а) ввести обезболивающие средства;
 - б) наложить асептическую повязку, уложить;
 - в) согреть ребенка, напоить горячим чаем;
 - г) срочно госпитализировать в хирургический стационар.
3. Студент демонстрирует технику подсчета пульса и измерения артериального давления (на статисте).

Задача № 17

В школьной столовой у ученицы 6 класса во время торопливой еды и разговора появился судорожный кашель, затруднение дыхания. Её беспокоит боль в области гортани. Пациентка растеряна, говорит с трудом, испытывает страх. Лицо цианотично. Осиплость голоса. Периодически повторяются приступы судорожного кашля и шумное дыхание с затруднением вдоха.

Задания

1. Определите неотложное состояние пациента.
2. Составьте алгоритм оказания доврачебной помощи.
3. Продемонстрируйте технику проведения искусственной вентиляции легких (ИВЛ).

Эталон ответа

1. Диагноз: инородное тело верхних дыхательных путей.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи:
 - а) с помощью третьего лица вызвать бригаду “скорой медицинской помощи”;

б) попытаться удалить инородное тело с помощью пальцев. При неэффективности применить прием Гемлиха или придать пострадавшей дренажное положение с использованием вибрационного массажа грудной клетки;

3. Студент демонстрирует на фантоме проведение искусственной вентиляции легких (ИВЛ) согласно алгоритму.

Задача № 18

У девочки 12 лет при заборе крови из вены отмечается бледность, потливость, расширение зрачков. Затем потеря сознания.

ЗАДАНИЯ

1. Определите неотложное состояние пациента.
2. Составьте алгоритм оказания доврачебной помощи.
3. Продемонстрируйте технику проведения подкожной инъекции.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. В результате чувства страха у девочки возникло обморочное состояние.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи:
 - а) придать больной горизонтальное положение с приподнятыми ногами для улучшения мозгового кровообращения;
 - б) вызвать скорую помощь;
 - в) расстегнуть воротник, расслабить пояс для улучшения дыхания;
 - г) поднести тампон, смоченный раствором нашатырного спирта, к носу с целью рефлекторного воздействия на центральную нервную систему (ЦНС);
 - д) обрызгать лицо холодной водой, похлопать по лицу ладонями, растереть виски, грудь с целью рефлекторного изменения тонуса сосудов;
 - е) периодически контролировать пульс и наблюдать за пациентом до прибытия скорой помощи;
3. Студент демонстрирует технику проведения подкожной инъекции (на фантоме).

Задача № 19

Молодой человек обратился с жалобами на боль в правой половине грудной клетки, резко усиливающуюся при движениях, кашле, дыхании. Передвигается медленно, придерживает рукой больное место. Час назад, поскользнувшись, упал, ударился грудью о край тротуара.

Объективно: состояние средней тяжести, пораженная половина грудной клетки отстает в дыхании, дыхание поверхностное, с частотой 22 в минуту, пульс 80 ударов в минуту. Пальпаторно-резкая локальная болезненность и крепитация в проекции III-го и IV-го ребер по задней подмышечной линии, там же припухлость, кровоподтек.

ЗАДАНИЯ

1. Определите неотложное состояние пациента
2. Составьте алгоритм оказания доврачебной помощи.
3. Продемонстрируйте транспортную иммобилизацию (на фантоме) применительно к данной ситуации.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Диагноз: Закрытый перелом III и IV ребер справа.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи:
 - а) придать положение полусидя;
 - б) вызвать скорую помощь через третье лицо для транспортировки в ЛПУ;
 - в) применить местно холод;
 - г) обеспечить транспортировку в ЛПУ в положении полусидя.
3. Студент демонстрирует технику наложения повязки согласно алгоритму (на фантоме).

Задача № 20

В холле поликлиники у больного 42 лет внезапно развился приступ удушья. Больной сидит, опираясь руками о края стула, грудная клетка в состоянии максимального вдоха, лицо цианотичное, выражает испуг, частота дыхательных движений 38 в мин. Одышка экспираторного характера, на расстоянии слышны сухие свистящие хрипы.

ЗАДАНИЯ

1. Определите и обоснуйте неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Продемонстрируйте технику использования карманного дозированного ингалятора.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. У пациента приступ бронхиальной астмы. Диагноз поставлен на основании удушья, характерного вынужденного положения, экспираторной одышки, частоты дыхательных движений (38 в мин), сухих свистящих хрипов, слышных на расстоянии.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- а) вызвать врача для оказания квалифицированной медицинской помощи;
- б) расстегнуть стесняющую одежду, обеспечить доступ свежего воздуха;
- в) при наличии у пациента карманного дозированного ингалятора организовать прием препарата (1-2 вдоха) сальбутамола или беротека, новодрина, бекотида, бекломета и др., для снятия спазма гладкой мускулатуры бронхов.

3. Студент демонстрирует правила пользования карманным дозированным ингалятором.

3. Студент демонстрирует технику исследования пульса.

Задача № 21

Медсестру вызвали к соседу, которого ужалила пчела. Пострадавший отмечает боль, жжение на месте укуса, затрудненное дыхание, слабость, тошноту, отечность лица, повышение температуры.

Объективно: Состояние средней степени тяжести. Лицо лунообразное за счет нарастающих плотных, белых отеков. Глазные щели узкие. Температура 39°C, пульс 96 уд/мин, ритмичный, АД 130/80 мм рт. ст., ЧДД 22 в мин.

ЗАДАНИЕ

1. Определите и обоснуйте состояние пациента.
2. Составьте алгоритм действий м/с.
3. Соберите противошоковый набор.

Эталон ответа

1. У пациента развилась аллергическая реакция – отек Квинке.

2. Алгоритм действий:

- а) вызвать скорую помощь для оказания квалифицированной медицинской помощи;
- б) обнаружить жало и удалить его вместе с ядовитым мешочком с целью уменьшения распространения яда в тканях;

в) приложить холод на место укуса (мера, препятствующая распространению яда в ткани);

г) обильное питье с целью дезинтоксикации;

д) следить за состоянием пациента, осуществляя контроль за АД, пульсом, температурой, ЧДД, диурезом;

3. Студент демонстрирует знания и применения противошокового набора.

