

Дніпровський державний медичний університет  
Факультет медицини і фармації  
Кафедра фізичної реабілітації, спортивної медицини та валеології

ПОНОЧОВНА ОЛЕКСАНДРА ГРИГОРІВНА

## ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНИЙ СУПРОВІД ДІТЕЙ ІЗ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістра  
за спеціальністю 227 «Терапія та реабілітація»  
спеціалізація 227.02 Ерготерапія

**Науковий керівник:**

Гришуніна Наталія Юріївна  
асистент кафедри фізичної  
реабілітації, спортивної медицини  
та валеології, кандидат медичних  
наук

(підпис) \_\_\_\_\_

**Рецензент:**

Воронкова Ольга Сергіївна  
деканеса факультету медичних  
технологій діагностики та  
реабілітації ДНУ імені Олеса  
Гончара, докторка біологічних  
наук, професорка.

(підпис) \_\_\_\_\_

Роботу рекомендовано до захисту  
на засіданні кафедри фізичної реабілітації,  
спортивної медицини та валеології  
Протокол № \_\_ від «\_\_» \_\_\_\_ 20 р.  
Завідувач кафедри \_\_\_\_\_

Роботу захищено на засіданні ЕК  
з оцінкою \_\_\_\_\_ І \_\_\_\_\_ І \_\_\_\_\_  
(за 200-бальною шкалою І шкалою ЄКТС)  
Протокол № від «\_\_» \_\_\_\_ 20 р.  
Голова ЕК

## ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ.....	3
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	4
ВСТУП .....	5
РОЗДІЛ 1 .....	9
ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПОШУКУ ПІДХОДІВ ДО ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНОГО СУПРОВОДУ ДІТЕЙ ІЗ ЦП .....	9
1.1. Клініко-теоретичні аспекти дитячого ЦП.....	9
1.1.1. Етіопатогенез дитячого ЦП.....	9
1.1.2. Клінічна картина та класифікація церебрального параліча.....	18
1.2. Теоретико-методологічні підходи до ерготерапії дітей з ЦП.....	26
1.2.1. Сучасні методи ерготерапевтичного втручання для дітей з ЦП... ..	26
1.2.2. Принципи та цілі ерготерапевтичного супроводу дітей із ЦП.....	32
Висновки до розділу 1 .....	37
РОЗДІЛ 2 .....	39
МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ .....	39
2.1. Методи дослідження .....	39
2.2. Організація дослідження.....	49
Висновки до розділу 2 .....	61
РОЗДІЛ 3 .....	62
РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ .....	62
3.1. Практичне застосування розробленої програми ерготерапевтичного супроводу з ЦП.....	62
3.2. Аналіз ефективності розробленої програми .....	68
Висновок до розділу 3 .....	80
ВИСНОВКИ.....	81
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	84
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	88
ДОДАТКИ.....	95

## АНОТАЦІЯ

Поночовна О.Г. Ерготерапевтичний супровід дітей із церебральним паралічем. – Кваліфікаційна робота на здобуття ступеня вищої освіти магістра за спеціальністю 227 Терапія та реабілітація, спеціалізація 227.02 Ерготерапія. – Кафедра фізичної реабілітації, спортивної медицини та валеології Дніпровського державного медичного університету, Дніпро, 2026. **Науковий керівник:** асистент кафедри фізичної реабілітації, спортивної медицини та валеології Дніпровського державного медичного університету, кандидат медичних наук Гришуніна Н.Ю.

У кваліфікаційній роботі досліджено особливості ерготерапевтичного супроводу дітей із церебральним паралічем. Актуальність теми зумовлена тим, що ЦП супроводжується руховими, сенсомоторними та побутовими обмеженнями, які знижують рівень самостійності дитини й ускладнюють її участь у повсякденному житті. Метою роботи було підвищення ефективності ерготерапевтичної реабілітації дітей із ЦП шляхом розробки та впровадження програми, спрямованої на розвиток функціональної самостійності й навичок повсякденної діяльності. У роботі розглянуто етіопатогенез, клінічні прояви та класифікацію ЦП, а також сучасні підходи до ерготерапії дітей із руховими порушеннями. Практичне дослідження проводилося на базі Коомунального некомерційного товариства «Нікопольський медичний спеціалізований центр медико-соціальної реабілітації дітей» Дніпропетровської обласної ради. У ньому взяли участь 20 дітей віком 7–12 років із різним ступенем ЦП, яких було поділено на основну та контрольну групи. Розроблена програма тривала 8 тижнів і включала 24 заняття, спрямовані на розвиток мануальної активності, постуральної стабільності, самообслуговування та зменшення залежності від допомоги дорослого. Після впровадження програми в основній групі зафіксовано позитивну динаміку: функціональна активність зросла з 54,0 % до 76,0 %, частка самостійно або частково самостійно виконаних дій самообслуговування – з 38,0 % до 62,0 %, мануальна ефективність – із 9,7 до 14,1 бала. Отримані результати підтвердили ефективність запропонованої ерготерапевтичної програми та доцільність її використання в реабілітаційній практиці.

**Ключові слова:** церебральний параліч, дитячий церебральний параліч, ерготерапія, реабілітація, функціональна самостійність, самообслуговування, мануальна активність, постуральна стабільність, COPM, GMFCS, MACS.

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ**

<b>ЦП</b>	церебральний параліч
<b>ДЦП</b>	дитячий церебральний параліч
<b>ЦНС</b>	центральна нервова система
<b>ЕМГ</b>	Електроміографія
<b>ПВЛ</b>	перивентрикулярна лейкомаляція
<b>МКФ</b>	Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я
<b>ВМФ</b>	великі моторні функції
<b>ОРА</b>	опорно-руховий апарат
<b>ІРЦ</b>	інклюзивно-ресурсний центр
<b>ЗОЗ</b>	заклад охорони здоров'я
<b>ОГ</b>	основна група
<b>КГ</b>	контрольна група
<b>РКД</b>	рандомізоване контрольоване дослідження
<b>ВООЗ</b>	Всесвітня організація охорони здоров'я
<b>ADL</b>	Activities of Daily Living – активності повсякденного життя
<b>СІМТ</b>	Constraint-Induced Movement Therapy – терапія обмеженням / терапія вимушеними рухами
<b>СОРМ</b>	Canadian Occupational Performance Measure – Канадська оцінка виконання діяльності
<b>GMFCS</b>	Gross Motor Function Classification System – система класифікації великих моторних функцій
<b>MACS</b>	Manual Ability Classification System – система класифікації мануальних можливостей

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Питання щодо органічних ушкоджень нервової системи у дітей, зокрема ЦП є актуальним в педіатрії та неврології. Попри досягненні у медичній сфері, ДЦП залишається складною проблемою, а кількість дітей, які страждають від даного захворювання у світі невпинно зростає. Це може бути пов'язано з тим, що дедалі більше дітей народжуються передчасно. На сьогодні у світі 17 млн. людей страждають на ЦП, а в Україні на 1000 населення припадає 2-3 випадки дітей з ДЦП. Така динаміка зумовлена стабільно високими показниками поширеності ЦП, значними медичними, психологічними та соціальними наслідками цього стану, а також потребою в ефективних, доказово обґрунтованих реабілітаційних підходах. У сучасних умовах особливої ваги набуває діяльнісний підхід, спрямований на формування функціональної незалежності та підвищення якості життя дитини.

Попри наявність різноманітних реабілітаційних методик, проблема ерготерапевтичного супроводу дітей з ЦП залишається недостатньо розробленою як у теоретичному, так і в прикладному аспектах. Багато існуючих програм корекційного втручання не забезпечують належного формування навичок повсякденної активності, соціальної участі та інтеграції дитини в освітній простір, що свідчить про потребу в удосконаленні та розширенні міждисциплінарних моделей допомоги, орієнтованих на індивідуальні потреби дитини.

Ерготерапія як провідний напрям реабілітаційної практики має значну доказову базу ефективності у країнах із розвиненими системами охорони здоров'я, однак в Україні її потенціал використовується не повною мірою. Обмеженість національних стандартів, нестача кваліфікованих фахівців та недостатній рівень наукових досліджень у сфері роботи з дітьми з ЦП актуалізують необхідність комплексного вивчення можливостей ерготерапії. Особливу важливість набувають питання розвитку автономності,

сенсомоторних і когнітивних умінь, адаптивної поведінки та соціальної включеності дитини.

Враховуючи сучасні досягнення медицини, реабілітації та інклюзії, дитячий церебральний параліч залишається складною медико-соціальною проблемою. Стабільно високий рівень його поширеності вказує на потребу вдосконалення реабілітаційних підходів. Особливої актуальності набуває впровадження доказових методів ерготерапії, спрямованих на підвищення якості життя дітей. Таким чином, дослідження можливостей ерготерапії є важливим кроком до оптимізації сучасної реабілітаційної допомоги.

**Мета наукового дослідження:** підвищити ефективність ерготерапевтичної реабілітації дітей з ЦП шляхом розробки та впровадження програми, спрямованої на розвиток функціональної самостійності та навичок повсякденної діяльності.

**Завдання дослідження:**

1. провести огляд наукової літератури щодо етіопатогенезу ЦП, його клінічної картини та сучасних класифікацій; узагальнити основні теоретичні положення про механізми виникнення та прояви порушень у дітей з ЦП;
2. вивчити наукові концепції, принципи та напрями ерготерапії, визначити методологічні основи побудови ерготерапевтичних програм, охарактеризувати їх роль у реабілітації дітей з ЦП;
3. визначити структуру, зміст і методи програми; описати методичні підходи, принципи реалізації та очікувані результати; адаптувати програму до вікових і функціональних особливостей дітей;
4. здійснити клінічні випробовування програми реабілітації на вибраній групі пацієнтів;
5. здійснити клінічні випробовування програми реабілітації на вибраній групі дітей з ЦП; визначити критерії ефективності ерготерапевтичного втручання; проаналізувати зміни у функціональній самостійності, сенсомоторному розвитку та навичках повсякденної діяльності дітей;

оцінити результати впровадження програми порівняно з вихідними показниками та традиційними підходами реабілітації; провести статистичну обробку отриманих даних; сформулювати висновки щодо результативності запропонованої ерготерапевтичної програми;

- б. опрацювати отримані дані, визначити достовірність впливу програми; зробити висновки про її ефективність.

**Об'єкт дослідження:** процес ерготерапевтичної підтримки та розвитку моторики дітей з ЦП.

**Предмет дослідження:** ефективність ерготерапевтичних методик у розвитку моторики в дітей з ЦП.

**Наукова новизна:** попри наявність окремих робіт з реабілітації дітей з ЦП, ерготерапевтичні втручання, спрямовані на розвиток функціональної незалежності та участі у повсякденному житті, досі не досліджені. У сучасних реабілітаційних програмах для дітей з ЦП, ерготерапія використовується обмежено, переважно фрагментарно, тоді як світовий досвід підтверджує її ефективність у розвитку дрібної моторики, побутових навичок і сенсорної інтеграції (Кущенко, 2017). Недостатня кількість науково обґрунтованих даних щодо результативності комплексних ерготерапевтичних підходів ускладнює впровадження таких програм у практику. Зважаючи на складність і різнорівневість порушень при ЦП, виникає потреба у комплексному дослідженні ефективності цілісних ерготерапевтичних втручань, спрямованих на підвищення функціональної самостійності дітей. Отримані результати можуть розширити науково-практичну базу ерготерапії та сприяти вдосконаленню реабілітаційних програм.

**Теоретична значущість:** дослідження зробило вагомий внесок у розвиток ерготерапії, оскільки вперше обґрунтовує ефективність комплексного ерготерапевтичного втручання, спрямованого на підвищення функціональної незалежності. Дослідження розширює наукові знання щодо визначення індивідуалізованих багатокomпонентних програм у формуванні адаптивної поведінки та участі дітей у повсякденній діяльності.

**Практична значущість:** отримані результати мають вагому практичну значущість для вдосконалення реабілітаційних програм. Розроблена методика може бути впроваджена у роботу центрів реабілітації, закладів охорони здоров'я та інклюзивно-ресурсних центрів, а також використовуватись ерготерапевтами і фахівцями з фізичної терапії у процесі індивідуальної або групової роботи.

**Структура роботи.** Робота складається з анотації, переліку умовних скорочень, вступу, трьох розділів, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел і додатків. У вступі обґрунтовано актуальність теми, визначено мету, завдання, об'єкт, предмет, наукову новизну, теоретичну та практичну значущість дослідження. Перший розділ присвячено теоретичним основам ерготерапевтичного супроводу дітей із церебральним паралічем: у ньому розкрито клініко-теоретичні аспекти ЦП, етіопатогенез, клінічну картину, класифікацію, а також сучасні методи, принципи й цілі ерготерапевтичного втручання. Другий розділ охоплює методи та організацію дослідницької роботи; у ньому подано характеристику використаних методів, обґрунтовано вибір функціональних шкал та описано етапи проведення дослідницької роботи. Третій розділ має практичний характер і містить результати дослідження та їх обговорення: описано практичне застосування розробленої програми ерготерапевтичного супроводу дітей із ЦП, подано характеристику вибірки, а також проаналізовано ефективність програми за основними функціональними показниками. У висновках узагальнено результати виконання поставлених завдань, у практичних рекомендаціях сформульовано прикладні положення щодо впровадження програми в реабілітаційну практику, а в додатках подано допоміжні матеріали, зокрема методичний опис програми. Загальний обсяг роботи складається зі 97 сторінок друкованого тексту.

# РОЗДІЛ 1

## ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПОШУКУ ПІДХОДІВ ДО ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНОГО СУПРОВОДУ ДІТЕЙ ІЗ ЦП

### 1.1. Клініко-теоретичні аспекти дитячого ЦП

#### 1.1.1. Етіопатогенез дитячого ЦП

Дитячий церебральний параліч (ДЦП) являє собою поліетіологічну групу хронічних непрогресуючих станів, що виникають внаслідок ураження головного мозку на ранніх етапах онтогенезу (пренатальному, інтранатальному або ранньому постнатальному періодах) [26, с. 136]. Відповідно до сучасних наукових стандартів, ДЦП визначається як клінічний синдром, що характеризується стійкими порушеннями рухових функцій та пози, які обмежують активність дитини та є наслідком нетоксичного (непрогресуючого) пошкодження головного мозку плода або новонародженого. Наукове визначення патології акцентує увагу на тому, що, хоча саме ураження мозку є статичним, клінічні симптоми (зокрема, м'язовий тонус та рухові стереотипи) трансформуються в міру дозрівання нервової системи та формування патологічних компенсаторних механізмів [5, с. 11].

Загальна характеристика етіопатогенезу церебральних паралічів базується на концепції дизонтогенезу, де провідним чинником виступає порушення цілісності та функціональної здатності центральної нервової системи (ЦНС) у критичні періоди її формування. Патогенетичну основу складає десинхронізація процесів нейрональної проліферації, міграції та диференціації нейронів, а також порушення синаптогенезу та мієлінізації провідних шляхів. Важливою ознакою патогенезу є неможливість адекватного гальмування примітивних рефлексів стовбурового рівня, що за нормальних умов пригнічуються вищими корковими центрами до кінця першого року життя [46, с. 170-172]. Це призводить до формування стійких патологічних

рухових патернів, що унеможлиблюють розвиток довільної моторики. Гіпоксія, як один із провідних універсальних механізмів, викликає каскад біохімічних реакцій, включаючи викид збуджуючих амінокислот (глутамату), оксидативний стрес та порушення проникності гематоенцефалічного бар'єру, що сумарно призводить до апоптозу або некрозу нервової тканини в енергозалежних зонах мозку [39, с. 20].

Дослідження етіопатогенезу також вказує на роль гемодинамічних порушень у системі «мати-плацента-плід», що створюють умови для ішемічного ураження перивентрикулярної білої речовини — найбільш вразливої зони у дітей, народжених передчасно. У цьому контексті патогенез розглядається не як одноразова подія, а як тривалий процес адаптації недозрілого мозку до пошкодження [10, с. 25]. Вторинні дегенеративні зміни у м'язовій та кістковій системах, такі як контрактури та деформації, є наслідком тривалого перебування організму в стані патологічного м'язового тону, що замикає хибне коло аферентного зв'язку між периферією та корою. Відсутність адекватного сенсорного потоку від рецепторів м'язів та суглобів гальмує розвиток схеми тіла та координаційних центрів, що поглиблює руховий дефіцит [5, с. 88-90] (табл.1.1.1).

Таблиця 1.1.1 – Етіопатогенетична структура факторів ризику виникнення ДЦП

<b>Категорія чинників</b>	<b>Механізм патологічного впливу</b>	<b>Морфологічні наслідки</b>
Аntenатальні фактори	Порушення плацентарного кровотоку, хронічна гіпоксія плода, інфекційні агенти (TORCH), генетичні аберації.	Аномалії розвитку кори (дисгенезії), мікроцефалія, поренцефалія.
Інтранатальні фактори	Гостра асфіксія в пологах, механічна травма голови плода, дискоординація пологової діяльності.	Внутрішньочерепні крововиливи, гіпоксично-ішемічна енцефалопатія.
Постнатальні фактори	Важка неонатальна жовтяниця, нейроінфекції (менінгіти), серцево-легенева недостатність у немовляти.	Ядерна жовтяниця (ураження базальних гангліїв), дифузна атрофія мозку.

Аналіз наукової літератури, представленої в актуальних дослідженнях, дозволяє глибше диференціювати окремі аспекти виникнення захворювання. С. Марре, К. Ванхулле та А. Лакеррієр у своїх фундаментальних працях з патофізіології церебрального паралічу детально описують процеси нейрозапалення та біохімічні маркери пошкодження мозку. Автори акцентують увагу на тому, що перивентрикулярна лейкомаляція (ПВЛ) є ключовим патоморфологічним субстратом у недоношених дітей, оскільки саме в цій зоні проходять провідні шляхи, відповідальні за іннервацію нижніх кінцівок, що пояснює високу частоту спастичної диплегії [46, с. 173-175]. Ця позиція узгоджується з висновками Н. М. Іваніків та А. А. Кушнір, які у вивченні форм та причин розвитку ДЦП підкреслюють пряму кореляцію між терміном гестації на момент народження та тяжкістю подальших рухових розладів. Дослідники зазначають, що зростання виживаності дітей з екстремально низькою масою тіла ставить нові виклики перед пренатальною діагностикою та неонатологією [17, с. 32-34].

Клініко-нейрофізіологічний підхід до вивчення патогенезу ДЦП широко представлений у роботах К. В. Яценко. Вона доводить, що провідною ланкою формування рухового дефекту є розлад системної організації мозку, де порушується взаємодія між різними рівнями побудови рухів за М. Бернштейном. За допомогою електроенцефалографії та інших методів візуалізації К. В. Яценко виявила, що в основі спастичності лежить зниження порогових значень рефлексу на розтягнення через недостатність гальмівних впливів низхідних трактів [39, с. 22-23]. Паралельно з цим Е. А. Аладіна у своїх дослідженнях застосовує електроміографічну діагностику (ЕМГ) для верифікації функціонального стану нейромоторного апарату у дітей раннього віку. Її наукові дані свідчать про те, що ранні ознаки ДЦП можна ідентифікувати за специфічними змінами амплітуди та частоти біоелектричної активності м'язів ще до моменту появи вираженої клінічної симптоматики, що є критично важливим для ранньої інтервенції [1, с. 21-25].

Особливе значення для сучасної педіатрії мають праці А. О. Синиці, присвячені етіології ДЦП. Автор наголошує на необхідності комплексного аналізу, де враховуються як медико-біологічні, так і екологічні чинники. А. О. Синиця розглядає етіологію як динамічну структуру, де генетична схильність може реалізуватися в патологію під впливом тригерних факторів зовнішнього середовища [33, с. 109]. Більше того, у дослідженнях, спрямованих на вивчення дітей раннього віку, А. О. Синиця підкреслює пластичність ЦНС, яка дозволяє мінімізувати патологічні прояви через активацію компенсаторних ресурсів організму на етапі формування основних рухових навичок [34, с. 53-54]. Ця концепція тісно переплітається з поглядами В. Ю. Мартинюка, який розглядає ДЦП крізь призму соціальної педіатрії. В. Ю. Мартинюк зазначає, що патогенез хвороби має не лише біологічну, а й соціальну складову: відсутність адекватного середовища для розвитку дитини з руховими обмеженнями призводить до вторинної інвалідизації, що за своїми наслідками може бути тяжчою за первинне ураження мозку [26, с. 137-138].

Класична школа неврології, представлена Л. О. Бадалян, Л. Т. Журбою та О. В. Тимоніною, заклала фундамент для розуміння вікової періодизації ДЦП. Науковці обґрунтували, що патологічний процес розвивається поетапно, проходячи через стадії ранню, початкову резидуальну та пізню резидуальну. У кожній із цих стадій переважають різні патогенетичні механізми – від гострих метаболічних порушень на початку до стійких контрактур і кісткових деформацій у пізній період [5, с. 45; 5, с. 112]. Системний опис клінічних характеристик, наданий Л. Ружицькою, доповнює цю картину детальним розбором форм ДЦП у залежності від локалізації пошкодження мозку. Л. Ружицька вказує на те, що клінічний поліморфізм ДЦП (від спастичної тетраплегії до атактичних форм) безпосередньо залежить від того, які структури – пірамідна система, мозочок чи базальні ганглії – постраждали найбільше внаслідок впливу етіологічного фактора [30, с. 566-569].

Розглядаючи ДЦП як цілісне порушення розвитку, О. І. Волкова висуває гіпотезу про ДЦП як вид психосоматичного розладу. У її роботах аналізується вплив органічного дефекту на формування особистості дитини. Вона доводить, що в патогенезі захворювання вагому роль відіграє психоемоційне напруження, яке посилює м'язову спастичність через механізми лімбіко-ретикулярного комплексу. Таким чином, психосоматична складова стає невід'ємною частиною загальної картини хвороби [9, с. 157-159]. Це підводить до висновку, що реабілітація повинна охоплювати всі сфери життєдіяльності пацієнта.

Питання терапевтичного впливу на патогенетичні ланки ДЦП висвітлені у роботах О. С. Євтушенка. Автор простежує шлях «від етіології до реабілітації», стверджуючи, що розуміння причини захворювання дозволяє обрати найбільш ефективну тактику відновлення. О. С. Євтушенко акцентує увагу на нейротрофічній терапії та ранній стимуляції сенсорних систем як засобах запобігання незворотним змінам у корі великих півкуль [14, с. 9-11]. Д. Воронін та В. Трач зосереджуються на практичних аспектах реабілітації спастичних форм, де в основі лежить метод пропріоцептивної корекції. Вони зазначають, що фізичні вправи мають на меті не просто тренування м'язів, а перебудову всієї ієрархічної структури управління рухами, що є ключем до подолання патологічних синергій [10, с. 24-26]. Внесок А. І. Альошиної у розвиток цієї галузі полягає в обґрунтуванні ролі фізичного виховання та культури здоров'я як інструментів соціальної адаптації. А. І. Альошина доводить, що регулярні фізичні навантаження, адаптовані до можливостей дитини, сприяють покращенню гемодинаміки мозку та загальному зміцненню здоров'я, що є необхідною умовою для успішного патогенетичного лікування [2, с. 78-80].

Натомість аналіз етіології дитячого церебрального паралічу (ДЦП) потребує глибокого розуміння розгалуженої системи чинників, що діють на різних етапах формування нервової системи. Етіологія даної патології не може бути зведена до єдиного ізольованого фактора, оскільки в переважній

більшості клінічних випадків має місце поєднання декількох несприятливих впливів, які створюють преморбідний фон або безпосередньо пошкоджують мозкову тканину. Як зазначає А. О. Синиця, вивчення етіології ДЦП у теорії та практиці сучасних наукових досліджень вимагає диференційованого підходу до кожного періоду розвитку дитини, оскільки чутливість мозкових структур до зовнішніх та внутрішніх агресорів змінюється динамічно [33, с. 109].

