

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ І СПОРТУ  
УКРАЇНИ

ФАКУЛЬТЕТ ЗДОРОВ'Я, ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ТА ТУРИЗМУ  
КАФЕДРА ТЕРАПІЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ

### **КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

на здобуття освітнього ступеня магістра  
за спеціальністю: 227 – Фізична терапія, ерготерапія,  
освітньою програмою «Ерготерапія»

на тему: **«РОЛЬ ЕРГОТЕРАПЕВТА У ПЛОТНОМУ НАВЧАЛЬНОМУ  
ПРОЄКТІ ПІДТРИМАНОВОГО ПРОЖИВАННЯ “ТРЕНУВАЛЬНА  
КВАРТИРА” ДЛЯ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ»**

Здобувач вищої освіти  
другого (магістерського) рівня  
Лебець Наталя Валеріївна

Науковий керівник: Шевчук Ю.В.  
Рецензент: Андрєєва О.В.  
д.фіз.вих. проф.

Рекомендовано до захисту на засіданні  
кафедри (протокол № 18 від 04.04. 2024 р.)  
Завідувач кафедри: Лазарева О.Б.  
д.фіз.вих. проф.

---

## ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ.....	4
ВСТУП.....	5
<b>РОЗДІЛ 1 АНАЛІЗ ТА СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ</b>	
<b>ПІДТРИМАНОГО ПРОЖИВАННЯ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ.....</b>	
1.1 Інвалідність в Україні та світі. Визначення, термінологія, моделі.....	8
1.2 Виникнення та становлення послуги підтриманого проживання.....	12
1.3 Історія розвитку послуги підтриманого проживання в Україні.....	17
Висновки до розділу 1 .....	24
<b>РОЗДІЛ 2 МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕНЬ.....</b>	
2.1 Методи дослідження.....	26
2.1.1 Аналіз науково-методичної та спеціалізованої літератури.....	26
2.1.2 Ерготерапевтична модель РЕО.....	27
2.1.3 Соціологічні методи - Анкетування.....	30
2.1.4 Педагогічні методи - Бесіда, Спостереження.....	31
2.1.5 Клініко-інструментальні методи.....	32
2.1.5.1 Шкала Montreal Cognitive Assessment (MoCA).....	32
2.1.5.2 Індекс повсякденної активності (шкала Бартел).....	33
2.1.5.3 Шкала Лаутона або Шкала вимірювання інструментальної щоденної діяльності.....	33
2.1.5.4 Шкала Оцінки Компетентності Пацієнта (PCRS).....	34
2.1.6 Методи математичної статистики.....	35
2.2 Організація дослідження .....	36
<b>РОЗДІЛ 3 ПРОВЕДЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ</b>	
<b>ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.....</b>	
3.1 Підготовчий етап до відкриття проєкта.....	42
3.2 Старт проєкта «Тренувальна квартира».....	49
3.3 Етап збору даних.....	50
3.4 Етап втручання.....	61

3.5 Етап спостереження.....	69
ВИСНОВКИ .....	77
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	79
ДОДАТКИ.....	88

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ІПС – індивідуальна програма супроводу

МКФ – Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я

НППП - навчальний проєкт підтриманого проживання

ОКП - Оцінка Компетентності Пацієнта

СПС - соціально-побутовий супровід

ADL – активність повсякденного життя

iADL – інструментальна активність повсякденного життя

MoCa – Монреальська шкала когнітивних функцій

PEO – Person-Environment-Occupation (Людина-Середовище-Рід занять)

SMART – система постановки цілей, які мають бути конкретними (Specific), вимірними (Measurable), досяжними (Achievable), реалістичними (Realistic) та обмеженими у часі (Timebound)

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Сучасне суспільство стикається з рядом соціальних викликів, серед яких особливе місце займає питання інтеграції та соціальної адаптації в громаду молодих осіб з інвалідністю.

Особи з інвалідністю, які стали повнолітніми, часто не можуть жити самостійно і потребують постійного догляду або супроводу від своїх батьків, опікунів або інших осіб, які забезпечували їх догляд у дитинстві. Після смерті батьків найчастіше залишаються нездатні до самостійного життя у суспільстві дорослі люди з інвалідністю, які змушені перебувати в інтернатних установах.

Інституційна система догляду за людьми з інвалідністю залишилася в Україні ще з радянських часів. Психоневрологічні інтернати зазвичай мають велику кількість мешканців, які живуть в повній залежності від персоналу, не отримуючи індивідуального догляду. Ці люди відокремлені від суспільства, живуть за розкладом інтернату, не маючи можливості вибору та врахування власних бажань.

Специфічні особливості фізичного, психічного чи соціального розвитку осіб з інвалідністю, які стали повнолітніми, вимагають комплексного та індивідуалізованого підходу до забезпечення їх активної участі у громадському житті.

В цьому контексті ерготерапія, що базується на принципах активної участі та функціональної реабілітації, набуває особливого значення.

Одним із ефективних методів соціальної абілітації є організація тренувальних квартир, що є новаторською системою навчання та взаємодії молодих людей з інвалідністю та їхніми супроводжуваними групами. Головною метою таких навчальних проєктів є формування навичок самостійного проживання та активна участь у різноманітних соціально-побутових процесах.

Проживання молоді з інвалідністю під супроводом організовується для тих осіб, хто потребує підтримки у щоденних побутових справах для подальшого автономного життя вдома з перспективою активного включення до суспільства.