8.3.1.2. Представление клинического случая

Правила оформления клинического случая:

1. Сообщите о клиенте следующее:

-имя (можно вымышленное), пол и возраст;

-основной и сопутствующий диагнозы (если вы считаете, что это имеет значение);

- временной период (дату или иной временной указатель) первой встречи с клиентом;
 - в какой программе или в каком контексте вы встретились;
 - опишите историю жизни клиента (семейный, психосоциальный анамнез, особенности питания, окружающей среды, вредные привычки и пр.), но только те сведения, которые актуальны для описания клинического случая;
 - запишите трудности и жалобы, описанные пациентом и/или его представителем (локализация, выраженность, периодичность, продолжительность и др.), зафиксированные при первой встрече с клиентом в рамках описываемой клинической ситуации;
 - историю (анамнез) болезни с указанием состояний и заболеваний, выполненных медицинских вмешательств и их результатов (если вы считаете, что это имеет значение);
 - запрос клиента/представителя; их ожидания от работы с вами.
2. Опишите результаты осмотра и наблюдения за клиентом и общения с ним/его представителем в рамках описываемой клинической ситуации. Указывайте только те сведения, которые актуальны для описания клинического случая.
 3. Если есть информация, полученная от других специалистов, актуальная для выполнения задания, внесите ее сюда.
 4. Заполните лист проблем пациента в концепции Международной классификации функционирования.
 5. Поставьте цели в формате SMART.
 6. Представьте план ваших действий для достижения целей
 7. Укажите, какой информации вам не хватает
 8. Какие специалисты из вашего или других ведомств могут быть привлечены.

8.3.1.3. Ролевая игра

К теме Профессиональная коммуникация.

1. Работая в парах, разыграйте сценарий и запишите видео.
2. Договоритесь с другой парой и обменяться видео. Проведите оценку коммуникации «Специалист-клиент» (Специалист-другой специалист) и сделайте заключение.

Для подготовки заключения письменно ответьте на следующие вопросы:

1. Каковы чувства и эмоции пациента?
 2. Идентифицируйте проблему и ее источник?
 3. Использовалось ли активное слушание (повторение, рефлексия и прояснение) и Я-утверждения?
 4. Использовались ли открытые вопросы и утверждения для того, чтобы разговорить пациента?
 5. Использовались ли уместные паузы?
 6. Проявлялась ли симпатия к пациенту?
 7. Удалось ли избежать суждений или обвинений?
 8. Что можно было сделать, чтобы улучшить коммуникацию?
3. Каждый участник дела делает заключение индивидуально

Сценарий №1

В течение месяца к Вам на индивидуальные занятия приходит семья. Семья полная, единственный ребенок в семье – мальчик 4-х лет, с церебральным параличом (GMFCS – 4) и выраженными трудностями в области коммуникации (общается с помощью звуков и взгляда). Ранее они не посещали центр и это их первый месяц занятий. Вы договорились об оплате в конце месяца по счету, месяц завершился, и семья не произвела оплату. Вы разговариваете с мамой вашего клиента, которая говорит, что они не хотят оплачивать занятия, так как не видят от них результатов.

Сценарий №2

Вы работаете в школе, в вашем классе четверо детей с церебральным параличом GMFCS 2-3 уровней. На переменах Вы устаете для них игры с разнообразной двигательной активностью. На этой перемене вы играли в прятки и девочка, которая была ведущей,

споткнулась и упала, когда спешила на поиски одноклассников. Вследствие падения девочка разбила колено. Вы приняли все необходимые меры, но должны сообщить о случившемся бабушке, которая водит девочку в школу. Бабушка очень опекает внучку и считает, что девочка должна больше сидеть и отдыхать, ведь она «больная». У девочки второй уровень GMFCS.

Сценарий №3

Ваши занятия в течение нескольких лет посещает девочка 7 лет с неопределенным генетическим нарушением. Девочка имеет тяжелые двигательные нарушения, перемещается на коляске со множеством поддержек, у нее имеются корковые нарушения зрения. Девочка не говорит и в качестве средств общения вы используете две перезаписываемые кнопки, из которых девочка может делать выбор и предметы символы, обозначающие ключевые моменты дня и любимые занятия девочки. Полгода назад девочка пошла в школу и по словам родителей учительница использует с ней карточки в качестве средства общения. Вы решили обсудить ситуацию с учительницей.

Сценарий №4

Эрготерапевт: Вы работаете с пациентом, который 4 месяца назад оказался в инвалидном кресле. Через три недели он будет выписан домой. Пациент хочет вернуться домой, но он очень тревожен. Вы видите, что пациент крайне раздражен, и грубо ведет себя с теми, кто хочет ему помочь. Вы ненавидите конфликты и хотели бы избежать его любой ценой.

Пациент: Вы оказались в инвалидном кресле и четыре месяца находились в реабилитационном центре. Через три недели вы должны быть выписаны домой. Выписка из реабилитационного центра вас очень тревожит. У вас периодически возникает боль в грудной клетке, но вы боитесь об этом кому-нибудь рассказать. Вы боитесь, что вас сочтут «зависимым», а еще вы боитесь, что это так и есть. Вы очень устали и последние три ночи спали не больше 2-3 часов. Вы решили доверить свои страхи эрготерапевту, но вы так вымотаны и уязвимы, что не можете этого сделать, а надеетесь, что он и так вас поймет.

Сценарий №5

Эрготерапевт: Вы эрготерапевт и работаете с детьми с ДЦП. Одна мама приводит ребенка в ваш центр 3 раза в неделю, присутствует на занятиях и видит, как вы занимаетесь с ее ребенком и другими детьми. Мама и ребенок цыгане, Вы русский. Этот центр единственное место в городке, где ребенок может получать лечение.