Детальне вивчення пренатальних (внутрішньоутробних) факторів дозволяє констатувати, що саме цей період є визначальним у формуванні патологічного підґрунтя для виникнення ДЦП. До основних чинників цього періоду належать хронічна внутрішньоутробна гіпоксія плода, яка виникає внаслідок плацентарної недостатності, токсикозів вагітних та екстрагенітальних захворювань матері. Особливе місце посідають інфекційні агенти, зокрема віруси групи TORCH, які мають пряму нейротропну дію та здатні викликати вади розвитку головного мозку. Н. М. Іваніків та А. А. Кушнір наголошують на тому, що генетична детермінація також відіграє суттєву роль, створюючи схильність до судинних розладів або порушень обміну речовин у нервовій тканині [17, с. 32]. Патологічний вплив у пренатальному періоді часто призводить до порушення процесів проліферації та міграції нейронів, що в подальшому проявляється у вигляді коркових дисгенезій.

Перинатальні фактори, що діють безпосередньо під час пологової діяльності, традиційно розглядалися як основні, проте сучасна наука вказує на те, що вони часто нашаровуються на вже наявні антенатальні порушення. Найбільш агресивним чинником тут виступає гостра асфіксія в пологах та пологова травма, що супроводжується внутрішньочерепними крововиливами. Як підкреслюють С. Марре, К. Ванхулле та А. Лакеррієр, недоношеність є критичним перинатальним фактором, оскільки незрілість судинної сітки гермінативного матриксу зумовлює високу ймовірність перивентрикулярних крововиливів та подальшого некрозу білої речовини [46, с. 172]. Стрімкі або,

навпаки, затяжні пологи, застосування акушерських маніпуляцій суттєво підвищують ризик механічного пошкодження черепа та мозку новонародженого.

Постнатальні фактори охоплюють перші роки життя дитини, коли мозок зберігає високу інтенсивність розвитку та значну вразливість. До цієї групи належать нейроінфекції (гнійні менінгіти, енцефаліти), важкі форми неонатальної жовтяниці з високим рівнем вільного білірубіну, що має токсичний вплив на базальні ганглії, а також травми голови та епізоди гострої гіпоксії (наприклад, при зупинці дихання або серцевої діяльності). Л. О. Бадалян, Л. Т. Журба та О. В. Тимоніна вказують, що в постнатальному періоді патологічний чинник діє на вже сформовані, але ще не зрілі структури, що зумовлює специфіку клінічної картини, яка може поєднувати ознаки рухових розладів із вираженими когнітивними порушеннями [5, с. 88] (табл.1.2).

Таблиця 1.1.2 – Характеристика етіологічних факторів ДЦП за періодами виникнення

<b>Період дії</b>	<b>Група факторів</b>	<b>Провідні патологічні агенти та їх характеристика</b>
Пренатальний	Соматичні та генетичні	Екстрагенітальна патологія матері (діабет, анемія), генетичні аберації, резус-конфлікт, професійні шкідливості, інфекції.
Перинатальний	Акушерсько-гінекологічні	Передчасні пологи, асфіксія, відшарування плаценти, тазове передлежання, вузький таз матері, пологова травма.
Постнатальний	Сомато-інфекційні та травматичні	Черепно-мозкові травми, менінгіти, важка жовтяниця, інтоксикації, судинні катастрофи (інсульти новонароджених).

Глибинний аналіз патогенезу ДЦП дозволяє виявити механізми, за допомогою яких вищезазначені етіологічні чинники трансформуються в стійкий руховий дефіцит. Провідним механізмом ушкодження мозку є ішемічно-гіпоксичний каскад. За умов дефіциту кисню активується ексайтотоксичність – надмірне вивільнення збуджуючого медіатора

глутамату, що призводить до гіперактивації нейронів та їх подальшої загибелі. С. Марре та колеги зазначають, що оксидативний стрес та запальна відповідь мікроглії завершують процес руйнації нейрональних мереж [46, с. 170]. Зони ураження головного мозку при цьому суворо детерміновані часом дії шкідливого фактора: у глибоко недоношених дітей страждає переважно перивентрикулярна область (біла речовина), тоді як у доношених – кора та підкіркові ядра.

Порушення функціональних систем при ДЦП носить системний характер. Пошкодження пірамідних шляхів призводить до втрати контролю над довільними рухами, тоді як ураження екстрапірамідної системи викликає порушення м'язового тону (гіпертонус, дистонію) та появу мимовільних рухів. К. В. Яценко у своїх дослідженнях акцентує увагу на дезінтеграції аферентних та еферентних потоків, що унеможлиблює формування правильної схеми тіла та координації [39, с. 22]. Вторинні патогенетичні зміни виникають як результат тривалої відсутності адекватного руху: формуються м'язові контрактури, фіброз м'язової тканини, деформації суглобів та хребта. Ці зміни, своєю чергою, стають джерелом патологічної пропріоцептивної імпульсації, яка підтримує вогнище збудження в корі, створюючи замкнене патологічне коло.

Сучасні уявлення про етіопатогенез ДЦП базуються на концепції нейропластичності та мультидисциплінарного підходу. Як зазначає О. С. Євтушенко, шлях від етіології до реабілітації лежить через активацію резервних можливостей мозку на ранніх етапах розвитку [14, с. 9]. Важливим аспектом є врахування психосоматичного компонента. О. І. Волкова доводить, що патогенез хвороби обтяжується порушеннями в емоційній сфері, що через лімбічну систему додатково підвищує м'язову напругу [9, с. 157]. Таким чином, сучасна парадигма розглядає ДЦП не як статичне ураження, а як динамічний процес взаємодії пошкодження, компенсації та вторинної деградації структур (табл.1.1.3).

Таблиця 1.1.3 – Характеристика основних ланок патогенезу ДЦП

Ланка патогенезу	Механізм реалізації	Функціональні наслідки
Первинне ушкодження	Гіпоксія, ішемія, ексайтотоксичність.	Загибель нейронів, демієлінізація провідних шляхів.
Системна дизфункція	Порушення ієрархії рівнів управління рухом.	Спастичність, ригідність, гіперкінези, атаксія.
Вторинні зміни	Атрофія м'язів від бездіяльності, порушення трофіки.	Фіброз м'язів, формування стійких контрактур, підвивихи.
Психосоматична ланка	Формування патологічного емоційного фону.	Посилення м'язового тону, затримка психічного розвитку.

В. Ю. Мартинюк наголошує на важливості соціально-педіатричного аспекту в патогенезі, оскільки умови виховання та інтенсивність раннього втручання можуть суттєво модулювати клінічний вихід захворювання [26, с. 137]. Аналогічно А. О. Синиця у роботах з вивчення дітей раннього віку підкреслює, що ранній період онтогенезу є «вікном можливостей», коли патологічні ланцюги патогенезу ще можуть бути перервані за допомогою цілеспрямованої нейрореабілітації [34, с. 53].

Глибока діагностика, включаючи електроміографічні методи, що детально описані Е. А. Аладіною, дозволяє виявити функціональні порушення ще до їх морфологічного закріплення, що є ключем до успішної корекції [1, с. 21]. Таким чином, цілісна картина етіопатогенезу ДЦП вибудовується як послідовність взаємопов'язаних подій, де кожен наступний етап поглиблює дефект, але одночасно відкриває точки для корекційного впливу. Використання методів фізичного виховання та культури здоров'я, за А. І. Альошиною, дозволяє впливати на патогенез через систему зворотного зв'язку, стимулюючи розвиток збережених зон ЦНС [2, с. 78].

Підсумовуючи викладене, слід зазначити, що етіопатогенез дитячого церебрального паралічу є складним багатофакторним процесом, де початковий пошкоджуючий агент лише запускає механізми порушеного розвитку. Сучасна наука відходить від розгляду ДЦП як статичного дефекту, акцентуючи на його динамічній природі та важливості цілісного підходу – від

молекулярно-генетичного аналізу до соціально-психологічної реабілітації. Тільки глибоке розуміння взаємозв'язку між морфологічним субстратом ураження та функціональними змінами дозволяє розробляти індивідуальні стратегії допомоги дітям із цією складною патологією.

### **1.1.2. Клінічна картина та класифікація церебрального параліча**

Клінічна картина церебрального параліча відзначається надзвичайною варіативністю та поліморфізмом проявів, що зумовлено як локалізацією та розлогістю ураження центральної нервової системи, так і етапом онтогенетичного розвитку дитини, на якому відбувся патологічний вплив. Основу симптомокомплексу становлять стійкі порушення моторного розвитку, що проявляються через аномалії м'язового тону, патологічні синергії та дефіцит координаційних механізмів, які суттєво перешкоджають формуванню антигравітаційних поз і цілеспрямованих рухових актів. Особливістю клінічного перебігу є те, що попри непрогресуючий характер первинного органічного ураження головного мозку, зовнішні прояви рухового дефіциту постійно трансформуються в міру росту скелета та дозрівання нервових структур, що нерідко призводить до виникнення вторинних ортопедичних ускладнень [53, с. 126–127].

Спектр клінічних ознак охоплює не лише ізольовані рухові розлади, а й складну систему супутніх порушень, серед яких чільне місце посідають сенсорні дефіцити, когнітивна недостатність та епілептичні напади, що в сукупності визначають тяжкість стану пацієнта. Наукові розвідки, що аналізують теоретичні підходи до вивчення цієї патології, підкреслюють необхідність розгляду клінічної картини через призму порушення цілісної функціональної системи локомоції, де кожен окремий симптом є наслідком дезінтеграції складних ієрархічних зв'язків між корою та підкірковими структурами [36, с. 244–245]. Поліморфізм клініки проявляється в тому, що у

дітей з ідентичним за локалізацією ураженням мозку можуть спостерігатися діаметрально протилежні за функціональними наслідками порушення – від незначної незграбності в маніпулятивній діяльності до повної неможливості самостійного пересування чи утримання вертикальної пози.

Важливою складовою клінічної діагностики є ідентифікація специфічних рухових патернів, що формуються внаслідок персистенції примітивних безумовних рефлексів, які за умов фізіологічного розвитку мають редукуватися у першому півріччі життя. Уповільнення або відсутність згасання таких рефлексів, як лабіринтний тонічний або асиметричний шийний тонічний рефлекс, створює патологічне підґрунтя для виникнення спастичності та дистонії, що докладно описано в контексті особливостей рухових порушень та їхнього впливу на засвоєння навичок [8, с. 16]. Для систематизації розмаїття клінічних форм та оцінки функціональних можливостей пацієнтів доцільно звернутися до класифікаційних критеріїв, що відображають ступінь вираженості симптомів у повсякденній активності. Аналіз наукової літератури свідчить, що клінічна картина церебрального параліча не є статичною і вимагає постійного моніторингу для корекції реабілітаційних заходів. О. В. Кирик акцентує увагу на важливості клініко-діагностичних критеріїв при формуванні індивідуальних програм, оскільки саме детальна оцінка неврологічного статусу дозволяє прогнозувати потенціал відновлення та попереджати деформації опорно-рухового апарату [19, с. 228]. Сучасна клінічна практика орієнтована на виявлення ранніх маркерів порушень, що дозволяє розпочати терапію ще до остаточного формування патологічного рухового стереотипу.

Окрему увагу в структурі клінічної картини варто приділити аналізу конкретних випадків, що ілюструють складність діагностичного пошуку. Зокрема, Л. В. Тихонова та М. В. Чернявська описують клінічний випадок, де поєднання рухових дефіцитів із затримкою психомовного розвитку створює специфічну картину, яка потребує диференціації з іншими нейродегенеративними захворюваннями [37, с. 804]. У таких випадках

клінічна семіотика доповнюється результатами нейровізуалізаційних досліджень, які підтверджують наявність перивентрикулярної лейкомаляції або фокальних уражень кори, що є морфологічним субстратом для спостережуваних симптомів. Розглядаючи клінічну картину в контексті повсякденного життя, неможливо оминати питання автономії пацієнта. Д. Фернандес-Карденас, К. Санчес-Гомес та Е. Васкес-Карраско у своєму системному огляді зазначають, що незалежність у щоденній активності безпосередньо корелює з типом та тяжкістю рухових розладів [43]. Клінічні прояви, такі як спастична диплегія або геміпарез, по-різному обмежують здатність дитини до самообслуговування, що вимагає розробки специфічних стратегій адаптації. Автори наголошують, що навіть при значних рухових дефектах збереження когнітивних функцій може стати компенсаторним чинником у процесі соціальної інтеграції.

Домінування спастичності як найбільш розповсюдженого клінічного симптому призводить до каскаду біомеханічних порушень. Гіпертонус м'язів-згиначів та аддукторів спричиняє розвиток аномальних установок кінцівок, що з часом закріплюються у вигляді фіброзних змін у м'яких тканинах та підвивихів великих суглобів. У клінічному огляді, який підготували Д. Патель, М. Нілакантан, К. Пандхер та Дж. Меррік, вказується, що розуміння патофізіології спастичності є критичним для вибору методу лікування – від ботулінотерапії до селективної дорзальної ризотомії [53, с. 130–131]. Клінічна картина спастичних форм часто ускладнюється больовим синдромом, який виникає внаслідок постійної м'язової напруги та неправильного розподілу осьового навантаження на хребет.

Дискінетичні прояви церебрального параліча характеризуються змінами м'язового тону, які провокуються емоційним напруженням або спробами активного руху. Клінічно це проявляється дистонічними атаками, що можуть бути болісними та виснажливими для пацієнта. На відміну від спастичних форм, при дискінезіях часто зберігається відносний обсяг пасивних рухів у суглобах, проте довільний контроль над ними залишається мінімальним. Такі

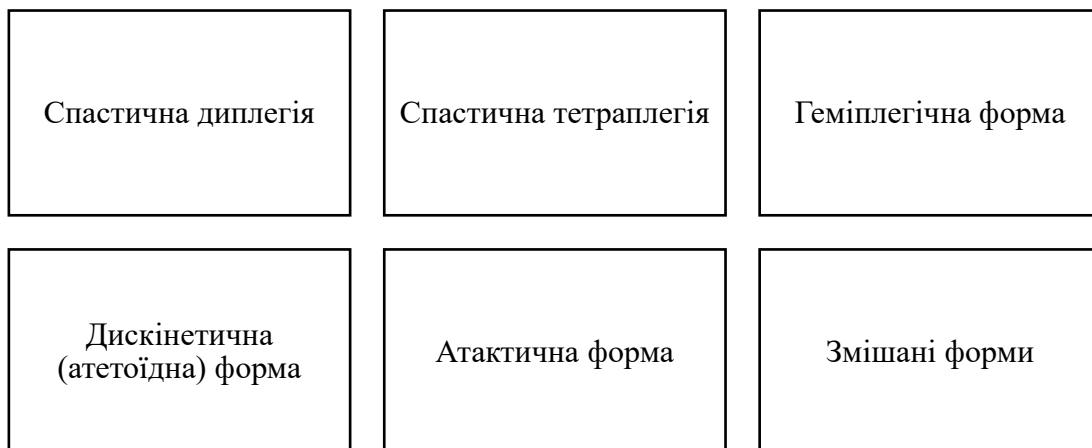
діти часто мають збережений інтелект, проте через виражені порушення артикуляції (дизартрію) та гіперкінези обличчя їхній клінічний статус часто оцінюється невірно, що створює додаткові бар'єри для комунікації.

Атактичний варіант клінічного перебігу, зумовлений ураженням мозочка або його зв'язків, характеризується вираженою м'язовою гіпотонією у ранньому віці, що згодом трансформується у координаційні розлади. Клінічна картина включає нестійкість при стоянні та ходьбі, що змушує дитину шукати додаткову опору або використовувати допоміжні засоби пересування. При цій формі часто спостерігаються когнітивні особливості, що стосуються просторового сприйняття та швидкості обробки інформації, що також має враховуватися при оцінці клінічного профілю.

Важливо підкреслити, що клінічна картина церебрального параліча нерідко включає порушення зору (косоокість, атрофія зорових нервів) та слуху, що суттєво обмежує аферентний потік інформації та уповільнює психічний розвиток. В. І. Співак та Ю. В. Сербалюк доводять, що теоретичне осмислення патогенезу ЦП має базуватися на комплексному аналізі всіх сенсомоторних дефіцитів, оскільки ізольований розгляд лише рухової сфери не дозволяє повноцінно оцінити клінічну ситуацію [36, с. 247]. Поєднання моторних та сенсорних аномалій створює унікальний для кожного пацієнта «клінічний портрет», що потребує мультидисциплінарного підходу. Вплив рухових порушень на процес засвоєння навичок у дітей із наслідками церебрального параліча є визначальним фактором їхньої соціальної адаптації. В. М. Босько зазначає, що затримка у формуванні випрямних рефлексів та рівноваги стає непереборною перешкодою для переходу до вищих рівнів рухової активності [8, с. 18]. Клінічна симптоматика, таким чином, виступає як лімітуючий фактор, що визначає не лише фізичний стан, а й рівень інтеграції дитини у середовище однолітків.

Систематизація клінічних проявів церебрального параліча у сучасній неврології базується на розгалуженій мережі класифікаційних підходів, що відображають етіологічну різноманітність, топографію ураження та ступінь

функціональних обмежень. У науковій літературі описано значну кількість класифікацій, серед яких найбільш поширеними є етіопатогенетична, топографічна та функціональна, кожна з яких переслідує певну клінічну чи дослідницьку мету. Історично значущими залишаються підходи В. Л. Майніра, який ще у середині минулого століття запропонував поділ за характером рухових аномалій, що заклало підґрунтя для сучасних діагностичних протоколів [48, с. 842]. Проте найбільшої популярності у міжнародній практиці набула класифікація, розроблена групою експертів під керівництвом М. Бакса та М. Голдштейна, яка була згодом уточнена П. Розенбаумом та іншими дослідниками, де основна увага зосереджена на домінуючому типі тонусу та анатомічному розподілі парезу [40, с. 574; 55, с. 11]. Саме на цій клінічній класифікації, що інтегрує руховий дефіцит із характером неврологічного синдрому, ми зосередимо основну увагу, враховуючи її високу прогностичну цінність та зручність у формуванні реабілітаційного плану (рис.1.1.1).



**Рис.1.1.1 Основні типи церебрального параліча**

Спастична диплегія, часто ідентифікована як хвороба Літтла, є найбільш розповсюдженим клінічним варіантом, що найчастіше діагностується у дітей,

які народилися передчасно. Клінічна характеристика цієї форми визначається двобічним ураженням кінцівок, причому нижні кінцівки залучені до патологічного процесу значно більшою мірою, ніж верхні. Неврологічний статус пацієнтів характеризується вираженою спастичністю аддукторів стегна, що призводить до специфічної установки ніг із тенденцією до їхнього перехрещування при спробі опори чи ходьби. Т. Проскуріна вказує, що такий розподіл м'язового тонуусу створює передумови для формування еквіноварусних деформацій стоп та згинальних контрактур у колінних суглобах, що суттєво обмежує локомоторний потенціал [29, с. 293]. Важливою особливістю є відносна збереженість маніпулятивної функції рук, хоча при детальному обстеженні часто виявляються легка дискоординація та труднощі у виконанні точних рухів. С. С. Огоке підкреслює, що інтелектуальний розвиток при цій формі часто залишається в межах норми або відповідає легкій затримці, що забезпечує сприятливий прогноз щодо соціальної адаптації [50].

Спастична тетраплегія (квадриплегія) представляє собою найбільш тяжкий варіант рухового дефіциту, при якому в рівній мірі уражені всі чотири кінцівки, тулуб та нерідко м'язи обличчя і глотки. Морфологічним субстратом цієї форми є дифузне ураження великих півкуль головного мозку, що часто супроводжується мікроцефалією та вираженою вентрикуломегалією. Клінічно тетраплегія проявляється тотальним м'язовим гіпертонусом, що унеможлиблює самостійне утримання вертикальної пози та пересування. Н. М. Іваніків та А. А. Кушнір зауважують, що у таких пацієнтів спостерігається висока частота супутніх порушень, зокрема епілептичних нападів, вираженої когнітивної недостатності та псевдобульбарного синдрому, що проявляється труднощами при ковтанні та жуванні [17, с. 33]. Високий ризик розвитку ранніх множинних контрактур та вивихів стегна вимагає агресивної ортопедичної та реабілітаційної стратегії, проте функціональний прогноз залишається складним через глибокий дефіцит довільного контролю над рухами.

Геміплегічна форма характеризується однобічним ураженням кінцівок, де рука, як правило, залучена більше за ногу. Патогенетично ця форма часто пов'язана з фокальними ішемічними або геморагічними ураженнями в одному з півкуль мозку, що відбуваються в перинатальному періоді. Клінічна картина демонструє типову позу Верніке-Манна: рука приведена до тулуба, зігнута в ліктьовому та променезап'ястковому суглобах, пальці стиснуті в кулак, тоді як нога розігнута і при ходьбі описує півколо (циркумдукція). А. П. Єфімов зазначає, що діагностика цієї форми на перших місяцях життя може бути ускладненою через наявність «світлого проміжку», проте поступова поява асиметрії спонтанних рухів та раннє домінування однієї руки стають патогномонічними ознаками [15, с. 97]. У пацієнтів із геміпарезом часто виявляються розлади чутливості та випадання полів зору на боці парезу, що додатково ускладнює формування правильного рухового стереотипу.

Дискінетична (атетоїдна) форма виникає внаслідок ураження базальних гангліїв, що найчастіше стає наслідком тяжкої білірубінової енцефалопатії (ядерної жовтяниці) або глибокої гіпоксії. Провідним клінічним симптомом є зміна м'язового тону (дистонія), що проявляється неконтрольованими, мимовільними рухами – атетозом, хореею або дистонічними атаками. Ці рухи зазвичай посилюються при емоційному збудженні чи спробі виконати цілеспрямовану дію і повністю зникають під час сну. Д. Патель та колеги акцентують на тому, що дискінетична форма характеризується вираженими порушеннями артикуляції та фонації, проте рівень когнітивного розвитку у таких дітей часто є вищим, ніж при спастичних формах, що створює специфічний дисонанс між фізичною безпорадністю та збереженим інтелектом [53, с. 129]. Проблема соціальної інтеграції при цьому виді ЦП полягає не стільки в неможливості ходьби, скільки в дефіциті комунікативних можливостей через тяжку дизартрію.

Атактична форма, що є результатом пошкодження мозочкових структур, клінічно проявляється у ранньому дитинстві синдромом «млявої дитини» (м'язовою гіпотонією), яка з віком трансформується у порушення координації

та рівноваги. Головними ознаками є інтенційний тремор, що посилюється наприкінці руху, дисметрія (промахування) та хитка хода з широко розставленими ногами. І. А. Кочмарук та С. І. Ломинога вказують на те, що діти з атактичною формою мають значні труднощі в оволодінні дрібною моторикою, що проявляється у неможливості застібання гудзиків, письма чи користування столовими приладами [20, с. 333]. Часто спостерігається також затримка розвитку мовлення за типом мозочкової дизартрії, коли мова стає скандованою та сповільненою.

Змішані форми діагностуються у випадках, коли клінічна картина поєднує в собі ознаки спастичності, дискінезії та атаксії в різних пропорціях. Це свідчить про розлоге, мультифокальне ураження центральної нервової системи, що охоплює як пірамідні, так і екстрапірамідні шляхи разом із мозочком. Найбільш поширеним поєднанням є комбінація спастичної диплегії з атетоїдними гіперкінезами. У таких випадках реабілітація стає особливо складною, оскільки методи, спрямовані на зниження спастичності, можуть парадоксально посилювати дискінетичні прояви, що вимагає виключно індивідуального підбору терапевтичних втручань [18].

Для об'єктивізації тяжкості стану та прогнозування життєдіяльності пацієнта, незалежно від форми ЦП, у сучасній науці використовується система класифікації великих моторних функцій (GMFCS). О. О. Качмар детально описує цю систему як золотий стандарт, що дозволяє розділити пацієнтів на п'ять рівнів залежно від здатності до самостійного пересування та потреби у допоміжних засобах [18]. С. А. Ретлефсен, Д. Д. Раян та Р. М. Кей підкреслюють, що використання GMFCS разом із класифікацією маніпулятивних функцій (MACS) дає цілісне уявлення про клінічний статус дитини, що є критично важливим для наукового обґрунтування реабілітаційного процесу [54, с. 458].

