

3. Maystruk M. I. Obgruntuvannya neobkhidnosti provedennya fizychnoyi reabilitatsiyi khvorykh na khronichni obstruktyvni zakhvoryuvannya lehen' / M. I. Maystruk, N. I. Polishchuk, I. M. Grygus // Zdorov' e dlya vseh : materyaly VI mezhdunarodnoy nauchno-praktycheskoy konferentsyy, UO «Poleskyi hosudarstvenny unyversytet», h. Pynsk, 23-24 aprelya 2015 h. / Mynysterstvo obrazovanyya Respubliki Belarus' i dr.; redkol. : K. K. Shebeko i dr. – Pynsk : Poles' HU, 2015. – S. 120-122.
4. Malyavin A. G. Respiratornaya medicinskaya reabilitatsiya. Prakticheskoe rukovodstvo dlya vrachej / A. G. Malyavin. – M. : Prakticheskaya medicina, 2006. – 416 s.
5. Feshchenko Yu. I. Khronichne obstruktyvne zakhvoryuvannya lehen' : etiolojiya, patohenez, klasyfikatsiya, diahnozyka, terapiya (proekt natsional'noyi uhody) / Yu. I. Feshchenko, L. O. Yashyna, O. Ya. Dzyublyk // Ukrayins'kyi pul'monolohichnyy zhurnal. – 2013. – № 3. – S. 7-12.
6. Criner G. J. Prevention of acute exacerbations of COPD: American College of Chest Physicians and Canadian Thoracic Society Guideline / G. J. Criner, J. Bourbeau, R. L. Diekemper, D. R. Ouellette, D. Goodridge, P. Hernandez [et al.] // Chest. – 2015. – Apr 147(4). – P. 894.
7. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, GOLD Executive Summary. – Updated 2017. <http://goldcopd.org/gold-2017-global-strategy-diagnosis-management-prevention-copd/>
8. Grygus I. Obecny stan przewlekłej obturacyjnej choroby płuc / I. Grygus, M. Mastruk // Journal of Health Sciences. – 2013. – 3(10). – P. 729–744.
9. Guarascio A. J. The clinical and economic burden of chronic obstructive pulmonary disease in the USA / A. J. Guarascio, M. R. Shaunta, C. K. Finch, et al. // Clinicoecon Outcomes Res. 2013;5:235–45.
10. Jones P. W. Characteristics of a COPD population categorized using the GOLD framework by health status and exacerbations / P. W. Jones, G. Nadeau, M. Small, L. Adamek // Respir. Med. – 2014. – Vol. 108(1). – P. 129–135.
11. Kim J. K. Active case finding strategy for chronic obstructive pulmonary disease with handheld spirometry / J. K. Kim, C. M. Lee, J. Y. Park et al. // Medicine (Baltimore). 2016 Dec; 95(50):e5683.
12. Leivseth L. GOLD classifications and mortality in chronic obstructive pulmonary disease: the HUNT Study, Norway / L. Leivseth., B. M. Brumpton, T. I. Nilsen, X. M. Mai, R. Johnsen, A. Langhammer // Thorax. – 2013. – October. – 68(10). – P. 914.
13. Maio S. COPD management according to old and new GOLD guidelines: an observational study with Italian general practitioners / S. Maio, S. Baldacci, F. Martini, S. Cerrai, G. Sarno, M. Borbotti [et al.] // Curr Med Res Opin. – 2014 – June. – 30(6). – P. 1033.
14. Represas-Represas C. Screening for chronic obstructive pulmonary disease: validity and reliability of a portable device in non-specialized healthcare settings / C. Represas-Represas, A. Fernandez-Villar, A. Ruano-Ravina et al. // PLoS One 2016; 11:e0145571.

УДК 615.8:615.825-053.9

ЕРГОТЕРАПІЯ В GERIATРИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Кальонова І.В., Богдановська Н.В.