Мама ребенка: Вы мама ребенка с ДЦП. Вы приводите дочку на занятия в реабилитационный центр три раза в неделю и ждете, пока она позанимается. Вам кажется, что эрготерапевт проводит меньше времени с вашей дочерью, чем с другими детьми. Вы цыганка, все остальные вокруг русские. Вы решили «разобраться» с эрготерапевтом. Вы злитесь, очень огорчены, вы боитесь, что конфликт приведет к тому, что вы скажете что-нибудь лишнее, от чего с вашей дочерью станут заниматься еще меньше. Это единственное место в городе, где вашей дочке могут помочь. Вы ощущаете негативное отношение к себе, потому что вы цыганка, не первый раз.

8.3.1.5. Подготовка презентации

К теме «Активность повседневной жизни». Работа в малых группах. Выберите 1 род деятельности, который вам хорошо знаком (например, стирка, приготовление еды, посадка цветов)

Проанализируйте эту деятельность относительно жизненного цикла человека. Когда (в каком возрасте и при каких условиях) навык появляется? как он меняется в течение жизни? Что способствует появлению и поддержанию этой деятельности. Что может оказывать на нее влияние? Выделите внешние и внутренние факторы, которые влияют на этот вид деятельности. Подготовьте презентацию PowerPoint (не более 10 слайдов).

8.3.1.4. Тестирование

Раздел 1.

1. Вследствие спинальной травмы пациент не может самостоятельно стоять и ходить, что

привело к отказу от прогулок – он совсем не выбирается из дома. Если ему подобрать кресло-коляску активного типа с подходящими параметрами – какой основной барьер удастся устранить?

- +А) физический
- В) личностный
- С) социальный

2 Почему при постановке целей оптимальным является использование SMART-формат?

- А) целеполагание по SMART прописано в протоколе использования МКФ
- +В) позволяет на этапе целеполагания обобщить всю имеющуюся информацию, установить приемлемые сроки работы, определить достаточность ресурсов, предоставить всем участникам процесса ясные, точные, конкретные задачи
- +С) этот формат увеличивает вероятность достижения цели

3. Ребенок с ЦП III уровня по GMFCS, 4 года, посещает специализированный д/с. У ребёнка есть двигательные нарушения – он не может ходить без использования ТСР, сидит сам в позе W, речь невнятная, смазанная (понимает только мама и «переводит»). Со слов мамы не любит играть и сам себя занять не может, с ним нужно всё время быть рядом. Его сопровождает команда специалистов (врачи, специалист по развитию движения, воспитатель, логопед). Родители выполняют все рекомендации специалистов. Какие ресурсы есть у этого ребенка?

- А) личностные
- +В) социальные
- С) физические

4. Пациент с левосторонним гемипарезом отказывается ходить с тростью по улице, хотя походка неустойчива и существует высокий риск падения. Какое нарушение вы отметили?

- +А) личностные особенности, влияющие на активность и участие,
- В) физический барьер
- С) фактор окружения

5. Почему мультидисциплинарная работа позволяет использовать формат МКФ в оценке пациента?

- А) позволяет разделить ответственность за пациента с коллегами;
- В) каждый специалист оценивает свою «область» нарушений у пациента;
- +С) позволяет холистически взглянуть на картину заболевания пациента, и составить максимально эффективный план вмешательства

6. В чем слабые стороны медицинской модели реабилитации?

- А) не учитывает личностные особенности пациента;
- В) рассматривает пациента как совокупность нарушений;
- +С) оба варианта верны

7. На какие факторы мы можем повлиять, организовав игровую деятельность ребёнка?

- +А) на физические
- +В) на личностные
- С) на социальные

8. Подросток 17 лет со спинальной травмой, проживающий в блочном пятиэтажном доме с отдельным санузелом (1,5 м на 0,93 м). Уход осуществляет мама. Юноша может самостоятельно переместиться с кровати на коляску или на стул. На данном этапе носит подгузник. Какие варианты решения проблемы вы видите?

- А) санитарный стул и ширма у кровати;

В) утка;

+С) оба варианта верны

9. Проблемноориентированный подход включает в себя:

+А) проблемы пациента,

В) проблемы вмешательства;

С) ранжирование проблем пациента по степени важности

10. В чём поможет составление листа проблем пациента?

+А) в постановке целей и определении коридора вмешательства;

В) поможет пациенту систематизировать происходящее с ним;

С) Чтобы ничего не упустить

11. У пациентки ревматоидный артрит, она носит ортез на 1 палец для защиты седловидного сустава. Это снижает боль в руке, и она без боли может пользоваться кухонной утварью. На какую сферу влияет ношение ортеза?

А) структуры и функции

+В) активность и участие

С) барьеры

12. Какие принципы включает в себя сопровождение пациента в парадигме МКФ?

+А) клиентцентрированность, проблемноориентированность, междисциплинарность, иерархичность подходов;

В) осуществление реабилитации в коллективе инвалидов;

С) максимально возможное быстрое выздоровление, возвращение инвалида к активному общественно полезному труду

13. У пациента с левосторонним гемипарезом частичный зрительный неглект. Какие нарушения структур произошли?

А) левое глазное яблоко;

+В) кора головного мозга правой гемисферы;

С) правый зрительный нерв

14. Каким критериям должна отвечать цель, выставленная в формате SMART:

+ А) максимально охватывающая проблемы пациента;

В) цели выставляет специалист ориентируясь на свой опыт;

С) сложная цель может быть не ограничена временными рамками

15. Ребенок с ЦП III уровня по GMFCS, 4 года, посещает специализированный д/с. У ребёнка есть двигательные нарушения – он не может ходить без использования ТСР, сидит сам в позе W, речь невнятная, смазанная (понимает только мама и «переводит»). Со слов мамы не любит играть и сам себя занять не может, с ним нужно всё время быть рядом.

Выберите корректную формулировку реабилитационной цели по SMART:

А) через месяц постоянных занятий у ребёнка снизится спастичность приводящих мышц бёдер;

В) в течение дня ребенок находится в правильных анатомически корректных положениях и пользуется ходунками;

+С) через 2 месяца ребенок совершает двигательный переход из положения сидя на стуле в положение стоя в заднеопорных ходунках и проходит 20 м

16. Ребёнок с ДЦП III уровня по GMFCS, 7 лет, сам не кушает, его кормят с ложки. Сидит на обычном стуле неустойчиво, нет супинации-пронации кисти. Какие утверждения верны?