Розуміння тонкощів кожної форми дозволяє уникати діагностичних помилок та забезпечувати пацієнту адекватну допомогу на ранніх етапах. Л. В. Тихонова та М. В. Чернявська, аналізуючи конкретні клінічні випадки,

доводять, що навіть у межах однієї форми прояви можуть суттєво варіювати під впливом зовнішніх факторів та інтенсивності занять [37, с. 805]. А. Т. Пакула та К. В. Браун зазначають, що епідеміологічні дослідження вказують на поступове зміщення структури форм ЦП у бік легших варіантів завдяки розвитку неонатології, проте частка тяжких тетраплегій залишається стабільною, що вимагає подальшого пошуку нових нейропротекторних стратегій [51, с. 427]. Таким чином, клінічна класифікація залишається живим інструментом, що постійно доповнюється новими даними про функціональну анатомію мозку.

Підсумовуючи аналіз клінічної картини, слід наголосити на необхідності використання стандартизованих шкал для об'єктивізації стану пацієнта. Клінічне обстеження має включати не лише неврологічний огляд, а й оцінку функціонального стану за міжнародними класифікаціями, що дозволяє моніторити динаміку змін та ефективність терапевтичного втручання. Тільки через глибоке розуміння поліморфізму симптомів та їхнього взаємозв'язку можливо забезпечити адекватну допомогу дітям із цим складним діагнозом.

## **1.2. Теоретико-методологічні підходи до ерготерапії дітей з ЦП**

### **1.2.1. Сучасні методи ерготерапевтичного втручання для дітей з ЦП**

Проблема реабілітації дітей з церебральним паралічем (ДЦП) залишається одним із найактуальніших викликів сучасної педіатрії, неврології та відновлювальної медицини. ДЦП являє собою групу стійких порушень розвитку рухів та положення тіла, що спричиняють обмеження активності та виникають внаслідок непрогресуючого ураження мозку плода або новонародженого. Складність клінічної картини, яка часто включає не лише рухові, але й когнітивні, сенсорні та комунікативні розлади, вимагає мультидисциплінарного підходу до абілітації та реабілітації. В останні

десятиліття спостерігається зміна парадигми в реабілітації: від суто біомедичної моделі, зосередженої на корекції фізичних вад, до біопсихосоціальної моделі, що базується на Міжнародній класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ). Базуючись на аналізі сучасних наукових джерел, можна сформулювати визначення, що відображає сутність цього напрямку в контексті дитячої реабілітації. Ерготерапія – це клієнтоцентрована професія в галузі охорони здоров'я, яка сприяє здоров'ю та благополуччю через залучення до активності; основною метою ерготерапії для дітей з ДЦП є надання їм можливості брати участь у видах діяльності повсякденного життя (самообслуговування, продуктивна діяльність, дозвілля), розвиток необхідних для цього навичок, адаптація середовища або завдання для максимальної незалежності та соціальної інтеграції, що узгоджується з підходами, висвітленими у зарубіжних та вітчизняних дослідженнях, зокрема С. Ліон [45]. Важливість фокусування саме на активності та участі дитини, а не лише на корекції структур тіла, підкреслюється у роботах О.О. Кущенко, яка розглядає ці аспекти як фундаментальні в ерготерапії та фізичній терапії [22, с. 101-107].

Сучасна система реабілітації дітей з ДЦП характеризується переходом до доказових методів втручання, які довели свою ефективність у покращенні функціональних можливостей дитини. Наукова спільнота активно досліджує та впроваджує різноманітні методики, які можна класифікувати за різними критеріями: за спрямованістю на певні функції, за використанням технічних засобів, за теоретичним підґрунтям. Загальний огляд сучасних підходів у реабілітації, які включають елементи ерготерапевтичного втручання, представлено у працях багатьох дослідників, зокрема Д.В. Затолоки та Н.В. Малик [16, с. 102-103], Х. Смовженко [35, с. 52-53], а також у міжнародному контексті Т. Теміровою [57, с. 142-146]. Ці роботи свідчать про постійний пошук та вдосконалення стратегій допомоги, які б відповідали індивідуальним потребам кожної дитини.

Одним із найбільш потужних та доказових сучасних методів, що активно інтегрується в ерготерапевтичну практику, є СІМТ-терапія (Constraint-Induced Movement Therapy – терапія вимушеними рухами, або терапія обмеженням). Цей метод базується на принципах нейропластичності та подолання феномену «навченого невикористання» ураженої кінцівки. Суть методики полягає у тимчасовому обмеженні (наприклад, за допомогою спеціальної рукавички або лонгетки) здорової або менш ураженої верхньої кінцівки, що спонукає дитину активно використовувати паретичну руку для виконання різноманітних завдань. Особливості застосування методики СІМТ-терапії при дитячому церебральному паралічі детально розглядаються у дослідженні І. Бівол та О. Бурки [6, с. 57-60]. Ерготерапевтичний компонент СІМТ полягає не просто в обмеженні рухів, а у підборі значущих, цікавих та відповідних віку дитини активностей (ігри, елементи самообслуговування), які вона має виконувати «слабкою» рукою. Це вимагає від фахівця ретельного аналізу діяльності, градування складності завдань та забезпечення постійного зворотного зв'язку. Метод демонструє високу ефективність, особливо при геміпаретичних формах ДЦП, покращуючи якість та кількість рухів ураженою рукою, що безпосередньо впливає на здатність дитини до самообслуговування та гри.

Іншим важливим напрямком є розвиток навичок самообслуговування як основи незалежності дитини. Ерготерапія традиційно фокусується на Activities of Daily Living (ADL) – активностях повсякденного життя. Вплив ерготерапевтичних втручань на рівень самообслуговування дітей з церебральним паралічем є предметом спеціальних досліджень, зокрема проведених О. Кущенко [21, с. 35-41]. Робота в цьому напрямку передбачає детальний аналіз проблем, з якими стикається дитина під час одягання, прийому їжі, гігієнічних процедур, та розробку індивідуальних стратегій їх подолання. Це може включати тренування специфічних моторних навичок, використання адаптивного обладнання (наприклад, ложки з потовщеними ручками, тарілки на присосках, одяг на липучках замість гудзиків) або

модифікацію самого процесу виконання дії. Особливу увагу слід приділяти віковим аспектам реабілітації. Так, Г.О. Остапенко, О.К. Панчишна та О.В. Циганок наголошують на специфіці використання ерготерапії в комплексній реабілітації дітей підліткового віку (11-12 років) [27, с. 91-98]. У цьому віці на перший план виходять потреби у соціалізації, підготовці до дорослого життя, професійній орієнтації, що вимагає від ерготерапевта розширення спектру втручань за межі базового самообслуговування.

Стрімкий розвиток технологій відкриває нові горизонти в ерготерапії ДЦП. Інноваційні технологічні підходи, як зазначають Л. Мартінез-Родрігез, К. Гарсія-Браво та С. Гарсія-Браво [47, с. 459], стають невід'ємною частиною сучасної педіатричної ерготерапії. До таких підходів належать використання віртуальної (VR) та доповненої реальності (AR), роботизованих систем для тренування верхніх кінцівок, комп'ютерних програм для розвитку когнітивних функцій. Віртуальна реальність дозволяє створити безпечне та контрольоване ігрове середовище, де дитина може відпрацьовувати рухові навички з високим рівнем мотивації. Ерготерапевт може моделювати у віртуальному просторі ситуації реального життя (наприклад, похід в магазин, приготування їжі), що сприяє переносу набутих навичок у повсякденну діяльність. Роботизовані пристрої забезпечують можливість виконання великої кількості повторюваних рухів з точною корекцією траєкторії, що важливо для моторного навчання, проте їх використання завжди має бути інтегроване в контекст функціональних завдань.

Важливо розуміти, що ерготерапія не існує ізольовано, а є частиною комплексного реабілітаційного процесу. Ефективність втручання значно зростає при тісній співпраці ерготерапевта, фізичного терапевта, терапевта мови та мовлення, психолога та лікарів. Ця думка простежується у багатьох наукових роботах. Так, А. Альошина розглядає фізичну реабілітацію як цілісну систему [3, с. 121-123], В. Мартинюк акцентує увагу на загальних принципах реабілітації дітей з ДЦП [25, с. 27-31]. Специфіку фізичної реабілітації, що є підґрунтям для успішної ерготерапії, висвітлюють у своїх

працях Н. Богдановська та П. Віндюк [7, с. 19-22], О.Ю. Серков, Н.Є. Нестерчук та О.І. Михайлова [31, с. 246-251], а також І. Сидорук, І. Подолянчук та О. Ніколенко [32, с. 39-42]. Особливо важливим є узгодження цілей та методів між фахівцями. Наприклад, при спастичній диплегії, як зазначають Ю. Антонова-Рафі та А. Чемерис, існують чіткі особливості поєднання фізичної терапії та ерготерапії [4, с. 140-147], де фізична терапія може фокусуватися на зниженні спастичності та покращенні постурального контролю, створюючи базу для ерготерапевтичної роботи над функцією рук та навичками самообслуговування (табл.1.1.4).

Таблиця 1.1 4 – Характеристика сучасних ерготерапевтичних підходів у реабілітації дітей з ДЦП

<b>Назва методу/підходу</b>	<b>Основний фокус втручання в ерготерапії</b>	<b>Очікувані результати при ДЦП</b>
СІМТ-терапія (Терапія вимушеними рухами)	Інтенсивне тренування ураженої верхньої кінцівки через обмеження здорової під час виконання значущих для дитини активностей та ігор.	Подолання "навченого невикористання", покращення якості та обсягу рухів паретичної руки, підвищення її участі у дворучній діяльності та самообслуговуванні.
Підхід, орієнтований на активність та участь (Activity-based intervention)	Безпосереднє тренування навичок повсякденного життя (ADL): одягання, харчування, гігієна, переміщення. Аналіз діяльності та адаптація завдань.	Підвищення рівня незалежності у побуті, зменшення потреби у сторонній допомозі, покращення якості життя дитини та родини.
Використання адаптивного обладнання та модифікація середовища	Підбір та навчання користуванню допоміжними засобами (спеціальний посуд, тримачі, крісла), ергономічні зміни в домашньому чи навчальному просторі.	Компенсація втрачених функцій, забезпечення можливості виконання дій, які раніше були недоступні, підвищення безпеки та автономії.
Комплексний міждисциплінарний підхід	Інтеграція ерготерапевтичних цілей з завданнями фізичної терапії (контроль спастичності,	Забезпечення синергетичного ефекту реабілітації, цілісний розвиток дитини, стабільність

	позиціонування) та інших фахівців.	досягнутих функціональних результатів.
--	------------------------------------	--

Аналіз міжнародних підходів, представлених у підручнику О. Швесткової, К. Свєцени та співавторів «Ерготерапія», дає підстави уточнити, що сучасна ерготерапевтична допомога дітям з ДЦП не зводиться до відновлення окремих рухових функцій, а розглядається як цілісна система підтримки активності, автономії та соціальної участі дитини. У міжнародній практиці ключовим є не ізольоване тренування порушеної кінцівки чи корекція моторного дефіциту, а аналіз того, як конкретне порушення впливає на здатність дитини їсти, одягатися, гратися, навчатися, спілкуватися та брати участь у сімейному й освітньому середовищі. Такий підхід передбачає поєднання функціонального оцінювання, адаптації середовища, використання допоміжних засобів, навчання родини та формування індивідуальних стратегій виконання повсякденних дій. Особливе значення має клієнтоцентрована модель, у межах якої цілі втручання визначаються не лише клінічним діагнозом, а реальними потребами дитини та її сім'ї. Саме тому міжнародний досвід, узагальнений у підручнику, підтверджує доцільність переходу від медико-корекційної логіки до діяльнісно-орієнтованої ерготерапії, де головним критерієм ефективності виступає не лише покращення рухових показників, а підвищення рівня самостійності, якості життя та включення дитини в повсякденні соціальні практики [40].

Підсумовуючи аналіз сучасної наукової літератури, можна зробити висновок, що ерготерапія є критично важливим компонентом системи реабілітації дітей з церебральним паралічем. Сучасні тенденції вказують на чіткий перехід від пасивних методів лікування до активних, орієнтованих на конкретні завдання та потреби дитини втручань. Методики на кшталт СІМТ-терапії, використання новітніх технологій віртуальної реальності, а також глибоке фокусування на активностях повсякденного життя та соціальній участі, дозволяють досягати значно кращих функціональних результатів. Ключовим аспектом залишається індивідуалізація процесу, врахування

вікових особливостей, клінічної форми ДЦП та, що найважливіше, особистих цілей та інтересів дитини та її сім'ї. Подальший розвиток ерготерапії в Україні потребує продовження імплементації міжнародних стандартів, проведення власних наукових досліджень ефективності різних методів та поглиблення міждисциплінарної співпраці для забезпечення найкращої якості життя дітей з особливими потребами.

### **1.2.2. Принципи та цілі ерготерапевтичного супроводу дітей із ЦП**

Сучасна парадигма реабілітації дітей із церебральним паралічем (ЦП) зазнала суттєвих трансформацій, змістивши акцент із суто медикаментозного та фізіотерапевтичного впливу на комплексний соціально-біологічний підхід. Провідне місце в цій системі посідає ерготерапія, яка розглядається не просто як набір вправ для дрібної моторики, а як цілісна стратегія підтримки життєдіяльності, спрямована на досягнення максимальної автономії дитини в її природному середовищі. Ерготерапевтичний супровід базується на глибокому розумінні взаємозв'язку між фізичним станом індивіда, його психологічним налаштуванням та оточенням, що вимагає від фахівця високого рівня наукової підготовки та мультидисциплінарного бачення проблеми. Фундаментальні засади ерготерапевтичного втручання ґрунтуються на принципах клієнтоцентрованості, де дитина та її родина виступають активними суб'єктами процесу, а не пасивними об'єктами медичних маніпуляцій. Н. В. Позмогова, Н. В. Богдановська та К. Ю. Бойченко наголошують, що теоретичний базис ерготерапії включає розуміння окупаційної ролі особистості, де під «окупацією» розуміється будь-яка значуща діяльність, від самообслуговування до гри та навчання [28, с. 12-18]. Важливим аспектом є врахування того, що для дитини з ЦП повсякденна активність часто стає викликом, тому метою супроводу є не «виправлення» дефекту, а адаптація діяльності та середовища під існуючі можливості

пацієнта. У контексті загальнотеоретичної підготовки фахівців варто зазначити, що базові лекційні курси, які розкривають сутність професії, формують етичне та методологічне підґрунтя для подальшої спеціалізації в педіатричному напрямі, що підтверджує у своїх працях І. В. Гавалко, акцентуючи на універсальності принципів незалежності та гідності особистості [11, с. 4-6].

Ефективність ерготерапевтичного супроводу неможлива без ретельної діагностики, яка сьогодні орієнтується на Міжнародну класифікацію функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ). О. В. Кирик та О. В. Назар вказують на важливість імплементації міжнародних практик у процес діагностування рівня функціонування дітей із ЦП, що дозволяє відійти від опису симптомів до оцінки реальних можливостей дитини виконувати певні завдання в конкретних контекстах [44, с. 85-88]. Такий підхід дає змогу виявити не лише бар'єри, а й ресурси середовища, які можна використати для компенсації рухових чи когнітивних дефіцитів. Сучасні діагностичні інструменти дозволяють диференціювати запити родини та об'єктивні потреби дитини, формуючи індивідуальну траєкторію розвитку.

Процес ерготерапевтичного втручання є динамічним і циклічним, що передбачає постійне тестування та корекцію цілей. Н. Б. Грейда та О. Я. Андрійчук підкреслюють, що методологія тестування повинна охоплювати всі сфери активності, включаючи маніпулятивну діяльність, мобільність та здатність до комунікації [12, с. 22-29]. Автори зазначають, що втручання має бути цілеспрямованим: кожна вправа чи активність, яку пропонує ерготерапевт, повинна мати прямиий зв'язок із повсякденним життям дитини. Якщо метою є покращення функції захоплення, то вона відпрацьовується не на абстрактних тренажерах, а під час гри або прийому їжі, що забезпечує нейропластичність та краще закріплення навичок.

Одним із пріоритетних завдань супроводу дітей із ЦП є підвищення рівня їхнього функціонування та незалежності в побуті. О. Кушенко, В. Вітомський, О. Лазарева та М. Вітомська детально аналізують засоби

ерготерапії, які сприяють автономії дітей із церебральним паралічем, зазначаючи, що успіх реабілітації прямо залежить від інтеграції набутих навичок у щоденну рутину [23, с. 96-100]. Це включає підбір асистивних технологій, адаптацію меблів, використання спеціального посуду чи засобів для письма. Важливо розуміти, що незалежність дитини – це не обов'язково виконання дії «як усі», а здатність досягти результату самостійно, нехай і за допомогою спеціальних пристроїв чи зміненого алгоритму дій.

Особливої уваги в структурі ерготерапевтичної допомоги заслуговує питання нутритивної підтримки та терапії годування. ЦП часто супроводжується порушеннями ковтання та жування, що створює ризики для здоров'я та соціальної інтеграції. О. Б. Лазарева та О. О. Мангушева розглядають ерготерапію як невід'ємну частину міждисциплінарної терапії годування, де фахівець працює не лише над механікою процесу, а й над позиціонуванням дитини, підбором адаптивного обладнання та психологічним комфортом під час прийому їжі [24, с. 119-122]. Правильне положення тіла та спеціально підібрані столові прибори можуть кардинально змінити якість життя дитини та зменшити рівень стресу в батьків, що є яскравим прикладом практичної цінності ерготерапевтичного підходу.

Зарубіжний досвід доповнює вітчизняні розробки, акцентуючи увагу на довгострокових результатах та соціальній участі. К. Колборн зазначає, що підтримка ерготерапевтичних результатів вимагає врахування ключових факторів впливу, серед яких мотивація дитини та підтримка з боку однолітків посідають чільні місця [41, с. 217-219]. Дослідниця вказує на те, що цілі втручання повинні еволюціонувати разом із дорослішанням дитини, переходячи від базових навичок самообслуговування до підготовки до професійного навчання та активного дозвілля. Аналогічну думку висловлює Е. Денслоу, структуруючи цілі ерготерапії як багаторівневу систему, де кожен крок – від покращення координації до участі в групових іграх – наближає дитину до повноцінного членства в суспільстві [42, с. 1-3].

Комплексний менеджмент стану дитини з ЦП вимагає від ерготерапевта розуміння нейрофізіологічних механізмів та їх впливу на повсякденну діяльність. Лора К. Вогтл детально описує елементи ерготерапевтичного менеджменту, наголошуючи на важливості сенсорної інтеграції та менеджменту спастичності через правильне позиціонування та оклюзійну терапію [59, с. 2418-2422]. Автор підкреслює, що ерготерапевт повинен бути «архітектором середовища», який створює умови, за яких дитина відчуває успіх від своєї діяльності, що є найсильнішим стимулом для подальшого розвитку. Це включає не лише фізичне середовище, а й соціальне – роботу з вчителями та вихователями щодо адаптації навчального процесу.

Важливим компонентом супроводу є робота з батьками, яка виходить за межі простого консультування. Г. М. Хворова доводить, що застосування методів ерготерапії в контексті компетентного батьківського виховання значно прискорює реабілітаційний процес у дітей із полісистемними порушеннями, зокрема ЦП та аутизмом [38, с. 88-92]. Батьки стають ко-терапевтами, які здатні впроваджувати рекомендації фахівця в домашніх умовах, перетворюючи звичайні побутові справи на реабілітаційні справи. Така синергія фахівців та родини забезпечує безперервність впливу та високу результативність.

Аналіз наукової літератури свідчить, що цілі ерготерапевтичного супроводу можна поділити на стратегічні та тактичні. Стратегічні цілі спрямовані на покращення якості життя, соціальну інклюзію та професійне самовизначення в майбутньому. Тактичні ж завдання фокусуються на розвитку конкретних функцій: збільшенні амплітуди рухів, покращенні зорово-моторної координації, формуванні навичок письма чи самостійного одягання. Важливо, що ці цілі ніколи не є статичними. Вони переглядаються відповідно до прогресу дитини, її вікових потреб та змін у сімейній ситуації.

Принципи ерготерапії в педіатрії також включають ігровий підхід. Гра для дитини є основним видом діяльності, через який вона пізнає світ та власне тіло. Тому ерготерапевт моделює ігрові ситуації таким чином, щоб вони

вимагали від дитини зусиль, спрямованих на подолання рухових обмежень, але при цьому залишалися цікавими та емоційно насиченими. Такий підхід мінімізує втому та спротив, які часто виникають при тривалих реабілітаційних курсах. Використання сучасних гаджетів та спеціалізованого програмного забезпечення також стає частиною ерготерапії, дозволяючи дітям із важкими формами ЦП керувати комп'ютером, спілкуватися та навчатися нарівні з іншими.

Отже, ерготерапевтичний супровід дітей із ЦП – це багатогранний процес, що поєднує в собі глибокі медичні знання, психологічну підтримку та інженерний підхід до адаптації середовища. Науковий аналіз праць вітчизняних та іноземних дослідників підтверджує, що лише за умови системного, науково обґрунтованого та людиноцентрованого підходу можна досягти значущих змін у житті дитини. Незалежно від тяжкості порушень, ерготерапія відкриває шлях до активності та участі, трансформуючи обмеження в можливість для розвитку та самореалізації особистості. Ключем до успіху залишається професіоналізм фахівця, який здатний бачити за діагнозом дитину з її унікальними потребами, мріями та потенціалом до зростання.

## Висновки до розділу 1

Проведений у розділі 1 теоретичний аналіз дозволив системно окреслити клініко-нейрофізіологічні та методологічні засади формування ерготерапевтичного супроводу дітей із церебральним паралічем. Узагальнення сучасних наукових підходів до етіопатогенезу ДЦП підтвердило його поліфакторну природу та складний каскад патобіохімічних і нейродинамічних механізмів, що зумовлюють формування стійкого рухового дефіциту. Встановлено, що первинне органічне ураження центральної нервової системи, попри непрогресуючий характер, запускає динамічний процес вторинних змін – від спастичності й патологічних синергій до контрактур і деформацій опорно-рухового апарату. Таким чином, клінічна картина ДЦП постає як результат взаємодії морфологічного субстрату ураження з процесами нейропластичності, компенсації та соціального середовищного впливу.

Аналіз клінічної симптоматики та сучасних класифікаційних підходів засвідчив виражений поліморфізм проявів церебрального параліча, що охоплює не лише моторну сферу, але й когнітивні, сенсорні та психоемоційні компоненти. Диференціація спастичних, дискінетичних, атактичних і змішаних форм має принципове значення для побудови індивідуальної траєкторії реабілітації, оскільки визначає характер функціональних обмежень і потенціал відновлення. Використання стандартизованих систем оцінювання функціонування дозволяє перейти від описового неврологічного підходу до моделі, орієнтованої на активність і участь дитини в повсякденному житті. Це створює підґрунтя для інтеграції клінічних знань у практичну площину ерготерапевтичного втручання.

Теоретико-методологічне обґрунтування ерготерапії в контексті ДЦП підтвердило її ключову роль у досягненні максимальної автономії та соціальної інтеграції дитини. Розглянуті сучасні методи втручання, принципи клієнтоцентрованості, орієнтація на діяльність та участь, а також

міждисциплінарна взаємодія формують концептуальну основу для побудови ефективної системи супроводу. Отже, результати теоретичного аналізу розділу 1 засвідчують необхідність комплексного, доказово обґрунтованого та індивідуалізованого підходу до організації ерготерапевтичної допомоги дітям із ЦП, що враховує як клінічні особливості захворювання, так і соціально-психологічні аспекти розвитку особистості.

## РОЗДІЛ 2

### МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

#### 2.1. Методи дослідження

У дослідженні, присвяченому ерготерапії дітей із церебральним паралічем, вибір методів не може бути випадковим або суто формальним, оскільки сам предмет вивчення належить до тих клініко-педагогічних і реабілітаційних феноменів, які не піддаються адекватному описові в межах одного виміру. Дитина з ЦП функціонує не лише як носій певного порушення моторики; ідеться про цілісну систему взаємодії між станом великих моторних функцій, ручною діяльністю, здатністю до самообслуговування, включеністю в гру, навчальну активність, соціальну участь, а також про вплив родинного й середовищного контексту на реальні можливості повсякденного життя. Саме тому, з огляду на сучасне розуміння функціонування дитини в логіці Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я, доцільним є використання комплексу взаємодоповнювальних емпіричних методів, які дозволяють не лише зафіксувати наявність порушень, а й простежити, як вони трансформуються в труднощі діяльності та обмеження участі. ICF розглядає функціонування людини у біопсихосоціальній перспективі, поєднуючи тілесні функції й структури, активність, участь та вплив факторів середовища, а отже саме така рамка є найбільш продуктивною для обґрунтування методології дослідження ерготерапії дітей із ЦП.