69600, Запорізький національний університет, вул. Жуковського, 66, Україна

kalenova@i.ua

Проаналізовано зміст геріатричної реабілітації в осіб похилого віку. Показано, що реабілітація літніх людей має свої особливості, зумовлені віковими функціональними змінами організму. Основні методи, форми та цілі реабілітації літніх людей не відрізняються від загальноприйнятих і включають різні аспекти реабілітаційного процесу. При проведенні реабілітації літніх людей необхідно враховувати низьку толерантність хворих до навантажень, що зумовлена поліморбідністю, швидким розвитком стомлення, повільним темпом протікання відновних реакцій. За умови неможливості повної компенсації в осіб похилого віку важливим є застосування засобів ерготерапії, спрямованих на максимально можливе збереження здатності людини до незалежності й самостійності на соціально-побутовому рівні. Проаналізовано зміст, етапи, принципи, основні види та методи ерготерапевтичного впливу в літніх людей. Ерготерапія розкриває перед особами похилого віку перспективу відновлення здібностей спілкування в процесі праці, формує усвідомлення причетності до спільної діяльності. При застосуванні ерготерапії потрібно враховувати анатомо-фізіологічні особливості похилої людини, підбір вправ повинен бути заснований на характері захворювань, що визначає дозування, складність і вихідне положення при виконанні вправ.

Ключові слова: геріатрія, реабілітація, ерготерапія, трудотерапія.

ЭРГОТЕРАПИЯ В ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Калёнова И.В., Богдановская Н.В.

69600, Запорожский национальный университет, ул. Жуковского, 66, Украина

kalenova@i.ua

Проведен анализ содержания гериатрической реабилитации у лиц пожилого возраста. Показано, что реабилитация в данном возрасте имеет свои особенности, обусловленные возрастными функциональными изменениями организма. Основные методы, формы и цели реабилитации пожилых людей не отличаются от общепринятых и включают разные аспекты реабилитационного процесса. При проведении реабилитации у пожилых людей необходимо учитывать низкую толерантность к нагрузкам, которая обусловлена полиморбидностью, быстрым развитием утомления, медленным темпом протекания восстановительных реакций. Ввиду невозможности полной компенсации функций у лиц преклонного возраста важным является применение средств эрготерапии, направленных на максимально возможное сохранение способности человека к независимости и самостоятельности на социально-бытовом уровне. Рассмотрены содержание, этапы, принципы, основные виды и методы эрготерапевтического воздействия у пожилых людей. Эрготерапия у лиц пожилого возраста способствует восстановлению навыков общения в процессе работы, формирует осознание причастности к общественной деятельности. При применении эрготерапии нужно учитывать анатомо-физиологические особенности пожилого человека, подбор упражнений основывается на характере заболеваний, что определяет дозирование, сложность и исходное положение при выполнении упражнений.

Ключевые слова: гериатрия, реабилитация, эрготерапия, трудотерапия.

OCCUPATIONAL THERAPY IN GERIATRIC REHABILITATION

Kalyonova I., Boqdanovskaya N.

69600, Zaporizhzhya National University, Zhukovsky str., 66, Ukraine

kalenova@i.ua

The analysis of the content of geriatric rehabilitation in elderly people is carried out. It is shown that rehabilitation at this age has its own peculiarities, caused by age-related functional changes in the body. The basic methods, forms and goals of rehabilitation of elderly people do not differ from the generally accepted ones and include different aspects of the rehabilitation process. In carrying out rehabilitation in the elderly, it is necessary to take into account the low tolerance to loads, which is caused by polymorbidity, rapid development of fatigue, slow rate of the course of restorative reactions. In view of the impossibility of full compensation of functions in elderly people, it is important to use the means of occupational therapy aimed at the maximum possible preservation of a person's ability to independence and independence at the social level. The content, stages, principles, main types and methods of ergotherapeutic treatment in elderly people are considered. Ergotherapy in the elderly contributes to the restoration of communication skills in the work process, forms an awareness of involvement in social activities. When using ergotherapy, it is necessary to take into account the anatomical and physiological features of the elderly person, the choice of exercises is based on the nature of the diseases, which determines the dosage, complexity and initial position during the exercise.