Виходячи з вищесказаного розробка та впровадження алгоритму застосування ерготерапевтичних методів і засобів стають вкрай актуальними для підвищення якості життя цієї категорії осіб. Такий підхід дозволяє сприяти їхній соціальній та побутовій адаптації, наближаючи їх умови проживання до стандартів звичайного домашнього середовища.

**Об'єкт дослідження** - соціально-побутова адаптація молодих осіб з інвалідністю.

**Предмет дослідження** – ефективність впливу ерготерапевтичних методів та засобів на процес соціально-побутової адаптації молодих осіб з інвалідністю.

**Мета дослідження** - теоретично обґрунтувати та розробити алгоритм застосування ерготерапевтичних методів та заходів у процесі соціально-побутової адаптації молодих осіб з інвалідністю на період їх перебування у тренувальній квартирі.

**Завдання дослідження:**

1. Проаналізувати наявні наукові, методичні та спеціальні джерела літератури щодо питання підтриманого проживання людей з інвалідністю в українських реаліях.

2. Теоретично обґрунтувати і розробити алгоритм застосування ерготерапевтичних методів та заходів для соціально-побутової адаптації осіб із інвалідністю в умовах тренувальної квартири.

3. Оцінити ефективність впливу застосування алгоритму (програми) методів та заходів ерготерапії на зміни якості життя осіб з інвалідністю за період їх перебування в тренувальній квартирі.

**Теоретична значущість роботи** полягає у вивченні індивідуальних потреб та можливостей осіб з інвалідністю та розробці з подальшим

впровадженням програми ерготерапевтичних втручань щодо соціально-побутової адаптації в умовах тренувальної квартири.

**Практична значущість роботи.** Результати дослідження можуть стати важливим внеском у практику роботи ерготерапевтів, спрямованим на забезпечення повноцінного життя та самореалізацію осіб з вродженою інвалідністю.

## РОЗДІЛ 1

### 1.1 Інвалідність в Україні та світі. Визначення, термінологія, моделі

Інвалідність - це поняття, яке визначає життя тисяч людей по всьому світу, включаючи і Україну. Однак, визначення, термінологія та моделі, пов'язані з інвалідністю, зазнали значних змін і еволюції протягом останніх десятиліть як в Україні, так і за її межами.

Станом на сьогодні в Україні окремо розглядаються визначення «дитина з інвалідністю» - це дитина зі стійким розладом функцій організму, спричиненим захворюванням, травмою або вродженими вадами розумового чи фізичного розвитку, що зумовлюють обмеження її нормальної життєдіяльності та необхідність додаткової соціальної допомоги і захисту [1] та «особа з інвалідністю» - особа зі стійким розладом функцій організму, що при взаємодії із зовнішнім середовищем може призводити до обмеження її життєдіяльності, внаслідок чого держава зобов'язана створити умови для реалізації нею прав нарівні з іншими громадянами та забезпечити її соціальний захист. [2]

Згідно Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю, до таких належать особи зі стійкими фізичними, психічними, інтелектуальними або сенсорними порушеннями, які при взаємодії з різними бар'єрами можуть заважати їхній повній та ефективній участі в житті суспільства нарівні з іншими. [3]

Дані визначення відображають моделі інвалідності, що панують у суспільстві, та, відповідно, сприйняття людей з інвалідністю та ставлення до них. Так, в українському суспільстві доволі розповсюдженою є медична модель інвалідності, що пояснює інвалідність як проблему здоров'я чи такий стан особи, що можна лікувати за допомогою медицини. Звідси інвалідність визначається як медичний стан, вада чи хвороба, а особа з інвалідністю розглядається як пацієнт, людина, що потребує, насамперед, лікування або

іншого медичного втручання, звідси головною метою та способом життя є лікування людини, доведення її стану та вигляду до середньостатистичного, такого, що прийнято вважати «нормою». Людина з інвалідністю за такого підходу може викликати лише жаль або страх та є фактично ізольованою від суспільного життя. Її існування проходить у колі найближчого оточення, а лікарі та інші фахівці виступають найбільш компетентними та впливовими у вирішенні проблем цієї групи населення.

Також в Україні та світі поширеними є такі моделі, як:

- Моральна або релігійна. За такої моделі вважається, що інвалідність є покаранням за гріх або провину особи або когось із родини, що треба спокутувати. Через це людина з інвалідністю може приховуватись від оточуючих, ізолюватись та не допускатись до участі у суспільному житті іншими членами родини. У деяких випадках інвалідність може розглядатись як випробування для отримання духовних винагород у перспективі через страждання;

- Благодійна модель або модель «трагедії». В рамках даної моделі люди з інвалідністю сприймаються як жертви обставин, об'єкти благодійності через жалість та співчуття; вважається, що вони потребують догляду, не можуть вести самостійну діяльність та вирішувати будь-які питання; потребують співчуття та допомоги для виживання. Відтак, благодійні організації часто збирають для них кошти, спрямовуючи їх на разову допомогу, але не створюють можливостей для самореалізації та включення людей з інвалідністю у суспільство. Прихований підтекст такої моделі полягає у визначенні людини з інвалідністю як «не нормальної», а, виходячи з цього, небажаної;

- Реабілітаційна модель інвалідності. Інвалідність розглядається як недолік, вада, що потребує виправлення за допомоги фахівців з реабілітації – фізичної, медичної або психологічної, – чи іншої допоміжної професії. Супроводжується стигматизацією та сегрегацією, позбавленням або