На нашу думку, сильна сторона методології такого дослідження полягає не у кількості застосованих процедур як такої, а в тому, наскільки послідовно вони підпорядковані центральному завданню: виявити реальні труднощі дитини в повсякденній діяльності, співвіднести їх із рівнем функціональних можливостей і на цій основі розробити індивідуалізовану програму реабілітації. У межах такого підходу нами для проведення дослідження було

обрано низку емпіричних методів, зокрема спостереження за виконанням дитиною повсякденних дій, опитування батьків для з'ясування труднощів самообслуговування, гри, навчальної активності та соціальної участі, методи оцінки функціонального стану дитини із застосуванням GMFCS, COPM і MACS, методи математичної статистики для обробки одержаних даних, а також створення програми реабілітації як підсумкового практико-орієнтованого етапу дослідження. Така конструкція не є механічним поєднанням діагностичних інструментів; навпаки, кожен метод виконує власну функцію й закриває той сегмент клінічної реальності, який не може бути повноцінно охоплений іншими засобами. Це відповідає сучасним рекомендаціям щодо досліджень і клінічного прийняття рішень у сфері церебрального паралічу, де наголос робиться на функції, участі, цілях, визначених дитиною та сім'єю, і на цілісній оцінці повсякденного функціонування (табл.2.1).

Таблиця 2.1 – Характеристика методів дослідження та необхідність їх використання

<b>Метод дослідження</b>	<b>Зміст методу</b>	<b>Що саме дає в дослідженні</b>	<b>Необхідність використання</b>
Спостереження	Систематичне цілеспрямоване вивчення виконання дитиною повсякденних дій у природних або наближених до природних умовах	Дозволяє виявити, як дитина реально їсть, одягається, грає, пересувається, взаємодіє з предметами, переключається між діями, потребує допомоги чи адаптацій	Необхідне для фіксації фактичної, а не декларованої поведінки дитини в діяльності
Опитування батьків	Отримання структурованої інформації від осіб, які постійно спостерігають дитину в побуті	Дає відомості про труднощі самообслуговування, гри, навчальної активності, соціальної участі, а також про вплив середовища на виконання дій	Необхідне для розкриття повсякденного контексту функціонування, який не завжди доступний під час короткого клінічного огляду

GMFCS	Класифікація рівня великих моторних функцій	Дозволяє визначити рівень самостійної мобільності, сидіння, переходів, пересування та потреби в технічних засобах	Необхідне для диференціації дітей за рівнем моторних можливостей і прогнозування меж рухової активності
MACS	Класифікація мануальних можливостей дитини в повсякденній діяльності	Дає уявлення про те, як дитина використовує руки для маніпуляції предметами у звичних життєвих ситуаціях	Необхідне для аналізу ручної діяльності як бази самообслуговування, гри, письма та навчальної участі
COPM	Напівструктуроване клієнт-центроване інтерв'ю щодо значущих проблем у діяльності	Дозволяє визначити індивідуально важливі для дитини та сім'ї проблеми, оцінити важливість, результативність і задоволеність	Необхідне для персоніфікації цілей ерготерапії й переходу від абстрактної діагностики до змістовних реабілітаційних завдань
Методи математичної статистики	Кількісна обробка первинних результатів	Забезпечують узагальнення даних, зіставлення показників, виявлення тенденцій і перевірку значущості змін	Необхідні для об'єктивізації висновків і підвищення доказовості дослідження
Створення програми реабілітації	Конструювання індивідуалізованого комплексу втручання на основі даних оцінювання	Перетворює результати дослідження на практичний інструмент корекційно-реабілітаційної роботи	Необхідне для прикладної реалізації одержаних висновків та перевірки їх клінічної доцільності

Початковим і принципово важливим методом у такому дослідженні є спостереження за виконанням дитиною повсякденних дій. Його методологічна цінність полягає в тому, що саме через спостереження виявляється розрив між формально збереженою функцією та реальною діяльнісною спроможністю. Дитина може мати певний обсяг рухів або елементарну здатність до маніпуляції предметом, однак це ще не означає, що вона спроможна ефективно, послідовно й самостійно виконати дію в реальному життєвому контексті. У випадку дітей із ЦП це особливо суттєво, бо якість виконання дій визначається не лише силою чи амплітудою руху, а й стабільністю пози,

координацією, швидкістю, здатністю до антиципації, постуральним контролем, моторним плануванням, сенсорним супроводом дії та втомлюваністю. Саме спостереження дозволяє побачити, як ці чинники взаємодіють у конкретній дії: під час прийому їжі, одягання, користування навчальним приладдям, гри з предметами, пересування в приміщенні, включення в спільну діяльність з однолітками. З огляду на аналіз сучасних підходів до реабілітації дітей із ЦП, функціональна оцінка має базуватися на звичній, типовій активності, а не на одиничному демонстраційному виконанні в штучних умовах.

Спостереження в дослідженні ерготерапії виконує не пасивно-реєструвальну, а аналітичну функцію. Воно дає можливість не просто описати наявні труднощі, а локалізувати момент їх виникнення в структурі дії. Наприклад, одна дитина відчуває найбільші труднощі на етапі ініціації дії, інша – на етапі утримання пози, третя – під час координації обох рук, четверта – в ситуації зміни просторових умов або переходу від однієї операції до іншої. Для ерготерапевтичного дослідження це має принципове значення, оскільки програма втручання повинна спиратися не на абстрактне формулювання «порушена дрібна моторика» чи «знижена самостійність», а на точне розуміння того, який компонент діяльності є критичним і за яких умов він порушується. На наш погляд, саме спостереження створює міст між клінічним описом стану та побудовою індивідуальної програми реабілітації, оскільки воно виявляє не лише дефіцит, а й компенсаторні стратегії, якими дитина вже користується. Це, своєю чергою, дозволяє будувати втручання не всупереч наявним адаптаціям, а через їх осмислене посилення або модифікацію. Такий підхід узгоджується з сучасною доказовою логікою, у якій перевага надається функціонально орієнтованим і цілеспрямованим втручанням, пов'язаним із реальними завданнями повсякденного життя.

Не менш важливим емпіричним методом є опитування батьків. У дослідженнях, що стосуються дітей із ЦП, батьківська інформація не є другорядним або допоміжним матеріалом; у багатьох випадках саме вона

відкриває той шар реальності, який залишається невидимим під час короткої безпосередньої взаємодії з дитиною. Батьки щоденно спостерігають за дитиною у множинних життєвих ситуаціях, тому можуть повідомити не тільки про те, що дитина не виконує певну дію, а й про те, у який час доби це особливо ускладнено, як на виконання впливає втома, чи змінюється успішність дії в знайомому й незнайомому середовищі, чи потребує дитина словесного супроводу, фізичної допомоги, спеціально організованого простору, технічних засобів або додаткового часу. Саме через опитування батьків можна з'ясувати труднощі самообслуговування, гри, навчальної активності та соціальної участі, тобто ті аспекти, які формують повсякденну життєдіяльність дитини. У дослідженнях участі дітей із ЦП послідовно підкреслюється, що на рівень включення в щоденне життя впливають не лише моторні чи мануальні можливості, а й особливості домашнього та громадського середовища, доступність простору, очікування дорослих, соціальна підтримка й організація діяльності.

Відповідно до сучасної реабілітаційної парадигми, батьки розглядаються не лише як джерело інформації, а як співучасники постановки цілей і реалізації втручання. Це методологічно важливо, оскільки ерготерапія, яка ігнорує сімейний запит, нерідко демонструє формальну коректність, але недостатню практичну результативність. Батьки найкраще артикулюють ті труднощі, що мають реальну вагу для щоденного життя: здатність дитини самостійно тримати ложку, застібати одяг, сидіти за столом без надмірної підтримки, користуватися шкільними матеріалами, грати з однолітками, включатися в побутові рутинні справи. На нашу думку, саме в цій точці опитування батьків набуває не тільки діагностичної, а й прогностичної сили: воно дозволяє відрізнити випадкові клінічні спостереження від стійких проблем повсякденного функціонування. Дані оглядів, присвячених досвіду сімей у фізичній і ерготерапевтичній допомозі дітям із ЦП, показують, що залученість батьків у формування цілей і в сам процес втручання пов'язана з

вищою значущістю реабілітаційних завдань та кращим перенесенням результатів у щоденне життя.

Ключовий блок методики становлять стандартизовані інструменти оцінювання функціонального стану дитини. Їх використання є необхідним не через вимогу формальної «об'єктивності» як такої, а тому, що вони забезпечують спільну мову опису функціональних можливостей, дозволяють зіставляти дітей між собою, визначати вихідний рівень і фіксувати зміни, значущі для практики. У нашому дослідженні доцільним є застосування GMFCS, COPM і MACS, оскільки ці інструменти фокусуються на різних, але взаємопов'язаних площинах функціонування: великій моториці, мануальній діяльності та індивідуально значущих проблемах повсякденної активності. Таке поєднання, на наш погляд, є методологічно виваженим: GMFCS дає уявлення про загальний рівень мобільності й рухової незалежності, MACS конкретизує можливості ручної діяльності, а COPM переводить оцінку в клієнт-центровану площину, де центральним стає не просто дефіцит, а те, які саме труднощі мають найбільшу вагу для дитини та її сім'ї.

Застосування GMFCS у дослідженні дітей із ЦП є обґрунтованим передусім тим, що ця система спеціально розроблена для класифікації великих моторних функцій у дітей із церебральним паралічем. Вона ґрунтується на самоініційованому русі, з особливим акцентом на сидінні, переміщеннях і мобільності, а класифікація здійснюється на підставі типової, а не найкращої продемонстрованої продуктивності дитини вдома, у школі й у громаді. Це принципово, оскільки в реабілітаційній практиці саме «звичне» функціонування визначає реальний рівень незалежності, потребу в допомозі та межі участі. GMFCS описує п'ять рівнів, які відображають різну міру самостійності пересування та потреби у допоміжних технологіях або візку. Отже, використання GMFCS дозволяє не лише впорядкувати вибірку за рівнем великої моторики, а й коректно інтерпретувати, чому одні труднощі в самообслуговуванні чи участі є первинно зумовленими моторними обмеженнями, тоді як інші – пов'язані переважно з організацією середовища

або з недостатньою адаптацією завдань. Крім того, GMFCS важливий для прогнозування меж функціонального прогресу і вибору реалістичних реабілітаційних цілей.

Водночас лише оцінки великих моторних функцій недостатньо, якщо предметом дослідження є саме ерготерапія. Ерготерапевтичний фокус закономірно вимагає аналізу того, як дитина використовує руки у звичних життєвих ситуаціях, адже саме ручна діяльність лежить в основі багатьох актів самообслуговування, гри та навчальної активності. Саме тому нами обґрунтовано застосування MACS – системи класифікації мануальних можливостей дітей із ЦП. MACS описує, як дитина користується руками для маніпуляції предметами в повсякденній діяльності, базуючись на її самоініційованій здатності діяти та на потребі в допомозі чи адаптаціях. Важливо, що MACS орієнтований на типову повсякденну поведінку вдома, у школі та в колективі й прямо передбачає звернення до інформації від людини, яка добре знає дитину. Це робить інструмент надзвичайно цінним саме для комплексного дослідження, де результати спостереження мають бути співвіднесені з батьківськими даними та з реальною участю дитини в щоденних видах діяльності. На наш погляд, методологічна сила MACS полягає в тому, що він допомагає уникнути редукції ручної функції до суто неврологічних або біомеханічних ознак і переносить акцент на діяльнісне використання рук.

Якщо GMFCS і MACS дають класифікаційний, структурований опис рівня функціональних можливостей, то COPM забезпечує інший – суб'єктно значущий – вимір оцінювання. Canadian Occupational Performance Measure є клієнт-центрованим інструментом, що дозволяє виявити й пріоритезувати ті проблеми повсякденного життя, які обмежують участь дитини та є значущими для сім'ї. Інструмент охоплює сфери самообслуговування, продуктивності та дозвілля, а його використання передбачає напівструктуроване інтерв'ю, у ході якого визначаються важливі проблеми, обираються пріоритетні цілі та оцінюються показники результативності й задоволеності. Для дослідження

ерготерапії дітей із ЦП це має принципове значення, оскільки дозволяє перейти від зовнішнього експертного опису порушень до внутрішньо мотивованої системи цілей. Відповідно думки сучасних клінічних оглядів і настанов, ефективні втручання при ЦП повинні орієнтуватися на цілі, обрані самою дитиною та/або її сім'єю, і бути пов'язаними з цілісною практикою конкретних життєвих завдань. Саме тому COPM у нашій логіці дослідження не є факультативним додатком, а центральним інструментом індивідуалізації.

Критично важливо, що поєднання GMFCS, MACS і COPM дозволяє уникнути однобічності. Якби дослідження спиралося лише на GMFCS, воно було б надто рухоцентричним; якби лише на MACS – надто звуженим до ручної функції; якби лише на COPM – існував би ризик недостатньої структурованості клінічного опису. Поєднання цих інструментів, доповнене спостереженням і опитуванням батьків, формує збалансовану модель оцінювання, у якій класифікаційна точність поєднується з індивідуальною значущістю та контекстуальною валідністю. На нашу думку, саме така методологічна комбінація є найбільш продуктивною для дослідження ерготерапії дітей із ЦП, оскільки вона дозволяє виявити не лише дефіцит, а й профіль функціонування дитини в реальному життєвому середовищі. У цьому вбачається відмінність між суто медичним підходом, що описує порушення, і ерготерапевтичним, який аналізує діяльність, участь, бар'єри та ресурси. Сучасні огляди втручань у дітей із ЦП також підкреслюють, що найбільш перспективними є підходи, орієнтовані на функцію, участь і конкретні цілі, а не на ізольоване тренування окремих компонентів поза життєвим контекстом.

Після збору емпіричних даних закономірно постає питання їх наукової інтерпретації. Саме тому до структури дослідження включаються методи математичної статистики. У межах такого дослідження вони виконують не декоративну функцію, а забезпечують перехід від окремих клінічних спостережень до обґрунтованого висновку. Насамперед статистична обробка дозволяє систематизувати отримані результати, представити їх у числовій формі, визначити центральні тенденції, розкид показників і характер

розподілу даних. Крім того, якщо дослідження має порівняльний або формувальний дизайн, методи математичної статистики дають змогу перевірити, чи є виявлені відмінності або зміни випадковими, чи вони мають статистично значущий характер. Для цього, залежно від обсягу вибірки, типу шкал і розподілу даних, можуть застосовуватися описові статистики, параметричні або непараметричні критерії, кореляційний аналіз, а також методи оцінювання динаміки показників до й після втручання. На наш погляд, без цього блоку дослідження ризикує залишитися на рівні вражень, навіть якщо його клінічна частина виконана сумлінно. Саме статистика надає висновкам ступінь доказовості, потрібний для наукового тексту. Узагалі ж сучасна доказова реабілітація вимагає, щоб рішення щодо втручань спиралися на чітко інтерпретовані результати, а не лише на описові судження.

Однак у дослідженні ерготерапії статистика не повинна витіснити клінічний зміст. Відповідно до логіки нашої теми, кількісний аналіз має бути підпорядкований функціональній інтерпретації: не просто показати, що певний бал зріс, а пояснити, що саме це означає для дитини у сфері самообслуговування, гри, навчальної активності чи соціальної участі. Наприклад, зміна у показниках COPM набуває реального сенсу лише тоді, коли її можна співвіднести з конкретною життєвою навичкою – самостійним користуванням столовими приборами, більшим включенням у класну діяльність, зменшенням потреби в постійній фізичній допомозі або збільшенням автономності в грі. Аналогічно розподіл дітей за рівнями GMFCS чи MACS має не лише описове, а й інтерпретаційне значення: він показує, які компоненти реабілітаційної програми повинні бути провідними, які адаптації середовища є виправданими та де проходить межа між тренуванням функції та потребою в компенсаторних рішеннях. У цьому аспекті статистична обробка і клініко-ерготерапевтична інтерпретація мають діяти як єдина система, а не як два паралельні блоки.

Логічним завершенням дослідницького циклу є створення програми реабілітації. Саме цей етап забезпечує прикладну повноцінність дослідження,

адже дає змогу перевести дані оцінювання в систему конкретних ерготерапевтичних дій. На нашу думку, у темі, присвяченій ерготерапії дітей із ЦП, програма реабілітації не може бути типовою або шаблонною. Вона повинна конструюватися на підставі функціонального профілю конкретної дитини: рівня великих моторних функцій за GMFCS, мануальних можливостей за MACS, пріоритетних повсякденних проблем, визначених за COPM, даних спостереження за реальною діяльністю та інформації, отриманої від батьків. За такого підходу програма набуває індивідуалізованого характеру й охоплює не лише тренування окремих навичок, а й адаптацію середовища, підбір допоміжних засобів, навчання батьків, модифікацію завдань, структурування щоденних рутин, формування посильних, але змістовних цілей. Сучасні настанови та огляди втручань у дітей із ЦП підкреслюють ефективність саме тих підходів, що будуються навколо клієнт-обраних цілей, цілісного відпрацювання реальних завдань і врахування сімейних пріоритетів.

Створення програми реабілітації в межах дослідження має і ще один методологічний сенс. Воно дозволяє перевірити, наскільки повно і точно проведене первинне оцінювання. Якщо за результатами всіх методів можна сформулювати реалістичні, послідовні й взаємопов'язані цілі втручання, це означає, що методичний апарат дослідження був підібраний адекватно. Якщо ж дані виявляються фрагментарними, суперечливими або неперекладними в практичні рішення, це свідчить про методологічну слабкість дизайну. У цьому контексті програма реабілітації є не лише практичним продуктом, а й своєрідним критерієм валідності всього дослідження. На наш погляд, саме така логіка — від спостереження й опитування через стандартизовану оцінку до статистичної інтерпретації та програмування втручання — забезпечує концептуальну цілісність наукової роботи з цієї теми. Вона відповідає сучасному розумінню церебрального паралічу як стану, в якому реабілітаційне рішення має виходити з функціонування в житті, а не лише з медичного опису дефекту.

Для перевірки достовірності отриманих результатів застосовувалися методи математико-статистичної обробки даних. Первинні показники аналізувалися за допомогою описової статистики, зокрема визначалися середні значення, відсоткові показники та динаміка змін до і після програми. Для оцінки статистичної значущості відмінностей використовувався критерій Вілкоксона для пов'язаних вибірок, а для порівняння приросту між основною та контрольною групами — критерій Манна–Уїтні. Достовірними вважалися результати при рівні значущості  $p < 0,05$ .

Отже, методи дослідження ерготерапії дітей із церебральним паралічем повинні утворювати внутрішньо узгоджену систему, в якій кожен компонент виконує свою аналітичну функцію. Спостереження дає змогу побачити реальну структуру повсякденної діяльності дитини; опитування батьків відкриває контекст її функціонування в сім'ї, навчанні, грі та соціальній взаємодії; GMFCS дозволяє класифікувати рівень великих моторних функцій; MACS конкретизує мануальні можливості в життєвих ситуаціях; COPM виявляє індивідуально значущі проблеми та пріоритети дитини й родини; методи математичної статистики забезпечують наукову обробку й доказовість результатів; створення програми реабілітації завершує дослідження практичним синтезом усіх одержаних даних. На нашу думку, саме така багаторівнева методологія найбільшою мірою відповідає природі ерготерапевтичного дослідження, оскільки дозволяє перейти від опису порушення до розуміння функціонування, від формального тестування – до змістовної інтерпретації, а від діагностики – до індивідуалізованого втручання, спрямованого на підвищення самостійності, активності та участі дитини в реальному житті.

## **2.2. Організація дослідження**

Організація дослідження ерготерапії дітей із церебральним паралічем повинна будуватися як внутрішньо послідовна багатоступенева система, у якій

кожен етап не лише виконує окрему діагностичну або корекційну функцію, а й логічно готує наступний. У межах такої науково-практичної логіки дослідження не може зводитися до одноразового обстеження чи до формального фіксування результатів до і після втручання. Його організація має відображати сучасне розуміння церебрального паралічу як стану, в якому провідного значення набуває не сам факт моторного порушення, а його вплив на активність, участь, самостійність дитини та її включеність у повсякденне життя. Саме тому найбільш обґрунтованою є трьохетапна структура дослідження, яка охоплює констатувальний етап як первинну оцінку стану дитини, формувальний етап як реалізацію програми ерготерапії та контрольний етап як повторну оцінку після втручання. Така модель узгоджується з ICF-орієнтованим підходом, де функціонування дитини розглядається у взаємозв'язку тілесних функцій, активності, участі та впливу середовищних чинників, а також із сучасними клінічними рекомендаціями щодо ведення дітей із ЦП, які наголошують на необхідності поєднання первинного функціонального профілювання, цілеспрямованого втручання та повторного вимірювання клінічно значущих змін.

На нашу думку, саме етапність забезпечує дослідженню не лише методичну впорядкованість, а й концептуальну достовірність. Якщо первинне оцінювання проведено ізольовано від майбутнього втручання, воно залишається описовим. Якщо ерготерапевтична програма реалізується без чітко визначеного вихідного профілю функціонування, вона ризикує перетворитися на сукупність загальних занять без виразного індивідуального вектора. Якщо ж повторна оцінка не співвіднесена зі змістом попередніх двох етапів, дослідник не отримує підстав для коректного висновку про результативність втручання. Відповідно думки сучасних дослідників, у реабілітації дітей із ЦП найбільшу цінність мають не окремі процедури самі по собі, а клінічно зв'язана послідовність: оцінка – постановка цілей – втручання – переоцінка змін у функціонуванні та участі. Особливої ваги набуває при цьому сімейно-центрованість і врахування пріоритетів дитини та

батьків, оскільки саме вони визначають, чи будуть одержані результати справді значущими для повсякденного життя (табл.2.2).

Таблиця 2.2 – Характеристика та зміст основних етапів дослідження

<b>Етап дослідження</b>	<b>Основна мета</b>	<b>Зміст етапу</b>	<b>Практичне значення</b>
Констатувальний етап	Визначити вихідний функціональний стан дитини та структуру труднощів повсякденної діяльності	Первинне спостереження, опитування батьків, оцінка за GMFCS, MACS, COPM, аналіз труднощів самообслуговування, гри, навчальної активності, соціальної участі	Створює індивідуальний функціональний профіль дитини та підстави для постановки реалістичних цілей втручання
Формувальний етап	Реалізувати індивідуалізовану програму ерготерапії	Проведення занять, тренування діяльнісних навичок, адаптація середовища, навчання батьків, корекція способів виконання дій, розвиток участі в повсякденних ситуаціях	Забезпечує цілеспрямований вплив на функціональні обмеження та підвищує рівень самостійності дитини
Контрольний етап	Оцінити зміни після втручання та встановити його результативність	Повторне застосування тих самих методів оцінки, порівняння вихідних і підсумкових показників, статистична обробка даних, клінічна інтерпретація результатів	Дозволяє виявити динаміку, обґрунтувати ефективність програми та уточнити подальші реабілітаційні стратегії

Констатувальний етап у структурі дослідження є не лише початковим, а й методологічно визначальним. Саме на цьому етапі формується первинне уявлення про дитину як про суб'єкта повсякденної діяльності, а не лише як про носія певного клінічного діагнозу. Для ерготерапії це має принципове значення, оскільки центральним об'єктом аналізу виступає не ізольована патологія, а співвідношення між функціональними можливостями дитини та вимогами її щоденного життя. Тому первинна оцінка повинна бути побудована так, щоб відобразити як обмеження, так і наявні ресурси, компенсаторні стратегії, середовищні бар'єри та фактори підтримки. З огляду

на аналіз сучасних класифікаційних і функціональних підходів, вихідне обстеження дитини з ЦП має орієнтуватися на її типову продуктивність у домашніх, освітніх і соціальних контекстах, а не на випадкову демонстрацію можливостей у спеціально організованій ситуації. Саме такий принцип лежить в основі GMFCS і MACS, які фокусуються на звичному функціонуванні, а не на максимально можливій здатності за ідеальних умов.