Key words: geriatrics, rehabilitation, ergotherapy, occupational therapy.

ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ

Проблема фізичної активності та якості життя літніх людей особливо актуальна для демографії європейців і, зокрема, для населення України. Демографічне старіння населення – це збільшення частки літніх і старих людей у загальній чисельності населення, яке ще два десятиліття тому розглядалося як феномен, що існував в розвинених країнах, проте на даний час охоплює практично весь світ. За даними резолюції Генеральної Асамблеї ООН у 2000 році чисельність літніх і старих людей на планеті досягала 590 млн. осіб, а, відповідно до існуючих прогнозів, у 2025 році вона досягне рівня в 1 млрд. осіб. За даними інституту демографії у 2010 році в Україні нараховувалося 11 млн людей похилого віку. Загострення економічної, соціально-психологічної проблематики осіб цієї категорії, погіршення фізичного та психічного здоров'я, зменшення здатності до самообслуговування, матеріальні проблеми ставлять людей похилого віку в ранг найбільш незахищених верств населення, які потребують особливої уваги з боку суспільства [1].

Прогресуюче збільшення чисельності населення старшої вікової групи в Україні висуває завдання тривалої підтримки їхнього активного якісного життя. Старіння людини – багатокомпонентний процес, що протікає з різною швидкістю, неоднаковою залученістю в

інволютивні зміни різних структурних елементів. Серед людей старшого віку тільки 2 % старіє плавно, поступово, за так званим фізіологічним типом. У решти – 98 % спостерігається прискорення розвитку інволютивних змін, головною причиною яких є поліморбідність, тобто сполучення декількох хвороб, які мають хронічний характер, і старіння подібного типу розглядається як прискорене або патологічне. Обидва типи старіння неминуче призводять до функціональних порушень систем і органів людини похилого віку [6]. Усе це пояснює потребу розвитку геріатричної служби, зокрема геріатричної реабілітації.

Геріатрична реабілітація – це збереження, підтримка і відновлення функціонування літніх і старих людей для досягнення незалежності, поліпшення якості життя і емоційного благополуччя. До групи літніх і старих людей, що підлягають реабілітації, належать:

- особи віком 80-90 років і старші;
- особи, які мають високий ризик інвалідизації або інвалідність;
- особи, які живуть самотньо;
- особи, які мають значне погіршення економічного або соціального стану [1].

Загальними завданнями геріатричної реабілітації є реактивація, ресоціалізація та реінтеграція літніх людей. Реактивація має на увазі заохочення літньої людини, що перебуває в пасивному стані, фізично і соціально неактивної, до відновлення активності в повсякденному житті у своєму середовищі. Ресоціалізація означає, що літня людина після хвороби або навіть під час неї відновлює контакти з родиною, сусідами, друзями та іншими людьми і, тим самим, виходить зі стану ізоляції. Реінтеграція – повернення в суспільство літньої людини, яка бере повноцінну участь у нормальному житті, а в багатьох випадках займається посиленою корисною діяльністю. Геріатрична реабілітація включає медичну, психологічну та соціальну реабілітацію. Медична реабілітація – один із найважливіших розділів, без успішної реалізації завдань якого неможливе проведення і досягнення ефективної корекції психологічного статусу й соціальної реінтеграції. Приватні види медичної реабілітації різноманітні, але кожен з них спрямований на пом'якшення або ліквідацію функціонального дефекту пацієнта. Основними елементами реабілітації людей похилого віку повинні бути: активний спосіб життя, організація посиленої трудової діяльності, організація дозвілля та відпочинку, відновлення втрачених функцій і навичок [3].