А) есть самому в таком состоянии небезопасно;

+В) ребёнку не подобран стул и не организована поза;

+С) нет удобной ложки

17. Дайте определение термину участие:

А) это выполнение задачи или действия индивидом. Она представляет индивидуальную сторону функционирования;

+В) это вовлечение индивида в жизненную ситуацию. Оно представляет социальные стороны функционирования;

С) это параметр, отмечающий максимально возможный уровень функционирования

18. На что нужно ориентироваться при составлении плана вмешательства?

А) на количество времени, которое есть для работы с пациентом;

+В) на личностные особенности пациента;

+С) на функциональные возможности пациента

19. Какова основная цель использования МКФ?

+А) обеспечить унифицированным стандартным языком и определить рамки для описания показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем;

В) это инструмент для научных исследований;

С) ответственность за лечение возлагается на специалистов

20. Что такое капаситет?

А) это параметр, описывающий, что делает индивид в реально окружающей их среде, выявляя, таким образом, аспект вовлечения в жизненные ситуации;

+В) это параметр, отмечающий, максимально возможный уровень функционирования, которого может достигнуть человек в каком-либо домене перечня активности и участия в данный момент;

С) это факторы в окружении человека, которые посредством своего отсутствия или присутствия лимитируют функционирование и приводят к ограничениям жиз-недеятельности;

21. Профессиональная коммуникация в работе эрготерапевта представляет собой?

1. Общение специалиста с коллегами в рамках конференций, круглых столов и профессиональных встреч.

2. Участие в междисциплинарных обсуждениях клинических случаев.

3. Процесс налаживания контакта с клиентом и его семьей.

+4. Общение с клиентами и другими специалистами на различных уровнях.

22. Без чего не может быть коммуникации?

1. Без установления контакта.

2. Без использования устной речи.

3. Без визуального контакта между собеседниками.

+4. Без понимания контекста коммуникативной ситуации, хотя бы одним из коммуникативных партнеров.

23. Что отличает эффективную коммуникацию в профессиональном коллективе?

1. Возможность выстраивать эффективную командную работу.

2. Распределение ролей между всеми участниками того или иного профессионального процесса.

3. Поддерживающая обстановка в коллективе.

+4. Все варианты верны.

24. Что может негативно сказываться на эффективности коммуникации?

+1. Отсутствующий, равнодушный вид собеседника.

- +2. Пренебрежение к чувствам и мыслям собеседника.
- 3. Использование техник активного слушания.
- +4. Нецелевое использование гаджетов во время разговора.

25. На что влияет эмпатия в коммуникации с клиентом?

- 1. На постановку корректных реабилитационных целей
- 2. На эффективность процесса вмешательства
- 3. На выстраивание доверительных, поддерживающих отношений.
- +4. Все варианты верны.

26. Что может стать причиной конфликта между специалистом и клиентом?

- 1. Разделение ответственности между специалистом и клиентом
- +2. Специалист не информирует клиента о том, какие техники и методы реабилитации он использует и с какой целью.
- +3. Специалист использует стратегию «всезнающего профессионала».
- 4. Специалист привлекает клиента к совместной постановке целей.

27. Семья ребенка, проходящего реабилитацию, предъявляет претензии к специалисту, основанные на том, что с их ребенком занимаются меньше чем с другими детьми. Как специалист может это аргументировать, чтобы ситуация не переросла в конфликт?

- 1. Попросить предоставить доказательства сказанных слов.
- 2. Посоветовать обратиться к руководству реабилитационного центра.
- +3. Обсудить какая продолжительность занятия является эффективной для ребенка и почему.
- 4. Направить семью к другому специалисту.

28. Клиент не доволен качеством оказанных услуг. Что может помочь разрешить возникшую конфликтную ситуацию?

- 1. Проинформировать клиента о том, что при тяжести его состояния результаты реабилитации могли быть значительно хуже.
- +2. Выяснить суть претензий клиента и причины его недовольства.
- 3. Посоветовать клиенту другой реабилитационный центр.
- +4. Организовать командное обсуждение, с участием клиента.

29. Чего следует избегать при использовании техник активного слушания?

- +1. Непрерывного визуального контакта.
- 2. Задавания уточняющих вопросов.
- 3. Отзеркаливания позы и жестов коммуникативного партнера.
- +4. Повторения всего, что говорит собеседник.

30. Что может выступать причиной конфликта между специалистами в области реабилитации?

- 1. Используемые методы реабилитации.
- 2. Разные системы ценностей.
- 3. Неумение разделять ответственность в рамках реабилитационного процесса.
- +4. Все варианты верны.

31. Отметьте условия, при которых человек с проблемами здоровья может получить статус «инвалид»:

- А) лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты

Б) лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное последствиями травм, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты

В) лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты

+Г) все вышеперечисленные варианты верны

32. Ограничение жизнедеятельности – это:

А) полная или частичная утрата лицом способности самостоятельно передвигаться, и заниматься трудовой деятельностью

+Б) полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять основные компоненты повседневной жизни

В) полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание и заниматься трудовой деятельностью

+Г) полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью

33. Категория «ребёнок-инвалид» устанавливается людям в возрасте до:

А) 16 лет

Б) 14 лет

+В) 18 лет

Г) 12 лет

34. Перечислите виды дискриминации по признаку инвалидности:

А) отказ в обслуживании в заведениях общепита человеку с синдромом Дауна

Б) отказывают в трудоустройстве, несмотря на наличие вакансии и соответствие профессиональным и функциональным обязанностям

В) отказ в предоставлении услуг авиаперевозки инвалиду-колясочнику

+Г) все вышеперечисленные варианты верны

35. Дайте наиболее полное определение понятию медико-социальная экспертизы:

А) вид медицинской экспертизы, на котором происходит установление инвалидности освидетельствуемому лицу

+Б) признание лица инвалидом и определение в установленном порядке потребностей в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма

В) вид медицинской экспертизы для определения степени утраты профессиональной трудоспособности освидетельствуемому лицу

Г) экспертиза, где изучают распространенность и структуру инвалидности, причины, факторы и условия, влияющие на возникновение, развитие и исход инвалидности

36. Дайте наиболее полное определение ИПРА:

А) это система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма

Б) это документ, который оценивает реабилитационный потенциал инвалида

В) это документ, в котором прописывают что из технических средств реабилитации и протезно-ортопедических изделий положено инвалиду

+Г) это комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий,

включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных функций организма, формирование, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности

37. Что вносят в региональный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду?