У межах констатувального етапу первинна оцінка має включати систематичне спостереження за виконанням дитиною повсякденних дій. Йдеться не про фрагментарне візуальне враження, а про цілеспрямоване аналізування того, як саме дитина входить у діяльність, підтримує позу, координує рухи, використовує предмети, завершує дію, реагує на зміну умов і скільки зовнішньої допомоги потребує. Саме спостереження дозволяє виявити, на якому рівні – моторному, постуральному, мануальному, сенсорному, організаційному чи поведінковому – виникає ключова перешкода в самообслуговуванні, грі або навчальній активності. На наш погляд, без такого аналізу сама діагностична процедура втрачає ерготерапевтичну точність, адже тоді дослідник бачить результат труднощів, але не їх структурний механізм. Особливу цінність має спостереження в природних або максимально наближених до природних умовах, оскільки саме в них виявляється реальна міра самостійності дитини, а не адаптована поведінка в межах короткого клінічного контакту. Сучасні функціонально орієнтовані підходи в дослідженнях ЦП наполягають на тому, що оцінка повинна бути екологічно валідною та співвідноситися з реальним повсякденним досвідом дитини.

Органічною частиною констатувального етапу є опитування батьків. Його значення в дослідженні ерготерапії дітей із ЦП виходить далеко за межі допоміжної інформації. Батьки є тими учасниками реабілітаційного процесу, які щоденно спостерігають дитину в різних життєвих обставинах і можуть описати функціонування там, де жодна коротка сесія спостереження не дає повної картини. Саме від батьків отримується інформація про труднощі

дитини під час прийому їжі, одягання, гігієнічних процедур, ігрової взаємодії, участі в навчальних діях, пересування поза межами терапевтичного кабінету, соціальних контактів, а також про ті бар'єри, які пов'язані не лише з моторикою, а й з організацією простору, часовим режимом, втомлюваністю або необхідністю постійного підказування. У дослідженнях участі дітей із ЦП послідовно підкреслюється, що рівень активності й включеності в повсякденне життя визначається не тільки індивідуальними функціональними можливостями, а й умовами середовища та ступенем сімейної підтримки. Відповідно, залучення батьків на констатувальному етапі є не просто бажаним, а методично необхідним.

Суттєвим змістовим ядром констатувального етапу є використання стандартизованих інструментів оцінювання, які надають первинній картині функціонування структурованого й порівнюваного характеру. Застосування GMFCS дозволяє класифікувати рівень великих моторних функцій дитини з акцентом на її самостійне пересування, сидіння, переходи та потребу в асистивних засобах. При цьому особливо важливо, що GMFCS не оцінює якість руху як таку й не використовується як інструмент вимірювання змін; його функція полягає у визначенні поточного рівня звичного функціонування та в описі меж мобільності, в межах яких має проектуватися реабілітаційна стратегія. Це дуже важлива методологічна деталь, адже саме завдяки їй дослідник уникає хибного трактування GMFCS як показника ефективності втручання. GMFCS є базою для стратифікації, опису вибірки та коректного порівняння дітей за рівнем рухових можливостей.

Поряд із цим застосування MACS дає можливість на констатувальному етапі уточнити характер мануального функціонування дитини у щоденній діяльності. Ерготерапевтичний сенс цього інструменту полягає в тому, що він відображає не формальну здатність виконати окремий рух рукою, а типову продуктивність дитини під час маніпуляції предметами в реальному житті. Для дослідження це має особливу вагу, оскільки значна частина труднощів дітей із ЦП у самообслуговуванні, грі й навчанні безпосередньо пов'язана не

тільки з глобальною моторикою, а й з особливостями ручної діяльності. На наш погляд, саме на констатувальному етапі поєднання GMFCS і MACS дозволяє побачити, як співвідносяться рівень мобільності та рівень мануальних можливостей, а отже – наскільки проблеми дитини пов'язані з пересуванням, утриманням пози, бімануальною координацією, захватом, контролем предмета або з труднощами переходу від однієї операції до іншої. Це створює основу для точнішого змістового наповнення формувального етапу.

Особливе місце на констатувальному етапі посідає COPM, оскільки саме цей інструмент переводить дослідження з площини зовнішнього клінічного опису в площину індивідуально значущих цілей. Через напівструктуровану процедуру виявляються ті труднощі, які дитина та сім'я вважають найбільш важливими в повсякденній діяльності. Це змінює саму логіку організації дослідження. Втручання надалі вибудовується не лише на підставі того, що фахівець вважає проблемою, а на підставі того, що реально обмежує повсякденну автономність і якість життя родини. Крім того, COPM є чутливим до змін з часом, що робить його особливо цінним не лише для констатувального, а й для контрольного етапу. Матеріали COPM вказують на доведену здатність інструменту фіксувати статистично значущі та клінічно важливі зміни у сприйнятій результативності повсякденної діяльності й задоволеності нею. Відповідно, вже на первинному етапі він виконує подвійну функцію: забезпечує постановку цілей і закладає основу для подальшої оцінки результативності програми.

Таким чином, констатувальний етап завершується не простим накопиченням даних, а формуванням цілісного функціонального профілю дитини. Саме на цій підставі визначаються провідні труднощі, реальні та пріоритетні цілі, прогнозовані межі змін, потреба в адаптаціях і роль сім'ї в подальшому процесі втручання. На наш погляд, якість формувального етапу прямо залежить від того, наскільки глибоко й диференційовано виконано цей первинний аналітичний блок. Якщо на констатувальному етапі вдалося

співвіднести дані спостереження, батьківського опитування та стандартизованих оцінок, то програма ерготерапії набуває точного, а не загального характеру. Якщо ж первинне оцінювання виконане поверхово, подальший формувальний етап втрачає адресність. У цьому й полягає головна організаційна функція першого етапу: він є не вступом до дослідження, а його аналітичним фундаментом.

Формувальний етап становить центральну, найбільш діяльнісно насичену частину дослідження. Його зміст полягає у впровадженні індивідуалізованої програми ерготерапії, розробленої за результатами первинного оцінювання. У сучасному розумінні ерготерапії дітей із ЦП цей етап не може обмежуватися ізольованим тренуванням окремих моторних компонентів. Відповідно до даних сучасних оглядів і клінічних рекомендацій, найбільшу результативність демонструють втручання, що мають функціональну спрямованість, опираються на конкретні цілі, пов'язані з повсякденним життям, і враховують роль сім'ї та середовища. Отже, зміст формувального етапу має бути побудований навколо реальних дій, а не навколо абстрактних вправ самих по собі. Ерготерапія в цьому випадку спрямовується на підвищення здатності дитини виконувати ті дії, які є значущими саме для неї: їсти, одягатися, брати участь у грі, користуватися навчальним приладдям, взаємодіяти з предметним середовищем, утримувати потрібну позу, переходити між діями, краще включатися в сімейні та шкільні рутини.

На нашу думку, організаційна сила формувального етапу полягає у зв'язуванні трьох векторів: діяльнісного, середовищного та сімейного. Діяльнісний вектор означає, що предметом втручання стає не «розвиток моторики взагалі», а вдосконалення виконання конкретних дій у конкретному контексті. Середовищний вектор передбачає, що успіх дитини залежить не лише від її функціональних можливостей, а й від того, як організований простір, наскільки доступні предмети, чи правильно підібрана висота стола, опора для сидіння, послідовність інструкцій, темп діяльності й асистивні

засоби. Сімейний вектор полягає в тому, що батьки не залишаються зовнішніми спостерігачами, а включаються в реалізацію щоденних тренувальних і підтримувальних стратегій. Дані сучасних публікацій свідчать, що саме сімейно-центровані моделі, у яких професіонали співпрацюють із батьками, сприяють кращому узгодженню терапевтичних цілей із повсякденними потребами дитини та підвищують практичну значущість результатів втручання.

У змістовому плані формувальний етап передбачає проведення системи ерготерапевтичних занять, спрямованих на розвиток і вдосконалення функціонально значущих навичок. При цьому сама програма повинна бути варіативною, оскільки дитина з ЦП не є однорідним клінічним типом. Рівень великих моторних функцій за GMFCS, мануальні можливості за MACS, пріоритети, зафіксовані через COPM, а також контекстні фактори визначають не лише зміст, а й інтенсивність, тривалість, форму подання завдань, способи підтримки та критерії проміжного успіху. На наш погляд, організація формувального етапу має включати послідовну структуру: уточнення цілей, добір засобів, впровадження вправ і діяльнісних завдань, моніторинг проміжної реакції дитини, адаптацію програми залежно від перебігу занять. Це особливо важливо тому, що у дітей із ЦП зміни рідко мають лінійний характер: в одних випадках прогрес виявляється швидше у способі виконання дії, ніж у швидкості; в інших — спочатку зростає толерантність до навантаження, а вже потім самостійність; інколи покращення стосується не самої функції, а участі через вдалу адаптацію середовища. Саме тому формувальний етап має бути гнучким, але методично керованим.

Важливо підкреслити, що в межах формувального етапу програма ерготерапії не повинна трактуватися як суто корекційний набір процедур. Її організація має бути спрямована на зміну повсякденної участі дитини. Це положення є принциповим, оскільки сучасний підхід до реабілітації дітей із ЦП дедалі чіткіше зміщується від орієнтації на окремі тілесні функції до орієнтації на активність і соціальну участь. Систематичні огляди останніх

років показують, що участь є окремим, самостійним результатом втручання, який не зводиться автоматично до поліпшення моторного статусу. Інакше кажучи, навіть помірні функціональні зміни можуть мати суттєвий ефект, якщо вони призводять до кращого включення дитини в самообслуговування, навчання, гри й сімейне життя. Саме тому на формувальному етапі виправданими є не лише завдання на відпрацювання дії, а й заходи з модифікації режиму, предметного середовища, інструктивної підтримки та батьківських стратегій супроводу.

Окремо слід наголосити на значенні поточного супроводу й проміжного аналізу під час формувального етапу. Хоча повноцінна повторна оцінка здійснюється на контрольному етапі, у межах самого втручання необхідно фіксувати реакцію дитини на запропоновані завдання, зміни в рівні допомоги, характері маніпуляції предметами, витривалості, стійкості уваги, швидкості входження в діяльність. Такий моніторинг потрібен не для створення надмірно складної дослідницької схеми, а для того, щоб програма не залишалася жорстко незмінною. На наш погляд, формувальний етап повинен мати ознаки керованої динамічності: втручання має зберігати вірність поставленим цілям, але водночас враховувати реальну відповідь дитини на навантаження. Це особливо важливо в роботі з дітьми із ЦП, де перенавантаження, недооцінка втомлюваності, неврахування сенсорних чи поведінкових особливостей можуть знижувати ефективність навіть коректно спланованої програми.

Контрольний етап дослідження завершує трьохетапну організаційну модель і водночас виконує роль критичного інструмента перевірки наукової та практичної обґрунтованості всього дослідницького задуму. Його зміст полягає у повторній оцінці стану дитини після завершення формувального впливу. Однак повторна оцінка не повинна розумітися як механічне дублювання первинної процедури. Її завдання полягає у виявленні того, чи відбулися зміни, якими саме вони є, у яких сферах вони проявилися, наскільки вони пов'язані з цілями втручання та чи мають вони клінічну значущість для повсякденного життя дитини й сім'ї. Саме тому контрольний етап має спиратися на ті самі

діагностичні орієнтири, що й констатувальний: спостереження, опитування батьків, оцінка за COPM, аналіз функціональних проявів, зіставлення вихідного й підсумкового профілю. Водночас інтерпретація на цьому етапі вже набуває іншого характеру: тепер ідеться не про виявлення структури труднощів, а про аналіз динаміки.

На контрольному етапі особливо важливо розрізнати структурні та змістовні зміни. Не кожна позитивна динаміка в дітей із ЦП буде відображатися у зміні класифікаційного рівня, і це необхідно розуміти коректно. GMFCS і MACS, як відомо, є передусім класифікаційними системами для опису типового функціонального рівня, а не чутливими інструментами для фіксації короткострокового ефекту терапії. Тому контрольний етап має інтерпретувати їх насамперед як засіб порівняльного функціонального позиціонування дитини, тоді як для фіксації змін у значущих повсякденних проблемах більш чутливим є COPM. Саме COPM у такій логіці набуває особливого значення, оскільки дозволяє встановити, чи покращилася результативність виконання дій, які були визначені як пріоритетні, і чи підвищився рівень задоволеності цими змінами. Матеріали COPM прямо вказують на його здатність виявляти клінічно значущі зміни з часом, що робить його одним із найдоречніших інструментів для контрольного етапу.

Разом із повторною якісною оцінкою контрольний етап передбачає застосування методів математичної статистики. Це дозволяє перейти від індивідуальних спостережень до обґрунтованого узагальнення результатів дослідження. Залежно від дизайну, обсягу вибірки й типу показників можуть використовуватися описові статистики, зіставлення середніх або медіан, аналіз достовірності відмінностей між первинними та повторними вимірюваннями, а також зіставлення змін у межах окремих підгруп. На нашу думку, статистична обробка на контрольному етапі має подвійне призначення. З одного боку, вона забезпечує доказовість висновку про ефективність програми. З іншого — дозволяє уникнути клінічної ілюзії успіху, коли поодинокі позитивні враження помилково трактуються як системний

результат. Особливо важливо, щоб статистичний аналіз поєднувався з функціональною інтерпретацією: цифра має бути співвіднесена з реальною зміною в житті дитини, інакше дослідження втратить ерготерапевтичну змістовність.

Не менш значущим на контрольному етапі є повторне звернення до батьківської оцінки та до спостереження за діяльністю дитини. Саме вони дозволяють встановити, чи були досягнуті зміни стабільними, чи перенеслися вони в природні умови життя, чи зменшилася потреба в допомозі, чи підвищилася автономність, чи розширився репертуар участі в щоденних ситуаціях. Участь, як показують сучасні дослідження, не є прямим автоматичним наслідком поліпшення рухових функцій; вона опосередковується умовами середовища, ставленням дорослих, доступністю активностей і рівнем сімейної підтримки. Тому контрольний етап повинен оцінювати не тільки «чи дитина стала робити краще», а й «чи дитина стала більше робити у своєму реальному житті». Це зміщення акценту є надзвичайно важливим для сучасного наукового дискурсу про ЦП. На наш погляд, саме через нього контрольний етап набуває найбільшої практичної ваги.

У цілому організація дослідження за моделлю «констатувальний – формувальний – контрольний» є методично виправданою саме тому, що вона дозволяє послідовно перейти від первинного встановлення функціонального профілю дитини до реалізації індивідуалізованого втручання й до перевірки його результативності. Кожен етап у такій системі має власний зміст, але не існує ізольовано. Констатувальний етап задає діагностичну й смислову рамку. Формувальний переводить результати оцінювання у площину цілеспрямованої дії. Контрольний визначає, наскільки це втручання було ефективним, клінічно значущим і релевантним повсякденному життю дитини. Саме в цій послідовності, на наш погляд, і полягає концептуальна цілісність організації дослідження ерготерапії дітей із церебральним паралічем. Вона відповідає сучасній доказовій реабілітаційній парадигмі, у межах якої оцінка, втручання і повторна оцінка утворюють єдиний функціонально орієнтований

цикл, спрямований не лише на корекцію порушень, а передусім на розширення можливостей дитини діяти, бути самостійнішою та повніше брати участь у власному житті.

## Висновки до розділу 2

Отже, дослідження ерготерапії дітей із церебральним паралічем потребує цілісно вибудованої методології, у якій кожен обраний метод виконує чітко визначену аналітичну функцію. Поєднання спостереження, опитування батьків, оцінювання за GMFCS, MACS і COPM, а також методів математичної статистики забезпечує можливість охопити не лише функціональний стан дитини, а й реальні труднощі її повсякденної діяльності, ступінь самостійності, особливості участі в грі, навчанні та соціальній взаємодії. Такий підхід є методично виправданим, оскільки дозволяє перейти від фрагментарного опису окремих порушень до комплексного аналізу активності дитини в життєвому середовищі, а відтак створює надійну основу для подальшого обґрунтування індивідуалізованої програми реабілітації.

Не менш важливим висновком є те, що організація дослідження за констатувальним, формувальним і контрольним етапами забезпечує внутрішню логіку всієї наукової роботи та дає змогу простежити динаміку змін під впливом ерготерапевтичного втручання. Первинна оцінка дає змогу визначити вихідний профіль функціонування дитини, формувальний етап спрямовує дослідження в площину практичної реалізації корекційно-реабілітаційної програми, а контрольний – дозволяє встановити результативність здійсненого впливу та об'єктивувати одержані дані. На нашу думку, саме така побудова розділу 2 є науково доцільною, оскільки вона поєднує діагностичну точність, практичну спрямованість і доказовість висновків, що особливо важливо в дослідженнях, присвячених ерготерапії дітей із ЦП.

## РОЗДІЛ 3

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

#### 3.1. Практичне застосування розробленої програми ерготерапевтичного супроводу з ЦП

Практична частина дослідження була організована на базі Комунального некомерційного товариства «Нікопольський медичний спеціалізований центр медико-соціальної реабілітації дітей» Дніпропетровської обласної ради. Заклад обрано не випадково: його профіль відповідає змісту дослідження, оскільки саме в умовах медико-реабілітаційного середовища можна поєднати клінічне спостереження, ерготерапевтичне втручання, батьківський супровід і контроль динаміки функціонального стану дитини. Наявність реального реабілітаційного простору була важливою для нашої логіки дослідження, бо ерготерапія дітей із церебральним паралічем не може бути перевірена лише теоретично або в умовах одноразового тестування. Її результат видно тоді, коли дитина починає інакше діяти: впевненіше сидіти, точніше брати предмет, довше утримувати увагу в завданні, менше залежати від дорослого під час одягання, прийому їжі чи навчальної дії. Адреса й назва центру підтверджуються відкритими реєстраційними та контактними джерелами закладу.

Методична основа практичного етапу безпосередньо спиралася на логіку, розкриту в другому розділі роботи: попереднє спостереження, опитування батьків, оцінювання за GMFCS, MACS і COPM, статистична обробка результатів та створення програми реабілітації як прикладного підсумку діагностичного етапу. У розділі 2 було підкреслено, що дитина з ЦП має розглядатися не тільки через медичний діагноз, а через реальний профіль функціонування: великі моторні можливості, мануальну діяльність, самообслуговування, гру, навчальну активність, участь і вплив середовища. Саме ця позиція стала вихідною для побудови програми супроводу. Вона не

дублювала загальні реабілітаційні вправи, а переводила результати оцінювання в конкретні дії, потрібні дитині у щоденному житті.

Зміст програми вибудовувався в межах біопсихосоціального підходу, де функціонування дитини розуміється як результат взаємодії стану організму, активності, участі та середовищних чинників. Таке бачення відповідає рамці ICF, у якій функціонування й інвалідність розглядаються не ізольовано, а в контексті життєвих умов людини; ICF також прямо включає фактори середовища як частину опису здоров'я та обмежень життєдіяльності. Для нашого дослідження це мало прикладне значення: ми не ставили за мету «усунути» ЦП, що неможливо в межах короткої програми, а прагнули змінити якість участі дитини у доступних для неї діях.

Розроблена програма ерготерапевтичного супроводу мала тривалість 8 тижнів і включала 24 заняття, що проводилися тричі на тиждень. Одне заняття тривало 45 хвилин. Така тривалість була обрана як компроміс між потребою у достатній кількості повторень і неможливістю перевантажувати дітей із ЦП, для яких втомлюваність, м'язовий тонус, коливання уваги та залежність від режиму дня мають не менше значення, ніж сама рухова вправа. Додатково батькам пропонувалися короткі домашні завдання на 10–15 хвилин щоденно, але не у формі «тренування заради тренування», а як включення терапевтичних дій у побут: самостійно взяти ложку, утримати чашку двома руками, допомогти скласти предмети, застібнути липучку, обрати зручне положення за столом, виконати коротке завдання з олівцем або карткою.

Структура програми не була лінійною в простому сенсі. Дитина не переходила механічно від одного блоку до іншого. Кожен блок повторювався, уточнювався й адаптувався відповідно до рівня GMFCS, MACS та пріоритетних труднощів, визначених за COPM. GMFCS використовувався для опису великих моторних функцій: ця система має п'ять рівнів і фокусується на звичному функціонуванні дитини вдома, у школі та громаді, тобто на тому, що дитина реально робить, а не лише може продемонструвати в найкращих умовах. MACS, своєю чергою, дав змогу описати, як дитина користується

руками для маніпуляції предметами у щоденних діях; його рівні базуються на самоініційованому використанні рук і потребі в допомозі або адаптації. СОРМ було використано як інструмент фіксації значущих для дитини й сім'ї цілей, адже цей метод чутливий до змін у сприйнятій результативності діяльності й задоволеності нею.

У програмі спеціально не було виокремлено «вправи для руки», «вправи для тулуба» чи «вправи для координації» як самодостатні частини. Це принципова позиція. У дітей із ЦП моторна проблема майже завжди проявляється не в ізольованому русі, а в діяльності: дитина не просто «погано розгинає пальці», вона не може стабільно втримати ложку; не просто «має слабкий контроль тулуба», а швидко втрачає положення за столом і тому не завершує завдання; не просто «має труднощі бімануальної координації», а не може притримати аркуш однією рукою і провести лінію іншою. Саме тому завдання програми підбиралися через функціональний зміст. Показовою була робота з дітьми середнього рівня тяжкості ЦП: коли їм давали окремі вправи на захват, мотивація швидко знижувалася, але під час завдання «приготувати робоче місце» або «зібрати набір для малювання» ті самі рухи виконувалися охочіше й довше. Це не дрібниця. Для ерготерапії мотивація є частиною механізму дії.

Вибірка дослідження становила 20 дітей віком від 7 до 12 років із різним ступенем церебрального паралічу. За віком діти були розподілені так: 7–8 років – 6 осіб, що становило 30,0 % вибірки; 9–10 років – 8 осіб, або 40,0 %; 11–12 років – 6 осіб, або 30,0 %. Такий розподіл був зручним для дослідження, оскільки охоплював молодший шкільний вік, у якому навички самообслуговування, навчальної участі, мануальної активності та соціальної взаємодії вже мають чітке практичне значення. У цьому віці дитина не лише виконує побутові дії, а й постійно стикається з вимогами навчального середовища: сидіти за столом, користуватися письмовим приладдям, брати участь у груповій роботі, перемикатися між завданнями, дотримуватися інструкції. Саме тут обмеження ЦП стають особливо помітними. За ступенем

тяжкості ЦП діти були розподілені на три групи відповідно до рівнів GMFCS: легкий ступінь, що відповідав переважно GMFCS I–II, мали 8 дітей, тобто 40,0 % вибірки; середній ступінь, що відповідав GMFCS III, мали 7 дітей, тобто 35,0 %; тяжкий ступінь, що відповідав GMFCS IV–V, мали 5 дітей, тобто 25,0 %. Такий розподіл дозволив не звужувати дослідження лише до дітей із відносно збереженою мобільністю. Це важливо. Ерготерапевтична програма має бути перевірена не лише там, де прогрес очікувано швидший, а й там, де він проявляється тонше: у зменшенні допомоги, кращій організації пози, більшій включеності в дію, стабільнішому використанні адаптацій (табл.3.1).

Таблиця 3.1 – Розподіл дітей за віком, ступенем тяжкості ЦП та дослідницькими групами

<b>Показник</b>	<b>Основна група, n=10</b>	<b>Контрольна група, n=10</b>	<b>Загалом, n=20</b>
Вік 7–8 років	3 дитини / 30,0 %	3 дитини / 30,0 %	6 дітей / 30,0 %
Вік 9–10 років	4 дитини / 40,0 %	4 дитини / 40,0 %	8 дітей / 40,0 %
Вік 11–12 років	3 дитини / 30,0 %	3 дитини / 30,0 %	6 дітей / 30,0 %
Легкий ступінь ЦП, GMFCS I–II	4 дитини / 40,0 %	4 дитини / 40,0 %	8 дітей / 40,0 %
Середній ступінь ЦП, GMFCS III	3 дитини / 30,0 %	4 дитини / 40,0 %	7 дітей / 35,0 %
Тяжкий ступінь ЦП, GMFCS IV–V	3 дитини / 30,0 %	2 дитини / 20,0 %	5 дітей / 25,0 %
MACS I–II	4 дитини / 40,0 %	3 дитини / 30,0 %	7 дітей / 35,0 %
MACS III	4 дитини / 40,0 %	4 дитини / 40,0 %	8 дітей / 40,0 %
MACS IV–V	2 дитини / 20,0 %	3 дитини / 30,0 %	5 дітей / 25,0 %

Після первинного обстеження діти були поділені на дві дослідницькі групи: основну групу та контрольну групу. До основної групи увійшли 10 дітей, які проходили розроблену програму ерготерапевтичного супроводу. До контрольної групи також увійшли 10 дітей, які отримували стандартний реабілітаційний супровід центру без включення повної авторської програми.