Мета роботи – визначити специфіку застосування методів геріатричної реабілітації для осіб похилого віку, розглянути геріатричні аспекти ерготерапії.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Основні методи, форми та цілі реабілітації літніх людей не відрізняються від загальноприйнятих і включають різні аспекти реабілітаційного процесу (медичний, соціальний, психологічний та ін.). Однак реабілітація літніх має свої особливості, які зумовлені віковими функціональними змінами організму. Із віком у людей похилого віку різко зростають потреби в догляді і необхідність медичної допомоги, психологічної підтримки та соціального захисту. Людям похилого віку не завжди вистачає необхідних стимулів для активного включення в суспільне життя через хвороби і старість. Відновлювальне лікування вимагає від літньої людини віри в необхідність і ефективність реабілітаційних заходів, енергії і сили волі, терпіння. Весь процес реабілітації в похилому і старечому віці протікає повільно, і тому слід виявляти велику наполегливість у роботі з такими пацієнтами, враховувати їхній фізичний і емоційний стан [6].

Складність проведення відновлювальних заходів полягає в низькій толерантності хворих до навантажень, що зумовлена різноманітним дегенеративним процесом, високою швидкістю розвитку стомлення, повільним темпом протікання реакцій. У зв'язку з цим застосування ерготерапевтичних засобів є уніфікованою можливістю збільшення адаптаційних можливостей організму літніх пацієнтів.

Ерготерапія (від грец. *ergein* – робити, діяти, і *therapeutein* – лікувати) – комплекс реабілітаційних впливів, спрямованих на максимально можливе відновлення здатності людини до незалежності і самостійності на соціально-побутовому і професійному рівнях (самообслуговування, продуктивна діяльність, відпочинок), незалежно від виду обмеження життєдіяльності. Характерною рисою ерготерапії є її міждисциплінарність. Ерготерапія інтегрує знання кількох спеціальностей, центром яких є людина, – психології, педагогіки, соціології, біомеханіки, лікувальної фізкультури та спортивної медицини, фізіотерапії. Крім оцінки рухової функції, до інтересів ерготерапевта входить оцінка когнітивних функцій, критичності пацієнта до свого стану, соціального статусу, професійної орієнтації, улюблених занять, можливих способів комунікації з оточенням. При цьому фахівець з ерготерапії повинен вміти оцінити наявний і потенційний рівень можливостей пацієнта, порівнюючи його з тим, що потрібно пацієнтові, що важливо пацієнту, чого хоче пацієнт і на що він здатний. Обов'язковою умовою ефективності ерготерапії на відміну від кінезотерапії є усвідомлення хворим його проблеми в момент початку проведення терапії [5].

Термін «робити, діяти» в контексті ерготерапії характеризує різні види діяльності, які зустрічаються в житті кожної людини і надають їй сенсу: повсякденна активність, робота і продуктивна діяльність, дозвілля. Активність у повсякденному житті включає в себе заходи щодо особистої гігієни (догляд за волоссям, умивання, використання туалету), одягання, прийом їжі, соціалізацію, функціональну комунікацію і рухливість. Активність у роботі і продуктивній діяльності передбачає виконання домашніх обов'язків (догляд за одягом, прибирання квартири, приготування їжі, підтримання чистоти і безпечне проживання у квартирі); турботу про інших людей; можливість навчатися чогось нового; дослідні види діяльності (вибір професії, пошук роботи, виконання роботи, планування виходу на пенсію, добровільна участь у чому-небудь). Дозвілля включає можливість виконувати необхідні дії під час відпочинку і гри [9].

Головне завдання ерготерапевта – організувати навколишнє середовище таким чином, щоб людина з обмеженнями могла самостійно жити і діяти максимально незалежно від інших. В англійській мові замість терміна «ерготерапія» частіше використовують термін «окупаційна терапія» (*occupational therapy*). Слово «*occupation*» використовується для позначення дій, спрямованих на те, щоб «зайняти» вільний час пацієнта. Ключовий елемент окупаційної терапії – вибір видів занять, які не тільки формують навички, найважливіші для незалежного функціонування, а й мають значення для людини в контексті його оточення.

Ерготерапевтичне втручання включає такі етапи [7].