обмеженням прав людей з інвалідністю, однак, сучасна система професійної реабілітації розроблена відповідно саме до цієї моделі;

- Економічна модель. Передбачає розподіл коштів між різними категоріями населення. Інвалідність визначається, насамперед, як непрацездатність; вводяться обмеження на види роботи та сфери зайнятості людей з інвалідністю;

- Культурна модель. За цією моделлю інвалідність можна розглядати як «унікальне культурне явище». Обговорення в рамках культурної моделі інвалідності спрямоване на розуміння того, як соціальна ідентичність об'єднує людей; як культура та творчість осіб з інвалідністю допомагають їм створити позитивний імідж в суспільстві; прихильники цієї концепції закликають людей з інвалідністю пишатися своєю відмінністю;

- Британська модель інвалідності. Її основною метою є деінституціоналізація – зменшення або повне усунення спеціалізованих закладів інтернатного типу для людей з інвалідністю. Прихильники цієї моделі спрямовують зусилля на розвиток різних способів обслуговування та підтримки людей з інвалідністю безпосередньо за місцем проживання;

- Модель HANDICAP. Побудована на ствердженні про те, що людиною з інвалідністю може вважатись або відчувати себе кожна людина, коли вона стикається з перешкодами або обмеженнями, що ускладнюють її здатність до нормального функціонування, та змушують потрапити в не вигідне соціальне положення. У кінці 1980-х років Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) було затверджено концепцію "Handicap" і використано її як основу під час формування "міжнародної класифікації порушень, обмежень життєдіяльності та соціальної недостатності".

- Соціальна модель інвалідності. Інвалідність розглядається як сукупність перешкод у ставленні, поведінці, просторі тощо, які перешкоджають включенню людей з інвалідністю у життя суспільства. Вважається, що люди з інвалідністю є меншиною, реалізації прав яких перешкоджають існуючі бар'єри, створені більшістю, що викликає соціальну

дискримінацію. Дана модель вважає «інвалідність» нормальним аспектом життя, а не відхиленням, та робить акцент на тому, що людина з інвалідністю знаходиться у несприятливому положенні через існуючі бар'єри: середовищні, соціальні, культурні, економічні тощо. Саме через них виникає дискримінація, пониження гідності та виключення з суспільного життя;

- Соціально-правова модель. Відповідно до неї, інвалідність є одним з варіантів людського різноманіття. Найважливішим є забезпечення вільної реалізації людьми з інвалідністю своїх прав. [4,5,6,7,8,9]

У багатьох країнах світу застосовується біологічно-психологічно-соціальний підхід до визначення інвалідності. Так, ним послуговується Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я [10]; він є синтезом медичної та соціальної моделей інвалідності. Цей підхід сприяє уніфікації різних підходів до розуміння інвалідності, від біологічного та індивідуального до соціального. Відтак, сучасне розуміння інвалідності представлено як динамічну взаємодію між станом здоров'я, факторами навколишнього середовища та особистісними характеристиками, а не як простий наслідок захворювання. Водночас, здоров'я розглядається як результат динамічної взаємодії між біологічними, психологічними та соціальними процесами, що є закріпленим в Статуті Всесвітньої організації охорони здоров'я від 1948 року, де зазначено, що здоров'я – це стан повного фізичного, душевного та соціального благополуччя, а не тільки відсутності захворювань та недугів. [11]

Відповідно до еволюціонування моделей та ставлення суспільства до людей з інвалідністю, змінювалась і самоідентифікація людей з інвалідністю, ставлення до власного діагнозу та позиціонування себе у суспільстві. Так, наразі одним з найважливіших принципів є принцип «Нічого про нас без нас» (Nothing about us without us), який поширює ідею про те, що жодне рішення, яке має вплив на осіб з інвалідністю, не може бути прийняте без безпосередньої участі самих осіб з інвалідністю. Відтак, потреби людей з інвалідністю повинні враховуватись від старту розробки програм та стратегій,

та вирішуватись разом з потребами інших членів суспільства, а не розглядатись виключно в рамках спеціалізованих програм. На даному принципі базується підхід, що має назву «Мейнстрімінг інвалідності», що враховує інтереси, надає рівні можливості та сприяє включенню до всіх сфер життєдіяльності людей з інвалідністю; цей підхід у 2007 році було включено до Плану дій для держав-членів ООН. [6,7,12,13]

Також на сьогоднішній день велика увага приділяється дефініціям та недискримінаційному іменуванню. Так, у світовій практиці прийнято у будь-якому контексті вживати підхід «спершу особа» (person first language), та вказувати, що людина «має», а не якою вона «є»; не вживати дискримінаційні означення; не застосовувати зменшувальні і пестливі слова та фрази щодо осіб з інвалідністю та їхніх близьких у публічній комунікації; правильно називати асистивні технології, які використовують особи з інвалідністю тощо. [3,14]

## **1.2 Виникнення та становлення послуги підтриманого проживання**

Найбільших змін ставлення до людей з інвалідністю, зокрема, ментальною, зазнало у ХХ сторіччі. До того людей з інвалідністю здебільшого остерігались, дистанціювались та не знали, як з ними поводитись. Відтак, такі люди були стереотипізованими, ізольованими від суспільства, зазнавали жорстокого поводження, вважались «неповноцінними» та «небезпечними». [5,15]