А) Каждый регион обязан внести в свой региональный перечень все позиции из федерального перечня реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, и предоставить требуемое инвалиду из средств бюджета своего региона

+Б) Региональным законодательством может быть установлен дополнительный перечень предоставления ТСР жителям определённого региона

+В) В региональный перечень технических средств реабилитации вносятся позиции, не входящих в федеральный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду

38. Как Вы считаете, может ли инвалид, перемещающийся с тростью получить от государства кресло-коляску с электроприводом?

А) может, если его лечащий врач письменно подтвердит, что инвалид не справился с тестом «бти минутная ходьба»

+Б) не может, поскольку его группе инвалидности не соответствует желаемое ТСР

В) может, если напишет соответствующее заявление, в котором укажет, что он сильно устаёт от ходьбы

39. Признание человека инвалидом осуществляется:

А) на ВТЭК

+Б) на МСЭ

В) на приёме профильного по заболеванию/травме/дефекту узкого специалиста

Г) присваивается в больнице и выдаётся на руки вместе с выписным эпикризом

40. Какой приказ регламентирует перечень показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации:

А) № 181 -ФЗ

Б) Конвенция о правах инвалидов

+В) № 106н

Г) № 215н

41. К подходам в эрготерапии относят:

+А. Когнитивный;

+Б. Биомеханический;

+В. Поведенческий;

Г. Коррекционный;

+Д. Нейроразвивающий;

+Е. Клиенто-центрированный;

Ж. А, Б, Г;

З. Все ответы верны;

42. Содержание нейроразвивающего подхода включает:

+А. Принцип симметрии;

+Б. От проксимальных отделов к дистальным;

В. От дистальных отделов к проксимальным;

- +Г. Обучение через избегание ошибок;
 - Д. Принцип асимметрии;
 - Е. Обучение путем проб и ошибок;
 - +Ж. Нагрузка строго в пределах текущих возможностей
3. Нагрузка на грани возможного

43. Выбор подхода определяют:

- +А. Проблемы клиента
- +Б. Группы клиентов, ограничивающие возможности выбора
- +В. Условия работы в подразделении, где традиционно используют только один подход
- +Г. Знания или опыт ЭТ позволяют использовать лишь некоторые подходы или модели
- +Д. Личное предпочтение ЭТ определенного подхода или модели
- Е. Предпочтение семьи клиента

44. Назначение и подбор технических средств реабилитации – это часть:

- А. Нейроразвивающего подхода;
- Б. Поведенческого подхода;
- +В. Биомеханического подхода;
- Г. Все ответы верны;

45. Когнитивный подход в эрготерапии направлен на улучшение:

- А. Памяти
- Б. Внимания
- В. Исполнительных функций
- Г. Праксиса
- Д. Гнозиса
- +Е. Повседневной деятельности при вышеперечисленных нарушениях

46. Нейроразвивающий подход используется у пациентов с

- +А. Нарушением развития центральной нервной системы
- Б. Нарушением развития периферической нервной системы
- +В. Повреждением центральной нервной системы
- Г. Повреждением периферической нервной системы

47. Поведенческий подход используется у:

- А. Пациентов с последствиями повреждений центральной нервной системы
- Б. Пациентов с повреждением периферической нервной системы
- +В. Пациентов с нарушением паттернов поведения
- Г. Пациентов с судорожным синдромом

48. Биомеханический подход включает в себя:

- А. Подбор и назначение технических средств реабилитации;
- Б. Адаптацию окружения человека;
- В. Тренировку отдельных мышц туловища и конечностей;
- Г. Работу на эргопанели;
- +Д. Все ответы верны;

49. В рамках современной эрготерапии для построения программы реабилитации priori-тет отдается следующим подходам

- А. Когнитивный;
- Б. Нейроразвивающий;

- В. Поведенческий;
- Г. Клиент-центрированный;
- Д. Биомеханический;
- Е. Проблемно-ориентированный;
- Ж. Коррекционный;
- +З. Верные ответы Г и Е;
- И. Верные ответы Б и Г;
- К. Все ответы верны;

50. В рамках клиенто-центрированного подхода клиентом является:

- +А. Пациент;
- Б. Семья пациента;
- В. Пациент и его семья;
- Г. Пациент и главный его представитель (мать, супруг, ребенок и тд)

8.3.1.5. Демонстрация практического навыка

1. Оценка активного объема движений в суставах верхних конечностей
2. Оценка пассивного объема движений в суставах верхних конечностей
3. Оценка мышечной силы
4. Оценка поверхностной и глубокой чувствительности
5. Оценка стереогноза
6. Оценка кистевых и пальцевых захватов
7. Позиционирование человека в положении стоя с передней опорой
8. Перемещение пациента к изголовью кровати в положении лежа с использованием скользящих простыней/рукава
9. Перемещение пациента из положения лежа в положение сидя через положение на боку
10. Пересаживание пациента со стула/кровати в коляску
11. Перемещение пациента из положения сидя в положение стоя с использованием пояса для перемещения
12. Произвести замеры антропометрических данных человека для подбора коляски
13. Произвести замеры антропометрических данных человека, а также замеры коляски (вертикализатора, кресла, рабочего места, высоты столешницы), сделать заключение о том, подходит ли ТСР или предмет мебели данному человеку. Обосновать ответ.
14. Продемонстрировать оценку полости рта
15. Продемонстрировать приемы кормления с помощью в закрывании рта из положения перед пациентом
16. Продемонстрировать приемы кормления с помощью в закрывании рта из положения сбоку от пациента с поддержкой головы
17. Адаптировать столовый прибор (ручку для письма, кисть, другой инструмент) подручными материалами
18. Адаптация игрушки/игры
19. Адаптация рабочего места

8.3.1.8. Подготовка конспекта

В ходе отдельных лекционных занятий слушателю необходимо вести конспектирование учебного материала. Конспект должен содержать категории, формулировки, раскрывающие содержание тех или иных явлений и процессов, научные выводы и практические рекомендации, положительный опыт. В рабочих конспектах оставляются поля, на которых делают пометки, дополняющие материал прослушанной лекции, а также подчеркивающие особую важность тех или иных положений. Слушатель может задавать преподавателю уточняющие вопросы с целью уяснения теоретических положений, разрешения спорных ситуаций. В ходе подготовки к

семинарам конспект дополняется литературными данными. При этом учитываются рекомендации преподавателя и требования учебной программы.