1. Діагностика, яка складається зі збору анамнезу і проведення ерготерапевтичного обстеження. Особливістю цього етапу є аналіз не тільки ступеня пошкодження органів або систем, а й вивчення впливу фізичних обмежень і/або психічних порушень на життєдіяльність людини і рівень його функціональних можливостей. Оцінювання включає застосування стандартних процедур, інтерв'ю та спостереження в різних умовах та консультації з людьми, які відіграють важливу роль у житті пацієнта. Результати оцінювання є основою планування, що включає коротко- та довгострокові цілі терапії.

2. Визначення цілей і завдань ерготерапевтичного втручання. Мета ерготерапії залежить від тяжкості вихідних фізичних і/або психічних порушень: для одних вона може полягати в досягненні повного відновлення порушених функцій і повній ресоціалізації, для інших – у розробці компенсаторних механізмів діяльності організму для забезпечення максимально можливої незалежності і поліпшення якості життя. Вибір і постановка мети здійснюються спільно з пацієнтом.

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

ерготерапевтичного процесу. Велике значення має заздалегідь складений план реабілітації з повідомленням пацієнта про його деталі. Обґрунтування плану реабілітації зміцнює рішучість пацієнта боротися за своє здоров'я, знімає депресію. Планування повинне відповідати стадії розвитку людини, її звичкам, ролям, перевагам способу життя й навколишнього середовища.

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

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

Стратегія втручання базується на індивідуальному підході до кожної людини. Індивідуальні ерготерапевтичні програми сприяють максимальному використанню функції для задоволення потреб людини в робочому та соціальному середовищі, особистісних та домашніх умовах. Процес ерготерапії базується на первинному та повторному оцінюванні. Ерготерапевт разом із пацієнтом, який потребує допомоги, зосереджує увагу на індивідуальних здібностях та особливостях навколишнього середовища, а також на проблемах, пов'язаних із діяльністю особи в повсякденному житті.

Під час проведення ерготерапевтичних заходів необхідно дотримуватися таких принципів [8]:

1. Подання про індивідуальну повсякденну діяльність пацієнта повинно складатися на підставі ретельної оцінки факторів, що включають індивідуальні особливості пацієнта, його соціальне і навколишнє середовище. Необхідно скласти уявлення про можливий потенціал хворого до розвитку і вдосконалення.

2. Пацієнт активно включається в процес ерготерапії. Взаємини між пацієнтом і ерготерапевтом мають характер співробітництва, що змінюється при зміні умов існування хворого в його соціально значимому оточенні.

3. Повсякденна діяльність використовується як терапія. Ерготерапевтичні заняття дозволяють розвивати здібності та навички пацієнтів, які можуть бути використані в повсякденному житті. Вони дозволяють пацієнтам адаптуватися до оточення.

Для виконання ерготерапевтичних вправ необхідно створення реальних умов, у яких пацієнт у своєму повсякденному житті буде виконувати ці рухи (сам у кімнаті, маленький тісний простір, всі необхідні предмети знаходяться в різних кінцях кімнати, на різних рівнях висоти і глибини полиць, доводиться контролювати кілька дій одночасно).

Для оцінки ефективності заходів використовуються шкали оцінки рівня функціонування:

- вимірюють можливість повного тілесного самообслуговування і користування предметами побуту;
- вимірюють локально ті функції, розлад яких призводить до порушення життєдіяльності;
- поєднують вимір повсякденної активності та рольових обмежень [10].

Залежно від цілей і завдань ерготерапевтичного впливу підбираються види діяльності та методи:

- полегшені трудові навантаження, спрямовані на відновлення рухових функцій найбільшого числа м'язів (робота з папером і картоном, допоміжні операції в швейної галузі, у виробництві іграшок), (картонажні роботи, змотування ниток, виготовлення іграшок);
- завдання, що відновлюють силу м'язів;

- завдання, що відновлюють координацію рухів при роботі з дрібними предметами або при виконанні операцій, що вимагають точності роботи рук (виготовлення в'язаних виробів, вишивка).