У ХХ столітті ставлення до людей з ментальною інвалідністю почало суттєво змінюватися. З'явилися нові наукові знання про природу психічних захворювань та виникнення ментальної інвалідності, однак, утримання таких людей у закритих установах було чи не єдиним способом догляду за ними. Адже протягом тривалого часу вважалося, що такі люди є агресивно налаштованими та схильними до протиправних дій; їх сприймали як «генетичну загрозу» для суспільства. Також для них виділялись певні кошти з боку держави, оскільки, через відсутність відповідних робочих місць, такі

люди не могли працювати та забезпечувати себе. Відтак, для догляду за ними було необхідне фінансування, що становило певну статтю витрат для економіки. [5,16,17]

Трохи згодом (1920-1960 роки) стигматизація людей з ментальною інвалідністю дещо зменшилась, їх почали сприймати як таких, що потребують лікування та допомоги. Це покращило ставлення суспільства до таких людей, але вони все ще не сприймалися як особистості, лише як «об'єкти з патологіями». Їхні психологічні та соціальні потреби здебільшого ігнорувались, вони сприймалися як «великі діти», що потребують постійного нагляду та лікування, а, відтак, перебування у спеціалізованих закладах. [15,17,18] Дані умови спричиняли соціальну ізоляцію та емоційну депривацію людей з інвалідністю, що, в свою чергу, призводило до їхньої соціально-психологічної дезадаптації. [5,17,19]

Відтак, на початку 1960-х років спеціалістами зі Швеції та Данії, що здійснювали догляд за людьми з ментальною інвалідністю, було створено «концепцію нормалізації», детально описану шведським дослідником Бенгтом Нір'є у 1969 році. Дана концепція базувалась на переконанні про те, що люди з будь-якими формами інвалідності повинні мати такі умови життя, що є максимально наближеними до загальноприйнятих або співпадають з ними [19,21], натомість їх перебування у закладах закритого типу є вкрай небажаним. Так, було зазначено, що люди з інвалідністю, незалежно від ступеню важкості, мають право на повагу та самовизначення, загальноприйняті норми житлових умов та форм статевого життя, реалізацію економічних прав тощо. [19,22] Головною метою впровадження даної концепції було створення таких умов життя, що враховують індивідуальні потреби людей з інвалідністю, але є максимально наближеними до типових для даного суспільства, а також уникнення виникнення стереотипів та стигматизації, що виникають за перебування людини у закладах закритого типу. [15,16,17,19,23]

Неабияку роль відіграв громадський рух «Незалежного життя», що розпочався у Північній Америці та поширився усім світом. Його засновник, Е. Робертс, що сам мав важку форму інвалідності, стверджував, що всі люди є членами суспільства та мають жити в ньому. Він наголошував на можливості самостійного життя людей з інвалідністю, їх здатності до вибору умов свого життя та спроможності звернення по допомогу, якщо для цього будуть створені відповідні умови. Також зазначалось, що саме люди з інвалідністю найкраще знаються на своїх потребах та можуть керувати своїм життям: самостійно приймати рішення, нести відповідальність за їх наслідки, обирати послуги, послуговуватись засобами зменшення залежності від сторонньої допомоги. [24,25]

Відтак, постало питання соціальної інтеграції людей з ментальною інвалідністю, що передбачало їх включення до всіх соціальних систем та структур, участь у діяльності суспільства та самореалізацію як особистості. [26] Саме цим мали керуватись спеціалісти всіх закладів, де жили, навчались або працювали люди з інвалідністю. [27,28]

Також нагальним залишалось питання індивідуальної інтеграції, пов'язане із ускладненням взаємодії психофізіологічних процесів у людей з ментальною інвалідністю внаслідок порушення когнітивних функцій та обробки інформації. [23,29]

Тож робота з людьми з інвалідністю повинна була спрямовуватись на:

- Підтримку фізіологічних функцій;
  - Формування повсякденних навичок самообслуговування;
  - Набуття знань про себе та навколишній світ;
  - Професійне навчання та залучення до трудової діяльності;
  - Особистісний та емоційний розвиток;
  - Побудова соціальних зв'язків та взаємодії, включення до соціального оточення, формування соціальної ідентичності.
- [23,28,29,30,31,32]

За результатами досліджень, проведених у країнах Північної Європи, було з'ясовано, що життя у власному помешканні, або перебування у маленьких групах в умовах, наближених до сімейних, має позитивний вплив на фізичний, емоційний та психічний стан людей з ментальною інвалідністю. [19,21]

Виходячи з цього, на початку 1970-х років виникла послуга підтриманого проживання, у рамках якої люди з інвалідністю отримували супровід та підтримку, живучи в умовах, наближених до загальноприйнятих у суспільстві. Перше житло підтриманого проживання для людей з ментальною інвалідністю було відкрито у США, штат Массачусетс, у 1971 році. [22] Того ж року у Франції Жаном Ваньє було організовано рух «Віра і Світло», спрямований на розвиток самостійності людей з ментальною інвалідністю та їх інтеграції до суспільства. [33]

У 1980-х роках послуга підтриманого проживання почала поширюватися іншими країнами світу, в тому числі в Європі. У 1984 році в Німеччині було створено перше житло підтриманого проживання для людей з ментальною інвалідністю. У 1986 році в Швеції було прийнято закон, який зобов'язував органи місцевого самоврядування створювати житло підтриманого проживання для людей з інвалідністю. Розвитку даної послуги сприяло формування соціальної моделі розуміння інвалідності, в рамках якої інвалідність розглядалась як суспільна проблема, а не особиста, відтак, у суспільствах шукали шляхи усунення соціальних бар'єрів та дискримінації. [9,21,34]