8.3.1.6. Анализ наблюдения

К теме «Перемещение».

Слушатели должны оценить следующие моменты:

1. Оценка окружения.
2. Подготовка к перемещению.
3. Выбор способа и правильность выполнения алгоритма перемещения.
4. Взаимодействие с пациентом и коллегами.
5. Правильность позы, постановки ног, плавности и последовательности движений и действий перемещающего.
6. Оценка безопасности и комфортности всего процесса перемещения для пациента и перемещающего.
7. Конечный результат перемещения.

К теме «Физиология позы», «Позиционирование»

Слушатели должны оценить следующие моменты, касающиеся позы человека:

1. Симметричность
2. Равномерность распределения веса
3. Комфортность
4. Стабильность
5. Безопасность

8.3.1.10. Создание алгоритма действия

К теме «Анализ активности».

Слушатели создают алгоритм, следуя 8 шагам инструкции:

1. Описание активности
2. Используемые объекты и их свойства
3. Пространственные требования
4. Социальные требования
5. Строгость алгоритма выполнения и затраты времени
6. Необходимые действия
7. Необходимые функции
8. Требования безопасности

8.3.1.11. Анализ алгоритма выполнения действия

К темам «Анализ активности», «Адаптация активности»

Слушатели анализируют алгоритм, созданный другим специалистом, отвечая на следующие вопросы:

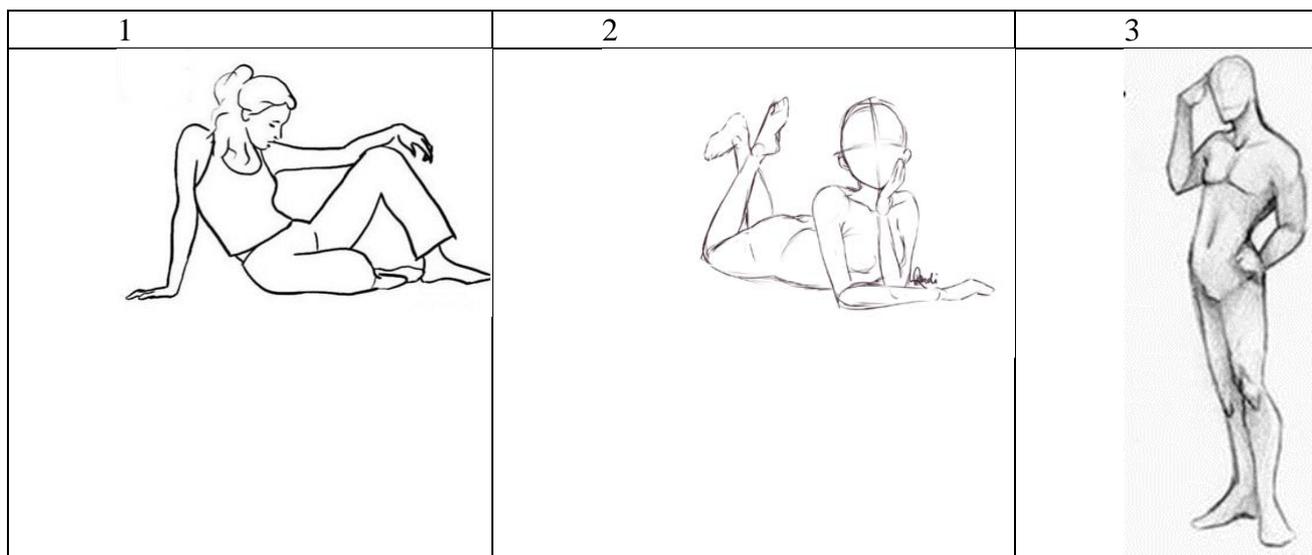
1. Включены ли в описание все используемые инструменты и объекты;
2. Учтены ли пространственные требования активности;
3. Соблюдены ли социальные требования;
4. Учтены ли все необходимые действия
5. Соответствуют ли действия функциональным возможностям пациента
6. Соответствуют ли действия требованиям безопасности