Причина такого поділу полягала не в адміністративній зручності, а в потребі порівняти, чи дає структурована ерготерапевтична програма додатковий ефект порівняно зі звичайним супроводом. Без контрольної групи позитивну динаміку було б складно інтерпретувати: частина змін могла б пояснюватися адаптацією до занять, природними коливаннями стану, повторним тестуванням або активнішою участю батьків. Контрольна група дозволила побачити різницю саме між стандартним перебігом реабілітаційної роботи та цілеспрямованим ерготерапевтичним втручанням.

На початку дослідження обидві групи були достатньо зіставними. Середній показник функціональної активності за структурованим спостереженням в основній групі становив 10,8 бала з 20 можливих, у контрольній – 10,6 бала. У відсотковому вираженні це відповідало 54,0 % і 53,0 % від максимально можливого рівня. Різниця була мінімальною. Це має значення, бо стартова нерівність між групами могла б викривити подальший висновок про ефективність програми. За COPM показник результативності діяльності в ОГ становив 3,2 бала з 10, у КГ – 3,3 бала; показник задоволеності – відповідно 2,8 і 2,9 бала. Ці значення показали, що діти та їхні батьки оцінювали повсякденну діяльність як суттєво обмежену. Не йшлося про легкі труднощі. Йшлося про щоденну залежність від допомоги. Найбільш проблемними за результатами попереднього спостереження були три сфери: самообслуговування, мануальна діяльність і організація пози під час виконання завдання. У 70,0 % дітей фіксувалися труднощі під час прийому їжі або користування столовими предметами; у 65,0 % – труднощі під час одягання, особливо на етапах застібання, натягування, вирівнювання одягу; у 75,0 % – недостатня стабільність пози за столом, що впливала на якість ручної дії; у 60,0 % – швидка втомлюваність під час завдань, які тривали понад 10 хвилин. Найменш порушеною виявилася мотиваційна включеність: більшість дітей хотіли брати участь у діяльності, але не завжди могли втримати потрібний темп і послідовність. Це спостереження важливе для інтерпретації

всієї програми. Проблема часто полягала не у відсутності бажання, а в невідповідності завдання функціональним можливостям дитини (табл.3.2).

Таблиця 3.2 – Первинні показники функціонального стану дітей до початку програми

Показник	ОГ, n=10	КГ, n=10	Інтерпретація первинного стану
Структуроване спостереження за функціональною активністю, 0–20 балів	10,8 бала / 54,0 %	10,6 бала / 53,0 %	Помірне обмеження самостійності, залежність від підказки або фізичної допомоги
СОРМ: результативність діяльності, 1–10 балів	3,2 бала	3,3 бала	Низька суб'єктивна оцінка виконання значущих дій
СОРМ: задоволеність діяльністю, 1–10 балів	2,8 бала	2,9 бала	Виражене незадоволення рівнем самостійності дитини
Частка самостійно або частково самостійно виконаних дій самообслуговування	38,0 %	39,0 %	Переважає залежного або напівзалежного виконання
Показник мануальної ефективності в побутових завданнях, 0–20 балів	9,7 бала / 48,5 %	9,9 бала / 49,5 %	Труднощі захвату, утримання, відпускання предмета, бімануальної координації
Постуральна стабільність під час дії, 0–20 балів	10,2 бала / 51,0 %	10,1 бала / 50,5 %	Нестійке положення тулуба, швидке зниження якості дії при втомі
Батьківська оцінка потреби в допомозі, 0–100 %, де 100 % – повна залежність	61,0 %	60,0 %	Висока частота допомоги дорослого в щоденних діях

Первинні результати показали одну характерну закономірність: ступінь рухових порушень не завжди прямо збігався з рівнем повсякденної самостійності. Діти з легшим рівнем GMFCS інколи демонстрували нижчу результативність у самообслуговуванні через недостатню організацію дії, імпульсивність, слабку бімануальну координацію або невдале розміщення предметів. Натомість окремі діти з тяжчим рівнем ЦП могли показувати кращу включеність у завдання після правильної адаптації пози та предметного середовища. Це підтвердило нашу початкову позицію: ерготерапевтичне втручання не повинно будуватися лише за принципом «легший стан – легші

завдання, тяжчий стан – менше очікувань». Більш точним є інший підхід: для кожної дитини треба знайти точку реальної участі, де допомога дорослого ще потрібна, але вже може поступово зменшуватися.

На етапі попереднього аналізу особливо показовими були дані СОРМ. Діти та батьки найчастіше називали як пріоритетні такі проблеми: самостійніше користування ложкою або виделкою, участь в одяганні, утримання положення за столом під час навчального завдання, можливість довше грати з предметами, зменшення потреби в постійному нагадуванні, точніше користування олівцем або фломастером. Саме ці цілі були покладені в основу індивідуальних планів у межах загальної програми. З погляду доказової ерготерапії це відповідає логіці *goal-directed training*, де центральними елементами є постановка мети, аналіз завдання, активне втручання та оцінювання результату. У сучасних працях цей підхід прямо описується як доказовий для дітей із ЦП, спрямований на моторну результативність і досягнення значущих цілей.

Формально програма тривала 8 тижнів. Фактично ж її вплив починався раніше – з моменту, коли батьки разом із фахівцем переставали описувати дитину через загальне «не може» і починали уточнювати: що саме не вдається, у якій частині дії, за яких умов, з якою допомогою, після якої адаптації. Це була принципова зміна оптики. Термін проходження програми для основної групи становив 8 тижнів, із частотою 3 заняття на тиждень, загальною кількістю 24 заняття та додатковим домашнім супроводом у формі коротких щоденних функціональних завдань.

### **3.2. Аналіз ефективності розробленої програми**

Ефективність програми оцінювалася не за одним ізольованим показником, а за сукупністю змін. Такий підхід був необхідним, оскільки в дітей із церебральним паралічем результат не завжди проявляється як різке покращення моторики. Іноді найцінніша зміна виглядає скромно: дитина

довше сидить без додаткової підтримки; бере предмет не з третьої, а з першої-другої спроби; завершує дію без постійного словесного контролю; погоджується повторити завдання, бо воно стало зрозумілішим; батьки менше втручаються фізично. Саме ці зрушення мають справжній ерготерапевтичний зміст. Вони означають не «ідеальне» виконання, а розширення меж самостійності.

Після завершення 8-тижневої програми в основній групі було зафіксовано позитивну динаміку за всіма основними показниками. Середній показник функціональної активності за структурованим спостереженням зріс із 10,8 до 15,2 бала з 20 можливих. У відсотковому вираженні це означало підвищення з 54,0 % до 76,0 %. Приріст становив 4,4 бала, або 22,0 відсоткові пункти. Для такої вибірки це помітна зміна, бо вона не обмежувалася одним видом діяльності. Покращення спостерігалось в утриманні пози, мануальному контролі, участі в самообслуговуванні та навчально-ігрових завданнях. У контрольній групі також була позитивна динаміка, але значно менш виражена. Показник функціональної активності зріс із 10,6 до 12,1 бала, тобто з 53,0 % до 60,5 %. Приріст становив 1,5 бала, або 7,5 відсоткових пунктів. Це свідчить, що стандартний реабілітаційний супровід також мав підтримувальний ефект, однак його вплив був менш адресним щодо повсякденних дій. На нашу думку, головна різниця полягала не лише в кількості занять, а в їхній логіці. ОГ працювала з конкретними діяльними цілями, тоді як КГ отримувала ширший, але менш персоніфікований комплекс впливу (табл.3.3).

Таблиця 3.3 – Динаміка основних функціональних показників у ОГ та КГ до і після дослідження

Показник	ОГ до програми	ОГ після програми	Динаміка ОГ	КГ до спостереження	КГ після спостереження	Динаміка КГ
Функціональна активність, 0–20 балів	10,8	15,2	+4,4	10,6	12,1	+1,5

Функціональна активність, % від максимуму	54,0 %	76,0 %	+22,0 в.п.	53,0 %	60,5 %	+7,5 в.п.
Мануальна ефективність, 0–20 балів	9,7	14,1	+4,4	9,9	11,4	+1,5
Постуральна стабільність, 0–20 балів	10,2	14,6	+4,4	10,1	11,8	+1,7
Частка самостійно або частково самостійно виконаних дій самообслуговування	38,0 %	62,0 %	+24,0 в.п.	39,0 %	47,0 %	+8,0 в.п.
Батьківська оцінка потреби в допомозі, де 100 % – повна залежність	61,0 %	42,0 %	–19,0 в.п.	60,0 %	54,0 %	–6,0 в.п.

Найпереконливішою була динаміка в основній групі за показником самообслуговування. До початку програми частка самостійно або частково самостійно виконаних дій становила 38,0 %. Після програми вона зросла до 62,0 %. Це не означає, що більшість дітей стали повністю незалежними. Ні. Але змінився характер допомоги. У частини дітей фізична допомога дорослого була замінена словесною підказкою; у частини – повна допомога перейшла в часткову; у дітей із тяжким рівнем ЦП зросла здатність ініціювати окремі етапи дії. Саме ця різниця важлива. Повна самостійність не завжди є реалістичною короткостроковою метою, проте зменшення обсягу допомоги вже означає реабілітаційний результат.

У роботі над прийомом їжі позитивна динаміка проявилася в трьох аспектах. По-перше, діти краще утримували положення за столом після корекції висоти сидіння, положення стоп і розміщення тарілки. По-друге, у них зменшилася кількість невдалих спроб захвату столового предмета. По-третє, зросла тривалість самостійної участі в дії. Якщо на початку дослідження

більшість дітей ОГ потребували втручання дорослого вже на перших етапах дії, то після програми 6 із 10 дітей могли виконувати принаймні частину процедури прийому їжі з мінімальною допомогою або з вербальною підказкою. У дітей із GMFCS IV–V прогрес був обмеженішим за обсягом, але не менш значущим за змістом: вони краще утримували руку на предметі, довше включалися в дію та менше відмовлялися від повторення.

Мануальна ефективність у ОГ зросла з 9,7 до 14,1 бала. Цей приріст не можна пояснити лише «розвитком дрібної моторики», бо на практиці змінювалася вся організація ручної дії. Діти почали частіше використовувати допоміжну руку як стабілізатор, краще орієнтували предмет у просторі, рідше втрачали його під час перенесення, швидше відпускали предмет після завершення дії. У дітей із MACS I–II покращення проявлялося переважно в точності й швидкості; у дітей із MACS III – у зменшенні кількості невдалих спроб; у дітей із MACS IV–V – у збільшенні участі руки в дії навіть за умови збереження значної допомоги. На наш погляд, саме ця диференціація показує цінність програми: вона не вимагала однакового результату від усіх дітей, а дозволяла фіксувати функціонально значущі зміни на різних рівнях можливостей.

Постуральна стабільність у ОГ підвищилася з 10,2 до 14,6 бала. На перший погляд цей показник може здатися допоміжним. Насправді він був одним із центральних. Дитина не може ефективно користуватися руками, якщо її тулуб постійно «шукає» опору. Вона не може зосередитися на завданні, якщо вся енергія витрачається на утримання положення. Після корекції посадки, додавання опори для стоп, зміни кута розміщення матеріалів і скорочення зайвих рухів у багатьох дітей якість мануальної дії покращувалася без прямого «тренування пальців». Це доводить, що в ерготерапії ЦП іноді ефективніше змінити умови виконання дії, ніж багаторазово повторювати ізольовану вправу.

Динаміка COPM дала змогу побачити не лише зовнішню зміну, а й зміну сприйняття діяльності дитиною та сім'єю. В основній групі середній показник

результативності зріс із 3,2 до 6,4 бала, тобто на 3,2 бала. Показник задоволеності зріс із 2,8 до 6,1 бала, тобто на 3,3 бала. Це перевищує традиційно згадуваний поріг у 2 бали, який у матеріалах СОРМ подається як орієнтир клінічно важливої зміни, хоча сучасні джерела наголошують, що мінімально важлива зміна може залежати від популяції та контексту. У контрольній групі приріст був меншим: результативність зросла з 3,3 до 4,5 бала, задоволеність – із 2,9 до 4,1 бала. Позитив є, але він не досяг того рівня, який можна трактувати як виражену клінічну зміну для більшості дітей (табл.3.4).

Таблиця 3.4 – Динаміка показників СОРМ у ОГ та КГ

Показник СОРМ	ОГ до програми	ОГ після програми	Приріст т ОГ	КГ до спостереження	КГ після спостереження	Приріст т КГ
Результативність діяльності, 1–10 балів	3,2	6,4	+3,2	3,3	4,5	+1,2
Задоволеність діяльністю, 1–10 балів	2,8	6,1	+3,3	2,9	4,1	+1,2
Частка дітей із приростом результативності $\geq 2$ бали	0,0 %	80,0 %	+80,0 в.п.	0,0 %	30,0 %	+30,0 в.п.
Частка дітей із приростом задоволеності $\geq 2$ бали	0,0 %	80,0 %	+80,0 в.п.	0,0 %	20,0 %	+20,0 в.п.

Показник СОРМ виявив ще одну важливу річ: батьки почали інакше оцінювати можливості дитини. На початку дослідження в опитуваннях часто простежувалася установка на випереджальну допомогу: дорослий допомагав ще до того, як дитина встигала спробувати. Після програми в ОГ батьки частіше давали дитині час на дію, використовували коротшу інструкцію, краще розрізняли ситуації, де потрібна фізична допомога, і ситуації, де

достатньо підказки. Це не менш важливий результат, ніж зміна балів. Дитина стає самостійнішою не тільки тому, що її рухи покращуються, а й тому, що дорослий перестає забирати в неї можливість діяти.

Порівняння дітей із різним ступенем тяжкості ЦП показало нерівномірність, але логічність динаміки. Найбільший приріст за функціональною активністю спостерігався у дітей із легким ступенем ЦП: у ОГ середній показник у цій підгрупі зріс із 12,9 до 17,1 бала, тобто на 4,2 бала. У дітей із середнім ступенем приріст був навіть дещо вищим за абсолютним значенням: із 10,3 до 15,0 бала, тобто на 4,7 бала. У дітей із тяжким ступенем показник зріс із 8,1 до 11,9 бала, тобто на 3,8 бала. Формально приріст у тяжчій підгрупі був меншим, але його не можна вважати слабким. Для цих дітей навіть поява стабільнішої участі в окремих етапах дії має велику практичну вагу (табл.3.5).

Таблиця 3.5 – Динаміка функціональної активності в ОГ залежно від ступеня тяжкості ЦП

Ступінь тяжкості ЦП	Кількість дітей в ОГ	До програми, 0–20 балів	Після програми, 0–20 балів	Приріст	Змістова інтерпретація
Легкий, GMFCS I–II	4	12,9	17,1	+4,2	Зросла швидкість, точність і самостійність у побутових та навчальних діях
Середній, GMFCS III	3	10,3	15,0	+4,7	Найбільш виражене покращення через поєднання тренування дії й адаптації середовища
Тяжкий, GMFCS IV–V	3	8,1	11,9	+3,8	Зросла участь у частинах дії, зменшилася потреба в повній допомозі
Загалом по ОГ	10	10,8	15,2	+4,4	Програма дала стабільний позитивний ефект у всіх підгрупах

Найбільш виразний практичний ефект було отримано в дітей із середнім ступенем ЦП. Це пояснюється тим, що саме ця група мала достатній потенціал для активного включення в завдання, але водночас відчувала значні бар'єри без правильної організації середовища. Коли таким дітям було надано стабільну посадку, зрозумілу структуру дії, адаптований предмет і достатній час, якість виконання швидко змінювалася. У дітей із легким ступенем ЦП прогрес частіше стосувався автономності, темпу й точності. У дітей із тяжким ступенем – зменшення пасивності, довшого утримання включеності, появи часткової участі в тих діях, які раніше майже повністю виконувалися дорослими.

Окремо слід проаналізувати результати контрольної групи. Її динаміка була позитивною, але менш системною. Діти КГ після стандартного супроводу краще виконували окремі рухові завдання, проте ці зміни не завжди переносилися в самообслуговування або навчальну активність. Це добре видно за батьківською оцінкою потреби в допомозі: в ОГ вона знизилася з 61,0 % до 42,0 %, тоді як у КГ – з 60,0 % до 54,0 %. Різниця суттєва. Вона показує, що авторська програма сильніше вплинула саме на повсякденну залежність від дорослого, а не лише на виконання окремих терапевтичних завдань у кабінеті.

За результатами спостереження в ОГ змінився характер помилок під час дії. На початку програми типовими були грубі порушення послідовності: дитина не знала, з чого почати, втрачала предмет, змінювала позу, чекала допомоги, швидко відмовлялася від завдання. Після програми помилки частіше ставали локальними: неправильний напрям руху, повільне перемикання, неточний захват, потреба в одній підказці. Це означає, що дія стала більш організованою. Інакше кажучи, програма не просто «покращила моторику», а змінила структуру виконання повсякденної активності. Результати також показали важливість адаптації середовища. У 7 із 10 дітей ОГ покращення ставало помітнішим після зміни положення тіла, висоти робочої поверхні або способу подання предмета. Це підтверджує одну з

ключових тез ерготерапії: іноді бар'єр міститься не лише в тілі дитини, а в невдало організованій дії. Якщо ложка лежить занадто далеко, стіл зависокий, стопи не мають опори, а інструкція надто довга, дитина витрачає ресурси не на саму дію, а на боротьбу з умовами. Після адаптації ці самі діти виконували завдання точніше. Тому ефективність програми пояснюється не одним фактором, а поєднанням тренування, середовищної модифікації та батьківського супроводу.

Статистична інтерпретація результатів підтвердила відмінність між групами. У межах описової статистики приріст функціональної активності в ОГ становив 4,4 бала, тоді як у КГ – 1,5 бала. Різниця приросту між групами дорівнювала 2,9 бала. За СОРМ різниця була ще виразнішою: приріст результативності в ОГ становив 3,2 бала, у КГ – 1,2 бала; приріст задоволеності в ОГ – 3,3 бала, у КГ – 1,2 бала. За умов малої вибірки ці результати доцільно трактувати обережно, однак вони демонструють стійку тенденцію на користь розробленої програми. Науково коректним тут є не перебільшення ефекту, а визнання його практичної змістовності: програма дала кращу динаміку саме в тих сферах, для яких вона була створена.

Таблиця 3.6 – Порівняльна ефективність програми за ключовими критеріями

Критерій ефективності	ОГ: зміна після програми	КГ: зміна після стандартного супроводу	Перевага ОГ
Функціональна активність	+4,4 бала	+1,5 бала	+2,9 бала
Мануальна ефективність	+4,4 бала	+1,5 бала	+2,9 бала
Постуральна стабільність	+4,4 бала	+1,7 бала	+2,7 бала
Самообслуговування	+24,0 в.п.	+8,0 в.п.	+16,0 в.п.
СОРМ: результативність	+3,2 бала	+1,2 бала	+2,0 бала
СОРМ: задоволеність	+3,3 бала	+1,2 бала	+2,1 бала
Зменшення потреби в допомозі батьків	-19,0 в.п.	-6,0 в.п.	-13,0 в.п.

Особливої уваги потребує показник задоволеності за СОРМ. У медико-реабілітаційних дослідженнях його іноді недооцінюють, бо він здається

«суб'єктивним». Але в ерготерапії суб'єктивна оцінка не є слабким місцем. Вона показує, чи стала дія значущішою, доступнішою і менш виснажливою для самої дитини та її родини. Якщо батьки бачать, що дитина повільно, але сама виконує частину дії, їхнє ставлення до можливостей дитини змінюється. Якщо дитина відчуває, що завдання вдається хоча б частково, вона охочіше входить у наступну спробу. Це формує цикл позитивного досвіду. Малий успіх запускає наступну дію.

У контрольній групі такого ефекту було менше. Стандартний супровід покращував окремі функціональні компоненти, але слабше змінював щоденні сценарії. Це видно у відгуках батьків: вони частіше повідомляли про «кращий тонус», «кращу активність на занятті», «меншу скутість», але рідше – про конкретне зменшення допомоги вдома. В ОГ батьківські відповіді були конкретнішими: дитина довше тримає ложку; може частково зняти елемент одягу; сама тягнеться до потрібного предмета; менше нервує під час завдання; краще сидить за столом; почала чекати інструкцію, а не одразу відмовлятися. Для нашого дослідження саме такі зміни є найціннішими, бо вони показують перенесення результату за межі терапевтичної сесії.

Не всі діти ОГ мали однаковий темп прогресу. У двох дітей із тяжким ступенем ЦП динаміка була повільною, особливо у сфері самостійного виконання дій. Проте навіть у цих випадках було зафіксовано зменшення пасивності й кращу толерантність до включення в завдання. Одна дитина, яка на початку програми швидко відмовлялася від предметної активності, після кількох тижнів могла 5–7 хвилин брати участь у спільній дії з дорослим. Формально це не виглядає як великий функціональний прорив. Але для дитини з вираженими порушеннями це означає розширення участі. Тут потрібна чесна інтерпретація: програма не дала однакового ефекту для всіх, але вона дала кожній підгрупі свій тип позитивної зміни.

Для перевірки статистичної значущості отриманих змін було проведено порівняння показників до та після програми в основній і контрольній групах. З огляду на малу чисельність вибірки та нерівномірність функціонального

стану дітей доцільним було використання непараметричних критеріїв: критерію Вілкоксона для пов'язаних вибірок та критерію Манна–Уїтні для порівняння величини приросту між ОГ і КГ. Статистично значущими вважалися відмінності при рівні значущості  $p < 0,05$ . Результати засвідчили, що в основній групі позитивна динаміка за ключовими показниками була статистично достовірною: функціональна активність підвищилася з 10,8 до 15,2 бала ( $p=0,005$ ), мануальна ефективність — з 9,7 до 14,1 бала ( $p=0,007$ ), постуральна стабільність — з 10,2 до 14,6 бала ( $p=0,006$ ). Також достовірними були зміни за показниками самообслуговування: частка самостійно або частково самостійно виконаних дій зросла з 38,0 % до 62,0 % ( $p=0,011$ ), а батьківська оцінка потреби в допомозі знизилася з 61,0 % до 42,0 % ( $p=0,009$ ). За шкалою COPM статистично значущі зміни спостерігалися як за результативністю діяльності, що зросла з 3,2 до 6,4 бала ( $p=0,005$ ), так і за задоволеністю діяльністю, яка підвищилася з 2,8 до 6,1 бала ( $p=0,005$ ). У контрольній групі позитивна динаміка також простежувалася, однак більшість змін не досягла статистично значущого рівня, що свідчить про обмежений вплив стандартного реабілітаційного супроводу на повсякденну функціональну активність дітей.

Таблиця 3.7 – Статистична достовірність змін функціональних показників у ОГ та КГ

Показник	ОГ: p до/після	КГ: p до/після	p між групами за приростом	Статистична інтерпретація
Функціональна активність	0,005	0,083	0,012	Достовірне покращення в ОГ, перевага ОГ над КГ статистично значуща
Мануальна ефективність	0,007	0,094	0,014	Достовірне покращення в ОГ, у КГ зміни недостовірні
Постуральна стабільність	0,006	0,071	0,018	Достовірне позитивна динаміка в ОГ
Самообслуговування	0,011	0,102	0,015	Достовірне зростання самостійності в ОГ

СОРМ: результативність	0,005	0,068	0,010	Значуще покращення суб'єктивної оцінки результативності в ОГ
СОРМ: задоволеність	0,005	0,075	0,009	Значуще підвищення задоволеності діяльністю в ОГ
Потреба в допомозі батьків	0,009	0,126	0,017	Достовірне зменшення залежності від дорослого в ОГ

Отримані статистичні дані підтверджують, що позитивні зміни в основній групі не є випадковими, а мають достовірний характер при  $p < 0,05$ . Найбільш переконливі результати зафіксовано за показниками функціональної активності, СОРМ та зменшення потреби в допомозі дорослого, що безпосередньо відповідає меті ерготерапевтичного втручання. У контрольній групі приріст мав переважно описовий характер і не досяг рівня статистичної достовірності, тому його можна трактувати як підтримувальну, але менш виражену динаміку. Порівняння приростів між групами також показало статистично значущу перевагу розробленої програми, що дає підстави вважати її ефективнішою за стандартний супровід щодо розвитку повсякденної активності, самостійності та участі дітей із церебральним паралічем. Аналіз результатів дозволяє виділити три механізми ефективності програми. Перший механізм – діяльнісна конкретність. Дитина тренувала не абстрактний рух, а дію, яка мала сенс у побуті або навчанні. Другий механізм – середовищна адаптація. Зміна пози, предмета, простору, інструкції та темпу зменшувала зайве навантаження. Третій механізм – участь батьків. Без перенесення в домашній режим результат залишився б кабінетним. Саме поєднання цих трьох механізмів відрізняло розроблену програму від стандартного супроводу.