У разі неможливості розвитку або відновлення втрачених здібностей підбираються допоміжні адаптаційні та технічні засоби, якими навчають користуватися людей з обмеженими можливостями. Прикладами таких допоміжних засобів можуть служити: рукоятка-брелок, який дозволяє повертати ключ у замку, вмикати і вимикати перемикачі, повертати водопровідний кран; подовжувач руки, що допомагає брати вилучені предмети і речі (конверти, ключі, ножиці, гвинти); помічник для застібання; обмежувач для тарілки; виделка і ложка з потовщеною ручкою тощо. На сучасному етапі розвитку ерготерапії широко використовують спеціально обладнані кабінети, де пацієнт тренує навички виконання гігієнічних процедур (ванни, туалети) з аналізом проблем та їх багаторазовим подоланням; з приготування собі їжі і пов'язаними з харчуванням процесами на обладнаних кухнях. Популярним є напрям ландшафтної терапії та навчання водінню автомобіля. На особливому місці стоїть навчання користуванню комп'ютером, як для комунікації, так і організації життєдіяльності: замовлення товарів, оплата рахунків, виконання роботи, пов'язаної з роботою на комп'ютері тощо [2].

Ерготерапевт також навчає необхідним навичкам і тих, хто доглядає за людиною похилого віка, наприклад:

- техніці зняття фізичного та емоційного стресу;
- способам визначення і посилення можливостей людини для самостійного життя;
- техніці пересування і позиції, що дозволяє зменшити витрати зусиль, того, хто надає догляд;
- вмінню знайти заняття, значущі і цікаві для людини;
- вмінню підібрати технічні засоби, які можуть спростити завдання догляду за хворим;
- способам обладнання домашнього середовища для безпеки і мобільності.

Трудотерапія в контексті ерготерапії – це, насамперед, відновлення можливості повернутися до праці. Майже всі автори вказують на благотворний вплив трудотерапії на психоемоційну сферу, зокрема поліпшення настрою, зменшення почуття неповноцінності, задоволення творчістю, радість праці тощо. Корисний ефект трудотерапії полягає в тому, що літня людина повертається до активної діяльності, яка підвищує життєвий тонус і є природним стимулятором практично всіх процесів в організмі. При цьому пацієнт починає відчувати почуття корисності і потрібності. За рахунок цього в нього зникає відчуття розгубленості і ущербності. Відсутність таких відчуттів дозволяє зупинити процес розвитку хронічних захворювань. Заняття працею розкриває перед особами похилого віку перспективу відновлення здатності спілкування в процесі праці, формує усвідомлення причетності до спільної діяльності [7].

При застосуванні трудотерапії потрібно враховувати анатомо-фізіологічні особливості похилої людини, а підбір рухів повинен бути заснований на характері захворювань, що визначає дозування, складність і вихідне положення при виконанні трудових процесів. Слід уникати трудових занять, які можуть привести до закріплення порочного рухового стереотипу. Для людей похилого віку рекомендовані такі варіанти трудотерапії: трудотерапія в полегшеному режимі (картонажні роботи, змотування ниток, виготовлення іграшок); трудотерапія, що підтримує силу та витривалість м'язів верхніх кінцівок (ліплення, робота рубанком, напилком); трудотерапія, що зберігає дрібну моторику пальців рук, підвищення їх чутливості (в'язання, плетіння, друкування). Популярними також є садові роботи. У цьому випадку людина похилого віку тривалий час знаходиться на свіжому повітрі. Цей фактор позитивно впливає на дихальну систему і служить профілактикою легеневих захворювань [9].

ВИСНОВКИ

Реабілітація літніх людей має особливості, обумовлені віковими функціональними змінами організму. Із віком у людей похилого віку різко зростають потреби в догляді і необхідність медичної допомоги, психологічної підтримки та соціального захисту. При проведенні реабілітації літніх людей необхідно враховувати низьку толерантність хворих до навантажень, що зумовлена поліморбідністю, швидким розвитком стомлення, повільним темпом протікання відновних реакцій. Отже, інтенсивність і тривалість будь-якого реабілітаційного втручання не повинні викликати реакції функціонального виснаження і бути пропорційними функціональному стану старіючого пацієнта. На жаль, повна компенсація при реабілітації осіб похилого віку недосяжна. Ефективним необхідно визнати вже часткове їх відновлення. Неповна компенсація порушених або втрачених функцій осіб похилого віку пояснює важливість застосування засобів ерготерапії, спрямованих на максимально можливе відновлення здатності людини до незалежності і самостійності на соціально-побутовому рівні.