У 1990-х роках послуга підтриманого проживання стала однією з основних моделей догляду за людьми з інвалідністю в багатьох країнах. [35]

Прийняття Конвенції ООН про права людей з інвалідністю у 2006 році спричинило розвиток сприйняття інвалідності в рамках правового підходу, згідно якого люди з інвалідністю мали рівні права з іншими членами суспільства, зокрема, можливість брати участь у розбудові соціальної системи. Також дана Конвенція наголошувала на необхідності усунення стигматизації

та маргіналізації людей з інвалідністю; ліквідації бар'єрів до реалізації прав (цивільних, соціальних, політичних, культурних, економічних тощо); сприянні наданню послуг, що пов'язані з інвалідністю. [3,36,37] Окремо було зазначено право людей з інвалідністю на самостійне життя у громаді. Це право включало у себе: вибір місця та способу життя; персональну допомогу; доступність до послуг та об'єктів громадського користування. [38]

Відтак, на сьогоднішній день у більшості країн світу існують ті чи інші форми підтриманого проживання, метою яких є інтеграція людей з інвалідністю у суспільство, їх соціально-побутова адаптація: набуття практичних навичок самообслуговування; покращення навичок комунікації, розвиток соціальних якостей та підготовка до самостійного проживання. [26,39] Найбільш розповсюдженими формами є:

- Терапевтичні спільноти, де люди з інвалідністю разом проживають та працюють (у майстернях, пекарнях, сільськогосподарських підприємствах тощо);

- Проживання з підтримкою спеціалістів (соціальні працівники, лікарі, психологи тощо) у окремих приміщеннях будинків або житлових комплексів для людей з порушеннями інтелектуальної сфери;

- Проживання з родичами або в окремих будинках за індивідуально створеним планом за участі соціальних працівників (допомога у вирішенні побутових задач, контроль за станом, залучення до групової діяльності тощо). [16,40,41,42]

Ключовими є потреби людей з інвалідністю та задоволення цих потреб; забезпечення активної участі людей з інвалідністю у громаді; великого значення мають права людей з ментальними порушеннями, принциповим є не поняття «якості послуг», а поняття «якості життя». [42,43]

Саме тому на всіх етапах впровадження даної послуги необхідною є безпосередня участь ерготерапевта, оскільки його діяльність спрямована на покращення якості життя клієнтів та надання можливості реалізувати свій потенціал шляхом розвитку їхньої самостійності та незалежності. Адже

ерготерапія - це професія, спрямована на підтримку клієнта у зміцненні здоров'я та благополуччя через практичну та цілеспрямовану діяльність. Її основна мета - допомогти людям брати участь у повсякденному житті, включаючи самообслуговування, роботу та відпочинок. Робота ерготерапевтів відбувається з індивідами та спільнотами, щоб збільшити їх здатність займатися справами, які їм важливі або необхідні, в тому числі шляхом зміни роду занять або середовища для підтримки їхньої діяльності. [44]

Ерготерапія використовує підхід "до цілої людини", щоб підтримати як психічне, так і фізичне здоров'я та благополуччя людини, сприяючи оптимізації її функцій і реалізації її потенціалу. Це реалізується через практичну підтримку у збільшенні незалежності, спрощенні доступу до виконання професійної діяльності, покращенні можливостей подолання бар'єрів, що перешкоджають виконанню необхідних активностей та зосередженні на діяльності повсякденного життя (ADL). Спеціалісти з ерготерапії наголошують, що участь може бути або підтримана, або обмежена фізичними, емоційними або когнітивними здібностями, а також характеристиками професії, правовими, соціальними та культурними факторами. Відтак, ерготерапевтична практика спрямована на створення обґрунтованих можливостей для зміни аспектів своєї особистості, середовища, повсякденних занять та професійної діяльності. [45]

### **1.3 Історія розвитку послуги підтриманого проживання в Україні**

В Україні послуга підтриманого проживання почала розвиватися в 1990-х роках. У 1994 році було прийнято Закон України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні», який запровадив право людей з інвалідністю на послуги підтриманого проживання. [2]

По тому було розпочато реалізацію програми розвитку послуг підтриманого проживання. У рамках цієї програми в різних формах було створено ряд житлових будинків підтриманого проживання для людей з

інвалідністю. Так, станом кінець 2023 року у реєстрі надавачів та отримувачів соціальних послуг було зазначено, що послугу підтриманого проживання надають 227 закладів, з яких 73 – комунальні установи. [46]

З 1 січня 2020 року набув чинності новий закон «Про соціальні послуги», що визначав основні організаційні та правові засади надання соціальних послуг, зокрема, послуги підтриманого проживання, та визначав її як одну з основних форм соціальних послуг. [47] Відтак, дана послуга з'явилась на законодавчому рівні, оскільки до того держава забезпечувала проживання дорослих людей з ментальними порушеннями розвитку виключно у геріатричних пансіонатах та психоневрологічних інтернатах. Підтримане проживання організовувалось благодійними організаціями, в тому числі міжнародними. Станом на зараз така послуга існує та має свої стандарти, проте механізми її впровадження ще потребують вдосконалення. Так, послуга має наступні підвиди:

1. Підтримане проживання осіб похилого віку та осіб з інвалідністю: надається постійно або тимчасово за місцем проживання отримувача або в приміщенні надавача послуги, заключається у медичному патронажі, допомозі з питань ведення домашнього господарства (прибирання, приготування їжі, купівля продуктів та медикаментів), організації взаємодії з необхідними службами тощо;

2. Підтримане проживання бездомних осіб: надається постійно або тимчасово в приміщенні надавача послуги, заключається у забезпеченні проживання, навчанні, представництві інтересів, організації взаємодії з необхідними службами тощо;

3. Транзитне підтримане проживання або учбова квартира/будинок: надається короткостроково для випускників інтернатних закладів та осіб з інтелектуальними, психічними та поведінковими порушеннями в приміщенні надавача послуги, заключається у тимчасовому перебуванні таких осіб в умовах, що є наближеними до домашніх з метою розвитку необхідних навичок і вмінь для самостійного життя, а також надання допомоги в розв'язанні

соціальних проблем та надання соціальної підтримки, яка відповідає здатності людини до функціонування і сприяє особистій відповідальності за власне життя. [47,48,49,50,51,52]

Послуга підтриманого проживання щодалі стає все більш актуальною, адже станом на 01 січня 2020 року в Україні встановлену інвалідність мало 2,7 млн осіб, у тому числі 222,3 тис. осіб з I групою інвалідності, 900,8 тис. осіб з II групою інвалідності, 1416,0 тис. осіб з III групою інвалідності та 163,9 тис. дітей з інвалідністю. [53] 22 Вересня 2023 року у Мінсоцполітики повідомили про те, що в Україні налічується 3 млн людей з інвалідністю. [54] З урахуванням збільшення кількості людей з інвалідністю, нагальним залишається питання їх інтеграції у соціум, а також шляхом набуття та розвитку навичок самостійності. Відтак, попит на дану послугу зростає, спектр послуг, що надаються у її рамках, розширюється, а увага до їх якості посилюється. [55]

Перші будинки підтриманого проживання на території України з'явилися на Заході країни – їх у 2010 році відкрили БО Дім Самостійного Життя та ВГО Коаліція. [56,57] На сьогоднішній день у Львові за підтримки спільноти «Емаус» при Українському католицькому університеті діє будинок підтриманого проживання для дорослих з психічними порушеннями, ще один – для чоловіків – заснувала львівська спільнота отців-оріоністів. Також послуги підтриманого проживання надаються міжнародною організацією «Лярш-Ковчег», що діє більше, ніж у 40 країнах світу, організацією «Родина Кольпінга» та деякими монастирями. У березні 2023 було відкрито будинок підтриманого проживання, заснований ГО «Майстерня Мрії» за підтримки програми Mental Health for Ukraine. [58,59] Львівський реабілітаційний центр «Джерело» у 2020 році також розпочав облаштування будинку підтриманого проживання для дорослих з інвалідністю, які втратили батьків або опікунів, але наразі дію проєкту призупинено через нестачу фінансування. [60]

Дана послуга здебільшого надається людям з інвалідністю старше 18 років, що мають інтелектуальні порушення та перебувають у спеціалізованих

зкладах інтернатного типу. Зазвичай команда, що працює у будинках підтриманого проживання, складається з:

- координатора (відповідає за організацію побуту, складання графіків, розподіл обов'язків між асистентами, ведення матеріально-технічної бази тощо);

- ментора (відповідає за підбір спеціалістів, їх психологічне благополуччя та комфортні умови роботи, формування та підтримання світогляду команди; розробляє та адаптує підходи до роботи, шукає рішення для найбільш оптимального функціонування студентів);

- асистентів (супроводжують студентів, асистують у проведенні активностей, виконанні обов'язків та рутин, беруть участь у приготуванні їжі, організовують дозвілля тощо). [61]

За необхідності залучаються профільні фахівці, такі як психолог, психіатр, поведінковий терапевт, ерготерапевт, дієтолог, юрист тощо. [62]

Послуга підтриманого проживання надається не тільки на Заході України. Так, у Вінницькому центрі комплексної реабілітації «Поділля» працює школа самостійного проживання для людей з психічними та інтелектуальними порушеннями на базі спеціально створеної транзитної квартири, проєкт реалізується за підтримки Програми розвитку ООН, а також урядів Німеччини та Південної Кореї. [63,64]

У Києві та Київській області завдяки організації Mental Health for Ukraine, благодійним та громадським організаціям, таким, як фонд Карітас, також надаються подібні послуги у форматі транзитних квартир, центрів денного догляду та однієї тренувальної квартири.

Тренувальна квартира у 2023 році була відкрита громадською організацією «Бачити серцем». Це організація, що надає підтримку родинам, що виховують дітей з порушеннями розвитку, сприяє наданню їм комплексної фізичної, соціально-педагогічної, психологічної, правової, побутової допомоги; сприяє інтеграції людей з інвалідністю у суспільство, їх

дестигматизації, створенню у суспільстві атмосфери поваги та толерантності, а також працевлаштуванню молодих людей з інвалідністю.

Тренувальна квартира є втіленням послуги навчального підтриманого проживання. Це квартира, де молоді люди з інвалідністю можуть проживати протягом декількох (4-6) місяців, навчаючись основним навичкам самостійного життя за допомоги асистентів. Це альтернативна форма проживання та навчання для людей з інвалідністю, покликана допомогти їм освоїти побутові навички та стати більш самостійними.