8.3.1.12. Контрольная работа

8.3.1.12.1 Контрольная работа к темам Основы движения, Позиционирование

Вариант 1

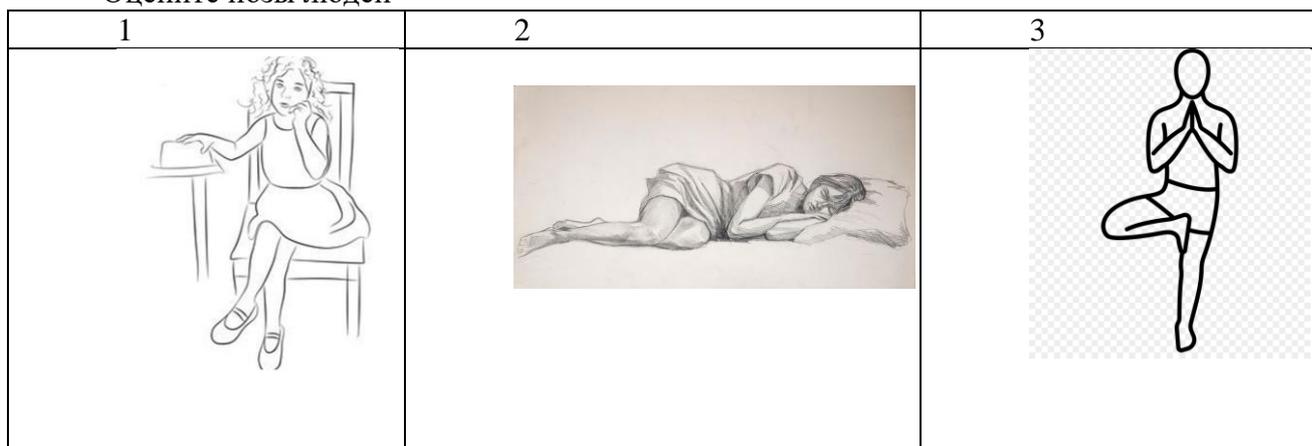
Оцените позы людей



Для каждой из представленных поз опишите отклонения в суставах и отделах позвоночного столба от нейтрального положения. Опишите положение головы, корпуса и конечностей с точки зрения определений биомеханики и физиологии человеческого тела.

Вариант 2.

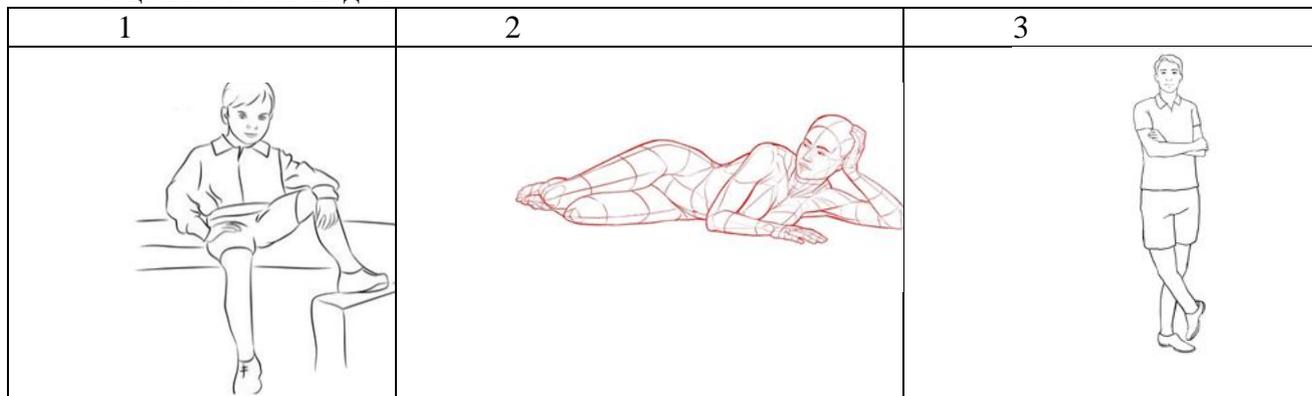
Оцените позы людей



Для каждой из представленных поз опишите отклонения в суставах и отделах позвоночного столба от нейтрального положения. Опишите положение головы, корпуса и конечностей с точки зрения определений биомеханики и физиологии человеческого тела.

Вариант 3.

Оцените позы людей



Для каждой из представленных поз опишите отклонения в суставах и отделах позвоночного столба от нейтрального положения. Опишите положение головы, корпуса и конечностей с точки зрения определений биомеханики и физиологии человеческого тела.

8.3.1.12.2. Контрольная работа к темам Анатомия верхней конечности, Оценка функций верхней конечности

Вариант 1

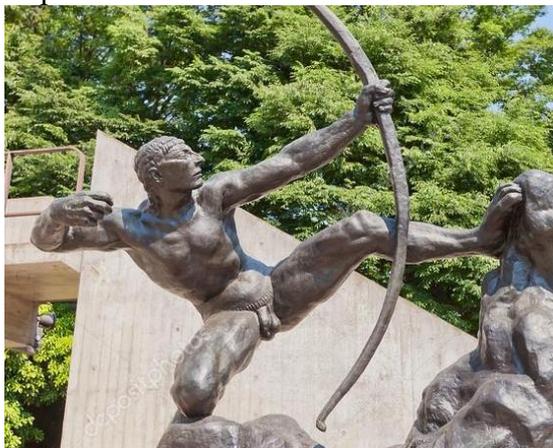


1. Опишите в каких положениях находятся суставы верхних конечностей?

Последовательно: Правая рука: плечевой сустав: _____, локтевой сустав: _____ и тд. Укажите примерный градус отклонения от нейтрального положения.

2. Какие движения невозможны, если не работает дельтовидная мышца? В каких видах деятельности будет испытывать затруднения человек?

Вариант 2.



1. Опишите в каких положениях находятся суставы верхних конечностей мужчины?

Последовательно: Правая рука: плечевой сустав: _____, локтевой сустав: _____ и тд. Укажите примерный градус отклонения от нейтрального положения.

2. Какие движения невозможны, если не работают червеобразные мышцы? В каких видах деятельности будет испытывать затруднения человек?

Вариант 3



1. Опишите в каких положениях находятся суставы верхних конечностей?

Последовательно: Правая рука: плечевой сустав: _____, локтевой сустав: _____ и тд.
Укажите примерный градус отклонения от нейтрального положения.

2. Что происходит, если не работает вращательная манжета плеча? В каких видах деятельности будет испытывать затруднения человек?

8.3.1.13. Проектная работа

Проектная работа проводится по актуализированной теме индивидуально, в парах или малых группах, в зависимости от типа проекта, объема запланированной работы. (Возможность выполнения проектной работы в паре или группе согласуется с преподавателем).

Возможная проблематика проектов: проблемы профилактики, создание информационных ресурсов для специалистов, пациентов, ухаживающих.

1. Первичная презентация содержит следующие разделы: название проекта, актуальность, цель, участники и этапы проведения работы, форма реализации.

2. SWOT-анализ проектов других участников группы.

3. Промежуточные доклады о ходе работы

4. Финальная защита проектов. Проводится в виде мини конференции (возможно присутствие работодателя). Время доклада не более 15 минут.