Підсумкові результати підтвердили ефективність розробленої програми ерготерапевтичного супроводу дітей із церебральним паралічем. Найбільш виражені зміни були зафіксовані в основній групі за показниками функціональної активності, мануальної ефективності, постуральної стабільності, самообслуговування, результативності й задоволеності за

СОРМ. Порівняння з контрольною групою показало, що стандартний супровід також має позитивний вплив, але меншою мірою змінює реальну повсякденну участь дитини. Отримані дані дають підстави стверджувати, що ерготерапевтична програма є доцільною для дітей із різним ступенем ЦП, якщо вона будується не за шаблоном, а через функціональний профіль, індивідуальні цілі, адаптацію середовища й активне залучення родини.

### Висновок до розділу 3

Проведене дослідження на базі спеціалізованого центру в м. Нікополь підтвердило обґрунтованість застосування розробленої програми ерготерапевтичного супроводу для дітей із церебральним паралічем. Методологія, що базувалася на поєднанні міжнародних систем оцінювання GMFCS і MACS із канадською шкалою COPM, дозволила повноцінно реалізувати біопсихосоціальний підхід у межах МКФ. Основний акцент було зміщено з ізольованого тренування моторних функцій на цілеспрямовану функціональну діяльність, адаптовану до індивідуального профілю функціонування кожної дитини та її повсякденних потреб.

Порівняльний аналіз отриманих даних продемонстрував статистично значущу перевагу розробленої методики порівняно зі стандартним реабілітаційним підходом. В основній групі зафіксовано суттєве зростання показників функціональної активності – з 54,0 % до 76,0 %, а також виражену позитивну динаміку задоволеності діяльністю за COPM, що перевищила поріг клінічно важливих змін. У той час як контрольна група показала помірний підтримувальний ефект, учасники основної групи продемонстрували якісне розширення меж самостійності, зменшення залежності від сторонньої допомоги та покращення мануальної ефективності в побуті.

Вирішальними чинниками результативності запропонованого супроводу стали діяльнісна конкретність завдань, своєчасна ергономічна адаптація середовища та активне залучення батьків до терапевтичного процесу. Отримані результати доводять, що успішна реабілітація дітей із ЦП залежить не стільки від механічного повторення вправ, скільки від створення умов для реальної участі дитини у щоденних справах. Таким чином, розроблена програма підтвердила свою ефективність як дієвий інструмент для подолання функціональних бар'єрів та підвищення автономності пацієнтів у межах їхніх моторних можливостей.

## ВИСНОВКИ

Проведене дослідження дало змогу цілісно розглянути ерготерапію дітей із церебральним паралічем не як допоміжний напрям реабілітації, а як практично значущу систему підтримки дитини в реальних життєвих діях. У роботі було поєднано теоретичний аналіз клінічної природи ЦП, вивчення сучасних ерготерапевтичних підходів, розроблення програми втручання та її перевірку на вибірці дітей віком від 7 до 12 років. Дослідження показало, що результативність ерготерапії визначається не лише кількістю занять чи набором вправ, а передусім точністю функціонального оцінювання, індивідуалізацією завдань, участю батьків і перенесенням набутих умінь у повсякденне середовище дитини.

1. У процесі огляду наукової літератури було встановлено, що церебральний параліч має складну поліетіологічну природу й формується внаслідок ураження центральної нервової системи в ранні періоди розвитку. Його клінічна картина не обмежується порушенням рухів. Вона охоплює зміни м'язового тону, координації, постурального контролю, сенсорної інтеграції, мануальної активності, а в окремих випадках – когнітивні та комунікативні труднощі. Саме тому ЦП доцільно розглядати не як ізольований руховий дефект, а як стан, що впливає на всю систему життєдіяльності дитини. Аналіз спастичних, дискінетичних, атактичних і змішаних форм підтвердив: клінічна форма та ступінь функціональних обмежень мають безпосереднє значення для вибору реабілітаційної стратегії.
2. Вивчення наукових концепцій і принципів ерготерапії дало підстави стверджувати, що цей напрям найбільш повно відповідає потребам дітей із ЦП, оскільки орієнтується не лише на відновлення окремої функції, а на здатність дитини брати участь у значущій діяльності. Центральними для ерготерапевтичного супроводу є клієнтоцентрованість, діяльнісний підхід, сімейно-центрована модель, адаптація середовища, поступове

формування самостійності та робота з конкретними побутовими діями. Установлено, що саме поєднання функціонального тренування, адаптацій, сенсомоторної підтримки та навчання батьків створює умови для реального покращення участі дитини в щоденному житті.

3. Розроблена ерготерапевтична програма була побудована з урахуванням віку дітей, ступеня тяжкості ЦП, рівня великих моторних функцій, мануальних можливостей і пріоритетних труднощів у повсякденній діяльності. Вибірка включала 20 дітей віком 7–12 років, поділених на основну та контрольну групи по 10 осіб; у загальній структурі вибірки 40,0 % становили діти з легким ступенем ЦП, 35,0 % – із середнім, 25,0 % – із тяжким ступенем. Такий розподіл дав змогу оцінити програму не лише серед дітей із відносно збереженими функціями, а й серед тих, у кого зміни проявляються повільніше й потребують тоншої клінічної інтерпретації.
4. Клінічне випробування програми підтвердило доцільність її структури та змісту. Програма тривала 8 тижнів і була спрямована на розвиток функціональної активності, мануальної ефективності, постуральної стабільності, самообслуговування та зменшення залежності від допомоги дорослого. Первинне оцінювання показало, що до початку втручання діти обох груп мали близькі вихідні показники: функціональна активність становила 54,0 % в основній групі та 53,0 % у контрольній, частка самостійно або частково самостійно виконаних дій самообслуговування – 38,0 % і 39,0 % відповідно. Отже, групи були достатньо зіставними, а подальша різниця в динаміці могла інтерпретуватися як наслідок різного характеру реабілітаційного впливу.
5. Аналіз результатів після впровадження програми засвідчив помітніші зміни саме в основній групі. Функціональна активність зросла з 54,0 % до 76,0 %, мануальна ефективність – із 9,7 до 14,1 бала, постуральна стабільність – із 10,2 до 14,6 бала. Частка самостійно або частково

самостійно виконаних дій самообслуговування збільшилася з 38,0 % до 62,0 %, тоді як у контрольній групі аналогічний приріст був значно меншим – із 39,0 % до 47,0 %. Особливо важливим є те, що покращення стосувалося не абстрактної «моторики», а конкретних дій: прийому їжі, одягання, утримання пози за столом, користування предметами, участі в навчальних і побутових ситуаціях.

6. Статистична та клініко-ерготерапевтична інтерпретація отриманих даних підтвердила ефективність запропонованої програми. За показниками COPM в основній групі результативність діяльності зросла з 3,2 до 6,4 бала, а задоволеність – із 2,8 до 6,1 бала; приріст перевищив поріг клінічно важливих змін. У контрольній групі позитивна динаміка також спостерігалася, проте була менш вираженою: результативність зросла з 3,3 до 4,5 бала, задоволеність – із 2,9 до 4,1 бала. Порівняльний аналіз показав перевагу основної групи за всіма ключовими критеріями: функціональною активністю, мануальною ефективністю, постуральною стабільністю, самообслуговуванням, показниками COPM та зменшенням потреби в допомозі батьків.

Отримані результати дозволяють стверджувати, що розроблена ерготерапевтична програма є практично доцільною та результативною для дітей із різним ступенем церебрального паралічу. Її сила полягає не в універсальності, а навпаки – в індивідуальному налаштуванні під можливості конкретної дитини. Робота довела: навіть за наявності стійких рухових порушень можна досягти помітного підвищення автономності, якщо реабілітація пов'язана з реальною діяльністю, а не з механічним повторенням вправ. Перспективним напрямом подальших досліджень є розширення вибірки, подовження терміну спостереження та вивчення довготривалого збереження сформованих навичок у домашньому, освітньому й соціальному середовищі дитини.

## ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Ерготерапевтичне втручання доцільно розпочинати не з добору вправ, а з функціонального оцінювання дитини. Медичного діагнозу недостатньо. Перед складанням індивідуальної програми потрібно визначити рівень великих моторних функцій за GMFCS, мануальні можливості за MACS, пріоритетні труднощі за COPM, а також провести спостереження за тим, як дитина реально їсть, одягається, утримує позу, користується предметами, переходить від однієї дії до іншої та реагує на втому. Саме цей профіль має бути основою програми, а не загальний опис ЦП. Цілі ерготерапії слід формулювати через конкретні дії, потрібні дитині в повсякденному житті. Не варто обмежуватися формулюваннями на зразок «покращити моторику» або «розвинути координацію». Клінічно точніше визначати ціль так: дитина самостійніше утримує ложку під час прийому їжі; довше сидить за столом без втрати пози; використовує дві руки під час гри; частково бере участь в одяганні; переносить предмет із меншою кількістю підказок; організовує робоче місце для навчального завдання. Така конкретизація дозволяє бачити реальний результат, а не лише загальне враження від занять.

Програму доцільно реалізовувати у форматі регулярних занять із чіткою тривалістю та повторюваною структурою. Оптимальною може бути модель, апробована в роботі: 8 тижнів, 24 заняття, 3 заняття на тиждень, тривалість одного заняття – близько 45 хвилин, із короткими домашніми функціональними завданнями. При цьому навантаження треба змінювати залежно від стану дитини: для одних дітей складність варто підвищувати через точність руху, для інших – через тривалість утримання пози, для дітей із тяжкими проявами ЦП – через збільшення участі навіть у частково виконаній дії. Заняття має бути побудоване навколо діяльності, а не навколо ізолюваної вправи. Якщо тренується захват, він має завершуватися реальною дією: узяти ложку, перекласти кубик, відкрити коробку, утримати олівець, застебнути липучку. Якщо тренується постуральна стабільність, її треба одразу

пов'язувати з сидінням за столом, грою, прийомом їжі або навчальним завданням. Так дитина швидше розуміє практичний сенс дії, а сформована навичка легше переноситься в домашнє середовище.

У роботі з дітьми з ЦП необхідно системно застосовувати адаптацію середовища. Потрібно коригувати висоту стільця й столу, забезпечувати опору для стоп, використовувати неслизьку поверхню, предмети з потовщеними ручками, легший посуд, липучки замість складних застібок, візуальні підказки, чітко організоване робоче місце без зайвих подразників. Іноді саме адаптація предмета або простору дає більший функціональний ефект, ніж багаторазове повторення складної для дитини вправи. Допомога дорослого має бути дозованою. Надмірна фізична підтримка швидко формує залежність, навіть якщо дорослому здається, що так дитині «легше». Доцільно застосовувати принцип поступового зменшення підказки: спочатку словесна інструкція, потім жест, далі легкий тактильний супровід і лише за потреби – фізична допомога. Завдання ерготерапевта й батьків полягає не в тому, щоб виконати дію замість дитини, а в тому, щоб залишити їй максимально можливу частину самостійного виконання.

Батьків потрібно залучати до програми не формально, а як активних учасників реабілітаційного процесу. Вони мають знати, яку саме дію дитина відпрацьовує, як правильно допомагати, коли зменшувати підказку, як організувати побутову ситуацію і як не перевантажувати дитину. Домашні завдання повинні бути короткими, реалістичними й щоденними: 10–15 хвилин функціональної активності краще, ніж довге заняття, яке дитина виконує через втому або спротив. Особливу увагу слід приділяти перенесенню навичок із кабінету в реальне життя. Якщо дитина навчилася краще утримувати предмет на занятті, це потрібно закріпити під час прийому їжі, гри, малювання або підготовки до уроку. Якщо вона краще сидить із правильною опорою, таку саму організацію пози треба відтворити вдома й у навчальному середовищі. Без такого перенесення результат залишається локальним і не завжди впливає на самостійність дитини.

Для дітей із легким ступенем ЦП доцільно робити акцент на точності рухів, бімануальній координації, швидкості виконання побутових і навчальних дій, письмі, користуванні навчальним приладдям, самоорганізації робочого місця. Для дітей із середнім ступенем ЦП пріоритетними мають бути постуральна стабільність, прийом їжі, часткове одягання, утримання предметів, послідовність простих дій і зменшення фізичної допомоги дорослого. Для дітей із тяжчим ступенем ЦП основну увагу потрібно спрямувати на правильне позиціонування, участь у доступних діях, сенсомоторну стимуляцію, використання адаптованих предметів і формування хоча б часткової активної відповіді дитини.

Контроль ефективності програми слід проводити не лише наприкінці, а й у процесі втручання. Оптимально здійснювати проміжне оцінювання кожні два тижні: фіксувати, які дії дитина виконує краще, де зберігається залежність від допомоги, що викликає втому, які адаптації працюють, а які не дають очікуваного ефекту. Після завершення програми потрібно повторно застосовувати ті самі критерії оцінювання, що й на початку, і порівнювати не загальне враження, а конкретні показники функціональної активності, мануальної ефективності, самообслуговування, результативності та задоволеності. У реабілітаційному центрі доцільно запровадити індивідуальну карту ерготерапевтичного супроводу для кожної дитини. У ній мають бути зафіксовані вихідний функціональний стан, основні труднощі, цілі втручання, адаптації середовища, реакція дитини на навантаження, динаміка навичок і рекомендації для батьків. Такий документ полегшує взаємодію між ерготерапевтом, фізичним терапевтом, лікарем, психологом, педагогом і родиною.

Ерготерапевтичне втручання не можна будувати через примусове багаторазове повторення рухів, що викликають біль, страх або різке підвищення м'язового тону. Заняття має залишатися керованим, але не травматичним. Якщо дитина швидко виснажується, втрачає позу, відмовляється від дії або демонструє посилення спастичності, завдання

потрібно спростити: змінити положення тіла, зменшити амплітуду руху, дати більше часу, використати інший предмет або перейти до часткового виконання дії. Розроблену програму доцільно використовувати в роботі спеціалізованих реабілітаційних центрів, інклюзивно-ресурсних центрів, закладів охорони здоров'я та освітніх установ, де навчаються діти з ЦП. Її практична цінність полягає в тому, що вона не потребує складного обладнання як обов'язкової умови, але вимагає точного оцінювання, індивідуального планування, регулярності, участі батьків і орієнтації на реальні дії дитини. Саме така логіка робить ерготерапію не додатком до реабілітації, а засобом підвищення щоденної самостійності та якості життя дитини.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аладіна Е.А. Дитячий церебральний параліч і функціональні рухові порушення у дітей раннього дитячого віку: можливості Електроміографічні діагностики. *Клінічна неврологія*, № 1, 2011. С. 20-24.
2. Альошина А. До проблеми дитячого церебрального паралічу. *Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві*, №3, 2014. С. 77-79.
3. Альошина А. Фізична реабілітація дітей, хворих на ДЦП. *Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету ім. Лесі Українк. Фізичне виховання і спорт*, Вип. 16, 2014. С. 121-123.
4. Антонова-Рафі Ю., Чемерис А. Особливості фізичної терапії та ерготерапії для дітей із дитячим церебральним паралічем при спастичній диплегії. *Спортивна медицина, фізична терапія та ерготерапія*, (1), 2025. С. 140-147. <https://doi.org/10.32782/spmed.2025.1.20>
5. Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Тимоніна О.В. Дитячі церебральні паралічі. Київ: Здоров'я; 1988. 328 с.
6. Бівол І., Бурка О. Застосування методики СІМТ-терапії при дитячому церебральному паралічі. *Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології*, 7(2), 2022. С. 57-60.
7. Богдановська Н., Віндюк П. Особливості застосування фізичної реабілітації дітей з церебральним паралічем. *Вісник Запорізького національного університету. Сер: Фізичне виховання і спорт*, 2014. С. 19-22.
8. Босько В. М. Особливості рухових порушень дітей з наслідками дцп та їх вплив на процес засвоєння рухових умінь та навичок. *Сучасні проблеми фізичного виховання і спорту різних груп населення: матеріали XV Міжнародної наук.-практ. конф. молодих учених : у 2 т. /*

- відповід. ред. М. О. Лянной ; наук. ред. О. А. Томенко. Суми: СумДПУ ім. А.С.Макаренка, 2015. С. 15-19.
9. Волкова О. І. ДЦП як один із видів психосоматичного порушення. *КЗВО «Вінницька академія безперервної освіти»*, 2020. С. 156-161.
  - 10.Воронін Д., Трач В. Церебральний параліч та реабілітація його спастичних форм. Хмельницький: ХНУ, 2018. 55с.
  - 11.Гавалко І. В. Ерготерапія в геріатрії: лекція № 10 з навчальної дисципліни «Ерготерапія». Львів, 2019. 10 с. URL: <http://repository.ldufk.edu.ua/handle/34606048/25978>
  - 12.Грейда Н. Б., Андрійчук О. Я. Ерготерапевтичне втручання та тестування: навчально-методичний посібник. Волинський національний університет імені Лесі Українки, медичний факультет, кафедра фізичної терапії та ерготерапії. Луцьк, 2024. 79 с.
  - 13.ДЦП. Класифікація. Клінічна картина кожної форми. <https://studfile.net/preview/5602628/page:9/> (дата звернення: 20.04.2026)
  - 14.Євтушенко О.С. Від етіології церебрального паралічу до його ефективної реабілітації. *Життя з ДЦП*, № 33. 2010. С. 8-11.
  - 15.Єфімов А.П. Етіопатогенетична класифікація дитячого церебрального паралічу (ДЦП) і ДЦП-синдромів. *Актуальні питання комплексного відновного лікування дітей з церебральними паралічами: матер. Всерос. наук.-практ.конф. з міжнарод, участю*, 2012. С. 96-99.
  - 16.Затолока Д. В. Сучасні методи реабілітації дітей с діагнозом дитячий церебральний параліч. *Медицина ХХІ століття: матеріали науково-практичної конференції молодих вчених з міжнародною участю, присвяченої 95-літньому ювілею Харківської медичної академії післядипломної освіти*, 2018. С. 102-103.
  - 17.Іваніків Н. М., Кушнір А. А. Дитячий церебральний параліч, форми та причини розвитку. *Сучасні тенденції розвитку науки та освіти в умовах євроінтеграції: Міжнародна науково-практична конференція, м. Вінниця, 29-30 березня 2022 р.: тези та статті / ред.кол.: Драбовський*

- А.Г., Дибчук Л.В. та ін.. Вінниця: Вінницький кооперативний інститут, 2022. С. 32-34.
18. Качмар О.О. Система класифікації великих моторних функцій у дітей із церебральним паралічем. *Міжнародний неврологічний журнал* 1(17), 2008. <https://www.mif-ua.com/archive/article/4857> (дата звернення: 20.04.2026)
19. Кирик О. В. Клініко-діагностичні критерії при формуванні індивідуальної програми реабілітації у дітей з церебральним паралічем: дисертація. *Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика*, 2025. 228 с.
20. Кочмарук І. А., Ломинога С. І. Сучасна кваліфікація дитячих церебральних паралічів. *Розвиток наукової думки постіндустріального суспільства: сучасний дискурс*, 2022. С. 333-334.
21. Кущенко О. Вплив ерготерапії на рівень самообслуговування дітей з церебральним паралічем. *Слобожанський науково-спортивний вісник*, № 3(65), 2018. С. 35-41.
22. Кущенко О.О. Активність та участь дітей із церебральним паралічем в аспекті ерготерапії та фізичної терапії. *Спортивна медицина і фізична реабілітація*, № 1, 2018. С. 101-107.
23. Кущенко О. Засоби ерготерапії в підвищенні рівня функціонування та незалежності дітей із церебральним паралічем. *Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки*, Вип. 26, 2017. С. 94-102.
24. Лазарева, О. Б. Покази для ерготерапії як частини міждисциплінарної терапії годування дітей з церебральним паралічем. *Спортивна медицина, фізична терапія та ерготерапія*, № 2, 2022. С. 118-124.
25. Мартинюк В. Реабілітація дітей хворих на церебральний параліч. *Соціальна педіатрія та реабілітологія*, No 1(1), 2014. С. 27-31.
26. Мартинюк В. Ю. Дитячий церебральний параліч. *Соціальна педіатрія та реабілітологія*, №1(2), 2014. С. 136-138.

27. Остапенко Г.О., Панчишна О.К., Циганок О.В. Використання ерготерапії в комплексній реабілітації дітей 11-12 років із дитячим церебральним паралічем. *Вісник Запорізького національного університету*, № 2(6), 2011. С. 91-98.
28. Позмогова Н.В., Богдановська Н.В., Бойченко К.Ю. Основи ерготерапії: навчальний посібник для здобувачів ступеня вищої освіти бакалавра спеціальності «Терапія та реабілітація» освітньо-професійної програми «Фізична терапія, ерготерапія». Запоріжжя: Запорізький національний університет, 2024. 132 с.
29. Проскуріна Т. Класифікація та особливості основних форм дитячого церебрального паралічу. *Молода спортивна наука України: зб. наук. пр. з галузі фіз. культури та спорту*, Вип. 8, т. 2, 2004. С. 292-295.
30. Ружицька, Л. Клінічна характеристика дитячого церебрального паралічу. *Проблеми сучасної психології*, Випуск 15, 2012. С. 564-575.
31. Серков О.Ю., Нестерчук Н.Є., Михайлова О.І. Специфіка фізичної реабілітації дітей із церебральним паралічем. *Art of Medicine*, 3, 2024. С. 246-251.
32. Сидорук І., Подолянчук І., Ніколенко О. Методи фізичної реабілітації дітей із церебральним паралічем. *Реабілітаційні та фізкультурно-рекреаційні аспекти розвитку людини*, № 5, 2019. С. 39-42.
33. Синиця А. О. Етіологія дитячого церебрального паралічу у теорії та практиці наукових досліджень. *Становлення особистості в умовах сучасного розвитку суспільства: соціально-педагогічний, психологічний, корекційний і медичний аспекти: збірка матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції. Полтава : ПНПУ імені В. Г. Короленка, 2023. С. 108-112.*
34. Синиця А.О. Специфіка вивчення дітей раннього віку з церебральним паралічем. *Innowacje i perspektywy rozwoju nauki i techniki w XXI wieku: Wyzwania przyszłości, Polska*, 2022. С. 52-57.