У такій квартирі молоді люди (у проєкті - «студенти») під супроводом асистентів навчаються планувати бюджет і робити покупки, готувати їжу, прибирати квартиру, доглядати свої речі і спілкуватися з навколишнім світом та між собою. Програми навчання та цілі студентів проєкту є адаптивними та індивідуальними для кожного учасника на основі його потреб та можливостей. Важливим аспектом проєкту є також робота з батьками студентів, що включає в себе їхню підтримку, навчання та консультації для подальшого створення підтримуючого середовища вдома після завершення навчання.

Мета тренувальної квартири – допомогти молодим людям з інвалідністю розвинути та закріпити необхідні вміння для самостійного життя у повсякденній обстановці. Такий формат дозволяє формувати та зміцнювати життєві, соціальні та комунікативні навички на практиці, що сприяє соціальній інтеграції та нормалізації їхнього життя.

Ключовими відмінностями проєкту «Тренувальна квартира» ГО «Бачити серцем» від послуг у форматі підтриманого проживання є:

- індивідуальний підхід до студентів з урахуванням їх особистісних якостей та особливостей, зумовлених наявними нозологіями;
- участь у освітніх програмах (в рамках організації);
- наявність цілей (короткострокових та довгострокових), що стосуються оволодіння певними вміннями та навичками;
- зосередженість на соціалізації студентів та розвитку їх комунікативних навичок, а не тільки побутових компетенцій;

- встановлення строків для оволодіння новими навичками або покращення вже існуючих до рівня, що є оптимальним для студента;
- включеність психологів на всіх рівнях (індивідуальна та групова робота зі студентами; робота з батьками; залучення до аналізу подій на проєкті та подальшого планування; робота з командою, що працює в проєкті: консультування, психоедукація, проведення супервізій та інтервізій);
- робота з батьками: підтримка, навчання, інформування, надання характеристик та рекомендацій щодо подальшої організації життя та розвитку набутих під час проєкту навичок людиною з інвалідністю.

Підготовка до проєкту тривала декілька місяців, до неї були залучена мультидисциплінарна команда: адміністрація організації, майбутній координатор проєкту, психологи, асистенти соціально-побутового супроводу, методист освітніх програм та ерготерапевт. Оскільки метою даного проєкту є допомога людям з інвалідністю у досягненні максимальної незалежності та продуктивності у повсякденному житті, саме ерготерапевт виступає сполучною ланкою між різними фахівцями команди та посідає чільну роль у проєкті. [65]

Основні функції ерготерапевта у рамках даного проєкту:

- Оцінка потреб та рівня можливостей учасників проєкту у повсякденному житті;
- Розробка індивідуального плану супроводу, що враховує рівень можливостей учасників та їх оточення у повсякденному житті;
- Адаптація умов перебування та діяльності учасників для сприяння досягнення цілей навчального проєкту;
- Забезпечення активної діяльності та участі людей з інвалідністю у всіх активностях;
- Співпраця з іншими фахівцями для забезпечення комплексного підходу, проведення навчання та тренінгів;
- Забезпечення поступовості та етапності роботи проєкту.

На сьогодні навчальний проєкт підтриманого проживання «Тренувальна квартира» від ГО «Бачити серцем» є єдиним в м. Києві, де ерготерапевт залучений на всіх етапах діяльності та працює на постійній основі.

## Висновки до розділу 1

Історико-концептуальний аналіз ставлення до людей з інвалідністю, зокрема, ментальною, виявив зміну їх положення у суспільстві – від предметного сприйняття людей з інвалідністю як таких, що є неповноцінними, не приносять користі, становлять загрозу та потребують витрат, до суб'єктного, що фокусується на особистості людини з інвалідністю та дотриманні її прав, зокрема, на самостійне життя. З цього процесу витікала зміна підходів у трактуванні поняття інвалідності, моделі її розуміння, зміна пріоритетів та фокусування уваги: психофізіологічний стан та наявні порушення, фактори оточуючого середовища, правові засади життя людини в соціумі. Було з'ясовано, що інвалідність варто розглядати не як особисту проблему, а з точки зору функціонування людини з інвалідністю в соціумі та взаємодії із суспільством. Для забезпечення цього необхідним є усунення бар'єрів та соціальної ізоляції, а відтак, сприяння інтеграції людини з інвалідністю у суспільство, включення її до усіх соціальних систем та структур. Адже у протилежному випадку виникають такі явища, як соціально-психологічна дезадаптація таких людей, а також стереотипізація та стигматизація з боку суспільства.

Виходячи з того, що одним із ключових факторів функціонування людини як соціальної одиниці є її самостійність, понад 40 років тому виникла послуга підтриманого проживання, в рамках якої люди з інвалідністю отримують супровід та підтримку, живучи в умовах, наближених до загальноприйнятих у суспільстві. Головною метою даної послуги є інтеграція людей з інвалідністю у суспільство, їх соціально-побутова адаптація: набуття практичних навичок самообслуговування; покращення навичок комунікації, розвиток соціальних якостей та підготовка до самостійного проживання. На всіх етапах впровадження даної послуги необхідною є безпосередня участь ерготерапевта, оскільки його діяльність спрямована на покращення якості життя клієнтів та надання можливості реалізувати свій потенціал шляхом

розвитку їхньої самостійності та незалежності, підвищення здатності працювати за обраною професією, розширення можливостей для подолання бар'єрів, а також зміну аспектів своєї особистості, середовища, повсякденних занять та професійної діяльності.