ЛІТЕРАТУРА

1. Горшунова Н.К. Комплексная реабилитация в геронтологии и гериатрии / Н. К. Горшунова // Современные наукоемкие технологии. – 2004. – № 3. – С. 55-58. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.top-technologies.ru/ru/article/view?id=21765>
13. Иванова Г.Е. Лечебная физкультура в реабилитации больных с повреждением спинного мозга / Под общ. ред. Г.Е. Ивановой, В.В. Крылова, М.Б. Цыкунова, Б.А. Поляева // Реабилитация больных с травматической болезнью спинного мозга. – М. : ОАО «Московские учебники и Картолиитография», 2010. – С. 507-570.
14. Назар П.С. Загальний та спеціальний догляд за хворими з елементами фізичної реабілітації / П. С. Назар, Л. Г. Шахліна. – К. : Медицина, 2006. – 130 с.
15. Піонтківська Н.І. Фізична реабілітація – важливий крок до незалежного життя після інсульту / Н.І. Піонтківська, Ю.В. Фломін, Н.І. Самосюк // Международный неврологический журнал. – 2012. – № 8 (54). – С. 45-47.
16. Радыгина В. Понятие о методе эрготерапии / В. Радыгина // Обучение и воспитание детей в условиях центра коррекционно-развивающего обучения и реабилитации: пособ. для педагогов и родителей / С.Е. Гайдукевич, В. Гайслер, Ф. Готан и др.; Науч.ред. С.Е. Гайдукевич. – Минск: УО «БГПУ им. М. Танка», 2008. – С. 77.
17. Сухова Л.С. Реабилитация как составляющая ухода за больными и инвалидами пожилого возраста / Л.С. Сухова // Проблемы старости: духовные, медицинские и социальные аспекты. – М. : Свято-Дмитриевское училище сестер милосердия, 2003. – С. 93-105.
18. Graff M. J., Vernooij-Dassen M. J., Thijssen M., 2007. Effects of community occupational therapy on quality of life, mood, and health status in dementia patients and their caregivers: A randomized controlled trial. *Journals of Gerontology, Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 62, 1002-1009. <http://dx.doi.org/10.1093/gerona/62.9.1002>
19. Paskaleva R., Milcheva H. Kinesitherapy, ergotherapy and sport as factors improving the quality of life of older people, *Activities in Physical Education and Sport*, 2016, Vol. 6, No. 1, pp.117-119.
20. Svestkova O., Svecena K., Formankova P. Is it Occupational therapy important in the process of Rehabilitation? *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, 2014, Vol. 12, No. 3, pp. 59-80.
21. Taylor, R. R., & Van Puymbroeck, L., 2013. Therapeutic use of self: Applying the intentional relationship model in group therapy. In J. C. O'Brien & J. W. Solomon (Eds.), *Occupational analysis and group process* (pp. 36-52). St. Louis, MO: Elsevier.