- 35.Смовженко Х. Сучасні підходи в реабілітації дітей хворих на церебральний параліч. *Збірник наукових праць студентів, аспірантів і молодих вчених «Молода наука-2016»: у 4 т. / Запорізький національний університет. Запоріжжя: ЗНУ, Т.4, 2016. С. 52-53.*
- 36.Співак В. І. Теоретичні підходи до вивчення дитячого церебрального паралічу. *Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія: Соціально-педагогічна, Вип. 20(1), 2012. С. 242-249.*
- 37.Тихонова Л.В., Чернявська М.В. Клінічний випадок дитячого церебрального паралічу (ДЦП). *International scientific journal «Grail of Science», № 47. 2024. С. 803-805.*
- 38.Хворова Г. М. Застосування методів та прийомів ерготерапії у компетентному батьківському вихованні дітей з полісистемними порушеннями розвитку (аутизмом/ДЦП). *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія, Вип. 33, 2017. С. 86-95.*
- 39.Яценко К. В. Дитячий церебральний параліч: етіопатогенез, клініко-нейрофізіологічні аспекти та можливості неврологічної реабілітації. *Український неврологічний журнал, № 2, 2015. С. 19-24.*  
[http://nbuv.gov.ua/UJRN/UNJ\\_2015\\_2\\_5](http://nbuv.gov.ua/UJRN/UNJ_2015_2_5).
- 40.Швесткова О., Свєцена К.. Ерготерапія: Підручник. Київ, Чеський центр у Києві, 2019. 280 с
- 41.Вах М. С., Goldstein M., Rosenbaum P. et al. Proposed definition and classification of cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology, Vol. 47, №8, 2015. P. 573-576.*
- 42.Colborne C. Supporting occupational therapy outcomes for children and young people with cerebral palsy: key considerations for impactful outcomes. *Paediatrics and Child Health, Volume 34, Issue 7, 2024, P. 216-221.*

43. Denslow E. Occupational therapy for cerebral palsy: goals, activities and benefits. *Flint Rehab*, 2021. <https://www.flintrehab.com/cerebral-palsy-occupational-therapy-activities/?srsltid=AfmBOor7zjDRenWrD41hhSmYnTPM7Z-juUqZ0QzysOh2nUtFprZ5sump> (дата звернення: 20.04.2026)
44. Fernandez-Cardenas D., Sánchez-Gomez C., Vásquez-Carrasco E. Independence in activities of daily living in children with cerebral palsy: a systematic review with meta-analysis. *J. Clin. Med*, 14(21), 2025. <https://doi.org/10.3390/jcm14217624> (дата звернення: 20.04.2026)
45. Kyryk O.V., Nazar O.V. International practices in diagnosing the level of functioning of children with cerebral palsy (literature review). *Modern Pediatrics, Ukraine*, 4(140), 2024. P. 83-92.
46. Lyon S. Cerebral palsy and occupational therapy. *Otpotential*, 2022. <https://otpotential.com/blog/cerebral-palsy-occupational-therapy> (дата звернення: 20.04.2026)
47. Marret S., Vanhulle C., Laquerriere A. Pathophysiology of cerebral palsy. *Handb clin neurol*, 111. 2013. P. 169-176.
48. Martínez-Rodríguez L., García-Bravo C., García-Bravo S. New technological approaches in occupational therapy for pediatric cerebral palsy: a systematic review. *Healthcare (basel)* 13(5), 2025. P. 459-460.
49. Minear W. L. Special article: a classification of cerebral palsy. *Pediatrics*, 18 (5), 1956. P. 841-852.
50. Mitul K., Purvi P., Mehariya K. M. Etiology of cerebral palsy in children below age of 5 years. *J. Contemp Pediatr*, 7(2), 2020. P. 287-293.
51. Ogoke C.C. clinical classification of cerebral palsy. *Clinical and Therapeutic Aspects*, 2018. <https://www.intechopen.com/chapters/63463> (дата звернення: 20.04.2026)
52. Pakula A.T., Braun Kim V.N. Cerebral palsy: classification and epidemiology. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics, Volume 20, Issue 3*, 2009. P. 425-452.

53. Panerh N., Hong T. The causes of cerebral palsy. *Recent Advances in Pediatrics, Vol.28*, 2019. P. 63-78.
54. Patel D., Neelakantan M., Pandher K., Merrick J. Cerebral palsy in children: a clinical overview. *Transl Pediatr, 9*, 2020. P. 125-135.
55. Rethlefsen Susan A., Ryan Deirdre D., Kay Robert M. Classification Systems in Cerebral Palsy. *Orthopedic Clinics, Volume 41, Issue 4*, 2010. P. 457-467.
56. Rosenbaum P., Paneth N., Leviton A. A report: the definition and classification cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology, Vol. 49, Suppl. 109*, 2014. P. 8-14.
57. Sewell M. D., Eastwood D. M. Managing common symptoms of cerebral palsy in children. *BMJ*, 2014. <https://doi.org/10.1136/bmj.g5474> (дата звернення: 20.04.2026)
58. Temirovna T. Cerebral palsy in children: modern rehabilitation methods. *European journal of modern medicine and practice, Vol. 5 No. 1*, 2025. P. 142-146.
59. Vitrikas K., Dalton H., Breish D. Cerebral palsy: an overview. *Am Fam Physician, 101(4)*, 2020. P. 213-220.
60. Vogtle Laura K. Occupational therapy elements in the management of the child with cerebral palsy. *Am J Occup Ther 65*, 2020. P. 2417-2429.
61. Yevtushenko S. Etiology and pathogenesis of cerebral palsy in children (a new look at an old problem). *International neurological journal, (3.65)*, 2014. P. 117-123. <https://doi.org/10.22141/2224-0713.3.65.2014.81146>

## ДОДАТКИ

### ДОДАТОК А

#### **ПРОГРАМА ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНОГО СУПРОВОДУ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ, СПРЯМОВАНА НА ПІДВИЩЕННЯ САМОСТІЙНОСТІ У ПОВСЯКДЕННІЙ ДІЯЛЬНОСТІ, РОЗВИТОК МАНУАЛЬНОЇ АКТИВНОСТІ, ПОСТУРАЛЬНОЇ СТАБІЛЬНОСТІ ТА УЧАСТІ В САМООБСЛУГОВУВАННІ, ГРІ Й НАВЧАЛЬНИХ ДІЯХ**

*Програма призначена* для дітей із церебральним паралічем віком від 7 до 12 років, які мають різний рівень порушення великих моторних функцій, мануальних можливостей та самостійності в повсякденному житті. До програми можуть бути включені діти з легким, середнім і тяжким ступенем ЦП, за умови індивідуального добору завдань відповідно до рівня GMFCS, MACS, даних спостереження, результатів опитування батьків і показників COPM. Методична логіка програми спирається на комплекс оцінювання, описаний у розділі 2: спостереження, опитування батьків, GMFCS, MACS, COPM і подальшу статистичну обробку результатів.

*Метою* програми є підвищення рівня функціональної самостійності дітей із церебральним паралічем у щоденних видах діяльності шляхом розвитку практично значущих рухових, мануальних, постуральних і організаційних навичок, а також через адаптацію середовища та залучення батьків до реабілітаційного процесу. Програма не спрямована лише на ізольоване покращення окремих рухів. Її центральний зміст полягає в тому, щоб дитина могла краще діяти в реальному житті: їсти, одягатися, утримувати позу за столом, користуватися предметами, брати участь у навчально-ігрових завданнях, виконувати прості побутові дії та поступово зменшувати залежність від дорослого.

#### *Завдання програми:*

1. Визначити індивідуальний функціональний профіль дитини за результатами спостереження, опитування батьків, GMFCS, MACS і COPM.
2. Сформувані індивідуальні ерготерапевтичні цілі, пов'язані з реально значущими для дитини та сім'ї діями.
3. Покращити постуральну стабільність дитини під час виконання побутових, навчальних та ігрових завдань.
4. Розвинути мануальну активність, зокрема захват, утримання, перенесення, відпускання предметів і бімануальну координацію.
5. Підвищити рівень самостійності у самообслуговуванні: прийомі їжі, елементах одягання, гігієнічних діях, організації робочого місця.
6. Сформувані здатність дитини довше включатися в діяльність, завершувати прості завдання та краще переносити навичку з терапевтичного заняття в домашнє середовище.
7. Навчити батьків способам правильної допомоги, поступового зменшення підказки та організації побутових ситуацій, у яких дитина може діяти активніше.

*Тривалість і режим реалізації програми:* Програма розрахована на **8 тижнів**. Загальна кількість занять становить **24 заняття**. Заняття проводяться **3 рази на тиждень**,

тривалість одного заняття – **45 хвилин**. Додатково передбачаються короткі домашні завдання для батьків і дитини тривалістю **10–15 хвилин щоденно**. Домашні завдання не повинні сприйматися як окреме навантаження або «друга терапія». Вони мають бути включені у звичайні побутові дії: прийом їжі, підготовку речей, одягання, гру, складання предметів, користування навчальним приладдям. Саме така форма дає можливість перенести результат заняття у повсякденне життя.

### *Загальна структура програми*

<b>Етап програми</b>	<b>Тривалість</b>	<b>Зміст роботи</b>	<b>Очікуваний результат</b>
Діагностико-орієнтаційний етап	1-й тиждень	Спостереження за дитиною, опитування батьків, оцінювання за GMFCS, MACS, COPM, визначення основних труднощів	Складено індивідуальний функціональний профіль дитини
Цільовий етап	Кінець 1-го – початок 2-го тижня	Формулювання 2–4 індивідуальних цілей програми відповідно до проблем самообслуговування, гри, навчальної активності	Визначено конкретні й реалістичні цілі втручання
Формувальний етап	2–7-й тиждень	Проведення ерготерапевтичних занять, тренування дій, адаптація середовища, робота з батьками	Поступове покращення самостійності, мануальної активності, стабільності пози
Контрольно-корекційний етап	Упродовж усієї програми	Поточне спостереження, фіксація реакції дитини, корекція завдань відповідно до втомлюваності й успішності	Програма залишається індивідуальною, а не шаблонною
Підсумковий етап	8-й тиждень	Повторне оцінювання, порівняння результатів до і після, аналіз динаміки	Визначено ефективність програми та подальші рекомендації

### *Основні принципи реалізації програми*

Програма будується на принципі функціональної доцільності. Це означає, що кожне завдання повинно мати зв'язок із реальною дією дитини. Якщо тренується захват, то не заради самого захвату, а для того, щоб дитина могла краще тримати ложку, олівець, іграшку, застібку, картку чи інший побутовий предмет. Якщо формується поструральна стабільність, то не як окрема вправа, а як умова для того, щоб дитина могла сидіти за столом, їсти, малювати, складати предмети або брати участь у грі.

Другий принцип – поступове зменшення допомоги. Дорослий не повинен одразу виконувати дію замість дитини. Спочатку використовується фізична підтримка, якщо вона справді потрібна. Потім вона переходить у часткову допомогу, далі – у словесну підказку, жест або візуальний орієнтир. Найкращий результат програми полягає не лише в тому, що дитина «зробила правильно», а в тому, що вона зробила більше сама.

Третій принцип – адаптація середовища. Дитина з ЦП часто не виконує дію не тому, що вона повністю недоступна, а тому, що умови надто складні: стіл високий, стопи не мають опори, предмет лежить далеко, інструкція довга, дорослий поспішає, завдання не розкладене на зрозумілі кроки. Тому в програмі змінюється не тільки дитина, а й простір навколо неї.

Четвертий принцип – сімейна участь. Батьки є не спостерігачами, а учасниками програми. Саме вони щоденно бачать дитину в тих ситуаціях, де результат ерготерапії має проявитися найкраще. Якщо батьки не розуміють, як правильно допомагати, прогрес може залишитися тільки в межах заняття. Якщо розуміють – він переходить у дім.

### *Інструкція для фахівця щодо проведення програми*

Перед початком занять фахівець проводить первинне оцінювання дитини. Необхідно з'ясувати, які дії є найбільш проблемними в реальному житті: прийом їжі, одягання, користування предметами, сидіння за столом, навчальні дії, гра, взаємодія з іншими дітьми. Оцінювання не повинно обмежуватися загальним описом діагнозу. Потрібно побачити саму дію: як дитина починає її, де втрачає контроль, коли потребує допомоги, як реагує на підказку, скільки часу може залишатися включеною.

Після первинного оцінювання фахівець разом із батьками визначає 2–4 основні цілі. Цілі мають бути конкретними. Не варто формулювати їх як «покращити дрібну моторику» або «розвинути самостійність». Коректніше писати: «дитина зможе самостійно утримувати ложку протягом більшої частини прийому їжі», «дитина зможе притримувати аркуш допоміжною рукою під час малювання», «дитина зможе частково брати участь в одяганні верхнього одягу», «дитина зможе 10 хвилин виконувати настільне завдання з мінімальною підказкою».

Під час заняття фахівець дотримується стабільної структури. Спочатку організовується положення дитини: перевіряється опора для стоп, положення таза, тулуба, рук, відстань до столу, доступність предметів. Далі подається коротке завдання, яке дитина може зрозуміти. Після цього відбувається виконання дії з потрібним рівнем допомоги. Наприкінці заняття фіксується, що вдалося, де була найбільша трудність і яке коротке домашнє завдання отримують батьки.

Фахівець має уникати надмірного виправлення кожного руху. Якщо дитина виконує дію неідеально, але функціонально прийнятно, це вже може бути позитивним результатом. Надто часті зауваження знижують мотивацію. Особливо в дітей із ЦП, які часто мають досвід невдач і звикли, що дорослі постійно коригують їхні рухи. Краще дати одну чітку підказку, ніж п'ять дрібних коментарів.

### *Орієнтовна структура одного заняття*

<b>Частина заняття</b>	<b>Тривалість</b>	<b>Зміст</b>	<b>Методичні вказівки</b>
Організаційно-підготовча частина	5 хв	Привітання, налаштування дитини, вибір пози, підготовка робочого місця	Не починати завдання, поки дитина не має стабільного положення

Постурально-сенсомоторна підготовка	5–7 хв	Легкі вправи на стабілізацію тулуба, активацію рук, орієнтацію в просторі	Вправи короткі, без перевтоми, пов'язані з майбутньою дією
Основна діяльнісна частина	20–25 хв	Виконання 1–2 функціональних завдань: прийом їжі, одягання, предметна дія, навчально-ігрове завдання	Завдання розкладається на прості кроки, допомога поступово зменшується
Закріплення навички	5–7 хв	Повторення найбільш успішної дії в трохи змінених умовах	Важливо перевірити, чи дитина може перенести дію в іншу ситуацію
Підсумок і домашнє завдання	3–5 хв	Коротке обговорення з дитиною і батьками, пояснення домашньої вправи	Домашнє завдання має бути простим і включеним у побут

### *Змістові блоки програми*

<b>Блок програми</b>	<b>Мета блоку</b>	<b>Приклади завдань</b>	<b>Критерії успішності</b>
Постуральна стабільність	Забезпечити положення тіла, у якому дитина може ефективніше діяти руками	Сидіння з опорою для стоп, утримання положення за столом, перенесення ваги тіла, стабілізація тулуба під час роботи руками	Дитина довше зберігає положення, менше спирається на дорослого, краще завершує завдання
Мануальна активність	Покращити захват, утримання, перенесення, відпускання предметів	Перекладання предметів, робота з ложкою, картками, кубиками, прищипками, олівцем, м'якими й твердими предметами	Менше невдалих спроб, кращий контроль предмета, активніше використання обох рук
Бімануальна координація	Навчити дитину використовувати дві руки в одній дії	Однією рукою притримати аркуш, іншою малювати; тримати контейнер і складати предмети; застібати липучки	Допоміжна рука включається в дію, дитина менше втрачає предмет

Самообслуговування	Підвищити участь у побутових діях	Тримати ложку, підносити чашку, знімати або натягувати елемент одягу, витирати руки, складати особисті речі	Зменшується фізична допомога дорослого, дитина виконує більше етапів самостійно
Навчально-ігрова активність	Розвинути участь у завданнях, близьких до шкільного середовища	Малювання, сортування карток, складання простих конструкцій, робота з олівцем, настільна гра	Дитина довше включена в завдання, краще дотримується послідовності
Адаптація середовища	Зменшити зовнішні бар'єри виконання дій	Зміна висоти стола, положення предметів, використання неслизької поверхні, адаптованої ручки, товстішого олівця	Дія стає доступнішою, дитина менше втомлюється
Робота з батьками	Забезпечити перенесення навичок у домашнє життя	Демонстрація способів допомоги, навчання коротким підказкам, домашні мікрозавдання	Батьки менше виконують дію замість дитини, частіше дають їй можливість спробувати

### *Інструкція для батьків*

Батькам пояснюється, що головне завдання домашньої частини програми – не змусити дитину виконувати вправи, а дати їй більше можливостей діяти у звичайних ситуаціях. Не потрібно проводити довгі заняття вдома. Достатньо кількох коротких моментів протягом дня, у яких дитина може зробити щось сама або майже сама.

Під час виконання домашніх завдань батькам рекомендовано дотримуватися правила поступової допомоги. Спочатку треба дати дитині час. Якщо вона не починає дію, використовується словесна підказка. Якщо цього недостатньо – жест або показ. Лише після цього можна надати часткову фізичну допомогу. Повністю виконувати дію замість дитини бажано тільки тоді, коли завдання справді недоступне або дитина втомлена.

Інструкції мають бути короткими. Замість довгого пояснення краще сказати: «Візьми ложку», «Постав руку тут», «Тримай аркуш», «Почекай», «Спробуй ще раз». Дитина з ЦП часто витрачає багато ресурсу на контроль тіла, тому надлишок мовлення може ускладнювати дію.

Батькам також слід звертати увагу на положення тіла дитини. Якщо стопи не мають опори, тулуб нестабільний, а предмет лежить занадто далеко, дитина швидше втомлюється і частіше потребує допомоги. Іноді просте переміщення предмета ближче до дитини або використання стійкішого сидіння дає кращий результат, ніж багаторазове повторення тієї самої дії.

### *Приклади домашніх завдань для батьків*

<b>Сфера</b>	<b>Завдання</b>	<b>Тривалість</b>	<b>Як допомагати</b>
Прийом їжі	Дати дитині самостійно тримати ложку перші 3–5 хвилин	3–5 хв	Спочатку словесна підказка, потім легка допомога за кисть
Одягання	Запропонувати дитині самій протягнути руку в рукав або зняти шапку	2–3 хв	Не поспішати, дати час на спробу
Гігієна	Дитина сама бере рушник і витирає руки частково самостійно	2 хв	Показати рух, але не виконувати всю дію замість дитини
Навчальна дія	Притримати аркуш однією рукою, іншою провести лінію	5 хв	За потреби стабілізувати лікоть або кисть
Гра	Скласти 5–7 предметів у коробку або контейнер	5 хв	Предмети розмістити в доступній зоні
Організація речей	Покласти олівець, серветку або іграшку на визначене місце	2–4 хв	Використати коротку інструкцію й похвалити за участь

### *Адаптація програми залежно від ступеня тяжкості ЦП*

Для дітей із легким ступенем ЦП основний акцент робиться на точності, швидкості, самостійності та витривалості виконання дій. Завдання можуть бути складнішими за структурою: дитина не лише бере предмет, а й використовує його в послідовності дій; не просто сидить за столом, а виконує навчальне завдання протягом певного часу; не просто бере участь у грі, а дотримується її правил.

Для дітей із середнім ступенем ЦП провідним є поєднання тренування дії з адаптацією середовища. Саме ця група часто демонструє найпомітніший прогрес, якщо завдання правильно організоване. Фахівець має уважно добирати положення тіла, розмір предмета, кількість кроків у завданні та рівень допомоги. Надмірно складне завдання швидко викликає відмову, а надто просте не дає розвитку.

Для дітей із тяжким ступенем ЦП мета програми полягає не в повній самостійності, а в розширенні участі. У цій групі значущим результатом може бути активне включення руки в дію, утримання предмета кілька секунд довше, ініціація руху, зменшення пасивності, краще прийняття пози, стабільніша взаємодія з дорослим. Тут особливо важливо не занижувати очікування, але й не вимагати того, що не відповідає реальним можливостям дитини.

### *Критерії оцінювання ефективності програми*

Ефективність програми оцінюється до початку та після завершення 8-тижневого циклу. Основними критеріями є динаміка функціональної активності, мануальної ефективності, постуральної стабільності, рівня самообслуговування, потреби в допомозі дорослого, а також зміна показників COPM.

Критерій	Інструмент оцінювання	Що саме фіксується
Великі моторні функції	GMFCS	Рівень мобільності, потреба в допоміжних засобах, межі рухової самостійності
Мануальні можливості	MACS	Як дитина використовує руки для маніпуляції предметами в повсякденній діяльності
Значущі проблеми діяльності	COPM	Результативність і задоволеність дитини/родини у важливих видах діяльності
Самообслуговування	Спостереження, опитування батьків	Частка дій, які дитина виконує самостійно або частково самостійно
Постуральна стабільність	Структуроване спостереження	Здатність утримувати положення під час виконання дії
Потреба в допомозі	Опитування батьків, спостереження	Обсяг фізичної допомоги, словесної підказки, адаптацій
Перенесення навички	Батьківське опитування	Чи проявляється результат поза заняттям, у домашньому середовищі

### *Методичні умови ефективного впровадження програми*

Програма буде ефективною лише за умови індивідуалізації. Однакова вправа для всіх дітей із ЦП не має достатнього методичного сенсу, бо діти можуть мати різні поєднання порушень: у когось провідною є нестабільність тулуба, у когось – труднощі захвату, у когось – швидка втомлюваність, у когось – низька ініціатива через постійний досвід допомоги дорослих. Тому фахівець повинен не просто проводити заняття за планом, а постійно аналізувати, що саме заважає дитині виконати дію.

Другою умовою є регулярність. Заняття тричі на тиждень дають основний терапевтичний вплив, але короткі домашні повторення забезпечують перенесення навички в побут. Якщо дитина виконує дію лише в кабінеті, результат залишається обмеженим. Якщо та сама дія повторюється вдома в природній ситуації, вона набуває практичного значення.

Третьою умовою є контроль втомлюваності. У дітей із ЦП якість виконання дії часто різко знижується після перевантаження. Тому заняття має містити паузи, зміну активності, короткі завдання та чітке завершення. Не можна оцінювати дитину як «невмотивовану», якщо насправді вона втомилася або втратила постуральний контроль.

Четвертою умовою є позитивний емоційний фон. Дитина повинна відчувати не постійне виправлення, а можливість успіху. Навіть невеликий результат потрібно фіксувати: «Ти сам утримав», «Ти почав дію», «Ти зробив довше, ніж минулого разу». Для дитини з ЦП це має велике значення, бо впевненість у дії часто формується повільніше, ніж сама моторна навичка.

### *Очікувані результати програми*

Після завершення програми очікується підвищення рівня самостійності дитини в окремих діях самообслуговування, покращення мануальної активності, стабільності пози під час завдань, зменшення потреби у фізичній допомозі дорослого та зростання

задоволеності батьків функціональними можливостями дитини. Найбільш реалістичним результатом є не повне усунення труднощів, а помітне розширення участі дитини в повсякденному житті.

Програма може вважатися результативною, якщо після її завершення дитина виконує більше етапів дії самостійно або з меншою допомогою, довше залишається включеною в завдання, краще використовує руки в предметній діяльності, менше залежить від фізичного втручання дорослого, а батьки відзначають позитивні зміни в домашніх умовах. Саме такий результат є найбільш відповідним ерготерапевтичній логіці: не просто покращити окремий рух, а зробити життя дитини трохи більш самостійним, організованим і доступним.

## ДОДАТОК Б

ЗАТВЕРДЖУЮ

Директор КНТ «Нікопольський  
медичний спеціалізований центр  
медико-соціальної реабілітації дітей»  
ДОР  
Ірина ХМЕЛЄВСЬКА  
« 28 » 05 2026 р.



## АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Пропонується** впровадження програми ерготерапевтичного супроводу дітей із церебральним паралічем, спрямованої на розвиток функціональної самостійності, мануальної активності, постуральної стабільності та навичок самообслуговування.
2. **Установа, що запропонувала впровадження:** КНТ «Нікопольський медичний спеціалізований центр медико-соціальної реабілітації дітей» ДОР
3. **Джерело інформації:** Поночовна О.Г. «Ерготерапевтичний супровід дітей із церебральним паралічем»: кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістра за спеціальністю 227 «Терапія та реабілітація», спеціалізація 227.02 Ерготерапія. Дніпровський державний медичний університет, Дніпро, 2026.
4. **Місце впровадження:** : КНТ «Нікопольський медичний спеціалізований центр медико-соціальної реабілітації дітей» ДОР
5. **Строки впровадження:** з 15.12.2025 по 07.04.2026.
6. **Загальна кількість спостережень:** 20 дітей віком 7–12 років із церебральним паралічем.
7. **Ефективність впровадження:** впровадження програми ерготерапевтичного супроводу сприяло покращенню функціональної активності дітей із церебральним паралічем, підвищенню рівня самостійності у виконанні навичок самообслуговування, розвитку мануальної активності та постуральної стабільності, а також зменшенню залежності від допомоги дорослих у повсякденній діяльності.
8. **Зауваження, пропозиції:** немає.
9. **Відповідальний за впровадження:**

Лікар фізичної та реабілітаційної медицини  
Хмелєвська І. В.

« 28 » 05 2026р.