8.3.2. ФОС для итоговой аттестации

8.3.2.1. Представление клинического случая

1. Портрет пациента: Кратко опишите пациента, указав возраст, диагноз, способность к коммуникации, дополнительные нарушения. По описанию должны быть понятны особенности случая.

2. Оценка эрготерапевта

Опишите и обоснуйте нарушения структур и функций и ограничения активности и участия пациента, контекст окружения и личностные факторы.

3. Анализ возможностей и проблем пациента по МКФ

Для анализа может быть использована любая форма: таблица, схема, текст, - но структура должна быть понятна и описание полным. Важно показать взаимосвязи между различными разделами.

4. Планирование вмешательства

Список проблем и список целей к каждой проблеме

5. Описание вмешательства эрготерапевта

Описание того, что, кто и как именно будет делать. Должно быть обосновано, почему были выбраны те или иные методы воздействия, как они связаны с проблемами и на достижение каких целей они работают.

6. Рекомендации для родственников/ухаживающих

Эта часть должна продемонстрировать способность к письменной коммуникации с клиентами. Может быть выбрана любая форма, но следует помнить, что рекомендации должны быть связаны со списком проблем и целями.

8.3.2.2. Вопросы для устного собеседования.

1. Канадская модель эрготерапии
2. Аспекты анализа активности, сфокусированного на задаче
3. Физическое окружение. Классификация. Основные зоны оценки домашнего окружения, типичные средовые барьеры
4. Социальное окружение. Его влияние на процесс реабилитации и абилитации.
5. Компетенции эрготерапевта при работе с организацией процесса приема пищи.

Методы эрготерапевтической оценки.

6. Развитие когнитивных функций в онтогенезе.
7. Нормативно-правовая база по обеспечению ТСП.
8. Определение понятий постуральный менеджмент и постуральная коррекция.

Принципы составления программы постуральной коррекции для клиента с двигательными нарушениями.

9. Влияние факторов окружения на подбор ТСП
10. Основные вехи двигательного развития в онтогенезе.
11. Этапы развития игровой деятельности
12. Роль эрготерапевта в программах служб раннего вмешательства.
13. ДЦП. Классификации. Подходы с доказанной эффективностью
14. Принципы эрготерапевтического вмешательства у пациентов с хронической болью.

15. Особенности работы эрготерапевта со слабовидящими и слепыми людьми.
16. Особенности эрготерапевтического вмешательства у пациентов с неглектом
17. Эрготерапия при разных уровнях повреждения позвоночника и спинного мозга.
18. Понятие тяжелых множественных нарушений развития. Работа эрготерапевта с людьми с ТМНР

19. Схема выбора ортеза и назначение режима ношения ортезов для верхней конечности

20. Коммуникация: виды коммуникации, базовые принципы оценки коммуникации
21. Критерии физиологичной позы
22. Прогрессирующие состояния и работа эрготерапевта (на примере МДД, БАС или другого прогрессирующего заболевания)

23. Показатели психического здоровья детей
24. Эрготерапия при поражении суставов
25. Этапы развития функций верхней конечности
26. Эрготерапия у пациентов с ревматоидным артритом
27. Понятие профилактики. Виды профилактики. Примеры программ профилактики разного уровня.

28. Понятие сенсорной интеграции. Примеры использования подходов, основанных на сенсорной интеграции в работе эрготерапевта

29. Понятие профилактики. Виды профилактики
30. Понятие сенсорной интеграции. Примеры использования подходов, основанных на сенсорной интеграции в работе эрготерапевта

31. Оценка функций верхней конечности
32. Особенности работы эрготерапевта с людьми с РАС
33. Принципы работы эрготерапевта в геронтологии и гериатрии

8.3.2.3. Демонстрация практического навыка:

1. Позиционирование человека с тетрапарезом в положении лежа на спине
2. Позиционирование человека с нижней параплегией в положении лежа на спине
3. Позиционирование человека с тетрапарезом в положении лежа на боку
4. Позиционирование человека с синдромом отталкивания сидя на кровати с опущенными ногами

5. Перемещение пациента из положения сидя в положение стоя в ходунках с использованием пояса для перемещения
6. Перемещение пациента с гемипарезом из положения лежа в положение сидя через положение на боку
7. Перемещение пациента к изголовью кровати в положении лежа с использованием скользящих простыней
8. Пересаживание пациента без возможности опоры на ноги со стула/кровати в коляску
9. Произвести замеры антропометрических данных человека для подбора кресла коляски активного типа
10. Произвести замеры антропометрических данных человека, а также замеры кресла, коляски, стула, стола сделать заключение о том, подходит ли предмет мебели данному человеку. Обосновать ответ.
11. Адаптация настольной игры для слабовидящего интеллектуально-сохранного ребенка с использованием подручных материалов
12. Адаптировать ручку для письма подручными материалами для человека с ослабленными возможностями захвата.
13. Напоить водой человека, у которого слабый контроль за положением головы и нет контроля за положением нижней челюсти.
14. Продемонстрировать приемы кормления с помощью в закрывании рта из положения сбоку от пациента с поддержкой головы
15. Продемонстрировать санацию полости рта у пациента с недостаточным контролем за положением головы
16. Оцените объем движений в суставах верхних конечностей.
17. Оказание первой помощи при переломе конечности
18. Оказание первой помощи при попадании инородного тела в дыхательные пути
19. Провести оценку досуговой деятельности по СОРМ
20. Провести оценку самообслуживания по СОРМ
21. Нарисовать социальную историю (ходить по лужам, поведение за столом)
22. Визуально-графический план рецепта для пациента с ментальными нарушениями (на выбор бутерброд, салат, чашка чая)
23. Составление инструкции для одевания шорт на резинке для пациента с когнитивными нарушениями
24. Составление инструкции для одевания рубашки на пуговицах для человека с гемипарезом
25. Составление инструкции для одевания шорт на резинке и носков и обуви для пациента с нижним парапарезом
26. Изменение плана квартиры для инвалида-колясочника

8.3.2.4. Проектная работа

Финальная защита проектов. Проводится в виде мини конференции (возможно присутствие работодателя). Время доклада не более 15 минут.