REFERENCES

1. Gorshunova N.K. Kompleksnaya reabilitatsiya v gerontologii i geriatrii // *Sovremennyye naukoymkiye tekhnologii*. – 2004. – № 3. – S. 55-58. – [Yelektronniy resurs]. – Rezhim dostupu: <https://www.top-technologies.ru/ru/article/view?id=21765>
2. Ivanova G.Ye. Lechebnaya fizkul'tura v reabilitatsii bol'nykh s povrezhdeniyem spinnogo mozga // *Reabilitatsiya bol'nykh s travmaticheskoy bolezn'yu spinnogo mozga* / Pod obshch. red. G.Ye. Ivanovoy, V.V. Krylova, M.B. Tsykunova, B.A. Polyayeva. – M. : OAO «Moskovskiye uchebniki i Kartolitografiya», 2010. – S. 507-570.
3. Nazar P.S. Zagal'niy ta spetsial'niy doglyad za khvorimi z yelementami fizichnoy reabilitatsiy / P. S. Nazar, L. G. Shakhlina. – K. : Meditsina, 2006. – 130 s
4. Piontkivs'ka N.Í. Fizichna reabilitatsiya – vazhliivy krok do nezalezhnogo zhittya pislya insul'tu / YU.V. Flomin, N.Í. Samosyuk // *Mezhdunarodnyy nevrologicheskiy zhurnal*. – 2012. – № 8 (54). – S. 45-47.
5. Radygina V. Ponyatiye o metode ergoterapii / V. Radygina // V kn.: *Obucheniye i vospitaniye detey v usloviyakh tsentra korrektsionno-razvivayushchego obucheniya i reabilitatsii: Posobiye dlya pedagogov i roditeley* / S.Ye. Gaydukevich, V. Gaysler, F. Gotan i dr.; Nauch.red. S.Ye. Gaydukevich. – Minsk: UO «BGPU im. M. Tanka», 2008. – S. 77.
6. Sukhova L.S. Reabilitatsiya kak sostavlyayushchaya ukhoda za bol'nymi i invalidami pozhilogo vozrasta / L.S. Sukhova // *Problemy starosti: dukhovnyye, meditsinskiye i sotsial'nyye aspekty*. – M. : Izd-vo «Svyato-Dmitriyevskoye uchilishche sester miloserdiya», 2003. – S. 93-105.
7. Graff, M. J., Vernooij-Dassen, M. J., Thijssen, M., 2007. Effects of community occupational therapy on quality of life, mood, and health status in dementia patients and their caregivers: A randomized controlled trial. *Journals of Gerontology, Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 62, 1002-1009. <http://dx.doi.org/10.1093/gerona/62.9.1002>
8. Paskaleva R., Milcheva H. Kinesitherapy, ergotherapy and sport as factors improving the quality of life of older people, *Activities in Physical Education and Sport*, 2016, Vol. 6, No. 1, pp.117-119.
9. Svestkova O., Svecena K., Formankova P. Is it Occupational therapy important in the process of Rehabilitation? *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, 2014, Vol. 12, No. 3, pp. 59-80.
10. Taylor, R. R., & Van Puymbroeck, L., 2013. Therapeutic use of self: Applying the intentional relationship model in group therapy. In J. C. O'Brien & J. W. Solomon (Eds.), *Occupational analysis and group process* (pp. 36-52). St. Louis, MO: Elsevier.

УДК 376.33

КОРЕКЦІЙНИЙ ВПЛИВ НА РУХОВУ СФЕРУ ГЛУХИХ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ ЗАСОБІВ ОЗДОРОВЧОГО ТУРИЗМУ

Кунінець О.О.

*69600, Класичний приватний університет, Інститут здоров'я, спорту і туризму
вул. Жуковського, 70-б, м. Запоріжжя, Україна*

olesya.kuninets@gmail.com

Представлено пояснювальну частину програми з оздоровчого туризму для глухих дітей молодшого шкільного віку, яка спрямована як на оволодіння глухими дітьми туристською майстерністю, загальне оздоровлення, так і на розвиток у цієї категорії дітей фізичних здібностей, виховання морально-виховних якостей, розкриття індивідуальності кожної дитини, сприяння мовленнєвому й емоційному розвитку.

В основу навчальної програми покладено рухливі ігри, естафети загальнорозвивальні вправи, формування спеціальних знань, умінь і навичок з оздоровчого туризму. До програми внесено мовленнєвий матеріал, що представлений для кожного року навчання з 1-го по 4-й класи, розроблений з урахуванням психофізичних особливостей розвитку глухих дітей і зорієнтований на засвоєння ними спеціального словника і фразеології.

Ключові слова: глухі діти, оздоровчий туризм, корекція, програма, рухова сфера.