Підтримане проживання може бути реалізовано у різних формах та форматах, одним з яких є формат «Тренувальної квартири», що передбачає короткострокове (4-6 місяців) перебування людини з інвалідністю у проєкті, що був розроблений під керівництвом ерготерапевта. Даний проєкт втілюється за участі мультидисциплінарної команди, що включає адміністрацію організації, координатора проєкту, психологів та асистентів, а також безпосередньої участі ерготерапевта, що виступає сполучною ланкою між усіма членами команди та особисто працює з учасниками проєкту; бере участь в аналізі проведеної роботи, плануванні та втіленні подальшої роботи, оцінюючи та враховуючи індивідуальні потреби студентів, адаптуючи умови їх перебування та діяльності для досягнення навчальних цілей, забезпечуючи поступовість та етапність усіх процесів.

## РОЗДІЛ 2

### МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕНЬ

#### 2.1 Методи дослідження

Для розв'язання поставлених завдань та реалізації мети дослідження було використано наступні наукові методи:

- Аналіз науково-методичної та спеціалізованої літератури
  - Ерготерапевтична модель РЕО
  - Соціологічні методи - анкетування
  - Педагогічні методи – бесіда, спостереження
  - Клінічно-інструментальні методи:
- ✓ Монреальська шкала оцінки когнітивних функцій (MoCA),
  - ✓ Шкала Бартел (Bartel Index)
  - ✓ Шкала Лоутона (The Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale)
  - ✓ Оцінка Компетентності Пацієнта (ОКП)
- Методи математичної статистики (Single-case Studies)

##### 2.1.1 Аналіз науково-методичної та спеціалізованої літератури

Було проведено аналіз 93 зарубіжних та вітчизняних науково-методичних джерел, що спеціалізуються на вивченні культурно-історичного та сучасного ставлення до людей з інвалідністю, зокрема, ментальною;

адаптації, соціалізації та набуття навичок людьми з інвалідністю; виникнення та становлення послуги підтриманого проживання.

Також було досліджено літературу, присвячену вивченню особливостей роботи з людьми, що мають інвалідність, зокрема, навчання таких людей та ефективної комунікації з ними. Крім того, було проаналізовано законодавчу базу України стосовно питань коректної термінології, роботи з людьми з інвалідністю, впровадження послуги підтриманого проживання.

Результатом вивчення літератури стало сформоване розуміння досліджуваної теми, узагальнено дані та зроблено висновки. Також аналіз доступних наукових та методичних джерел літератури виявив значні прогалини у висвітленні питання підтриманого проживання для осіб з інвалідністю в Україні, зокрема, питання роботи тренувальних квартир для молоді з інвалідністю.

### **2.1.2 Ерготерапевтична модель РЕО**

РЕО (Person-Environment-Occupation) вперше була описана в США в 1996 році. Це модель ерготерапії, яка відображає «професійну ефективність» людини як результат взаємодії та взаємозалежності в трьох сферах, визначених як компетентність. Вибір, організація та задовільне виконання бажаних, значущих та культурно визначених видів діяльності відповідно до віку, потреб, цінностей та інтересів особи. Таким чином, професійна діяльність є динамічним досвідом особи, яка виконує певну діяльність у контексті конкретного середовища. [66,67,68]

Діапазон аспектів особистості описує різні ролі і характеристики людини (Person), такі як: концепція "Я", культурне походження, особистість, стан здоров'я, пізнавальні можливості, фізична працездатність та сенсорні якості. Середовище (Environment) включає фізичні, культурні, інституційні, соціальні та соціально-економічні аспекти. Заняття (Occupation) об'єднує різні групи завдань та діяльностей, які виконує людина (включаючи

самообслуговування, самовираження, виконання окремих дій, та безпосереднє виконання діяльності). Ці три сфери взаємозалежні та взаємовпливають одна на одну (Рис 2.1).

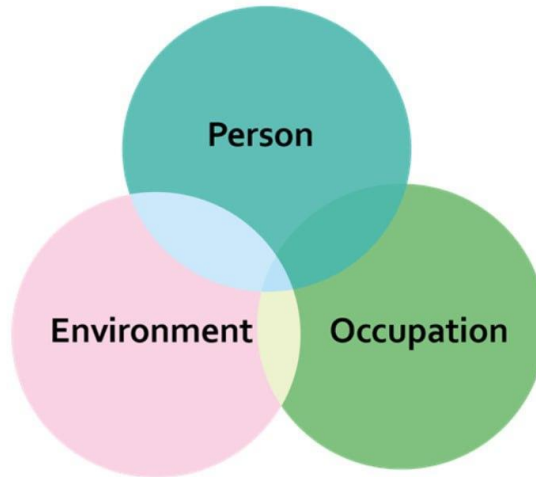


Рисунок 2.1 - Сфери перекриття моделі РЕО

Людина (Person) представляє собою унікальне існування, що виконує різні ролі і його неможливо відокремити від впливу контексту. Атрибути, навички, знання та досвід вводять особу в контекст. Ролі відрізняються за важливістю в залежності від середовища та стадії розвитку людини. Увага при аналізі спрямована на поведінку людини, таку як: мотивація, умови, які впливають на емоційні реакції та ступінь автономії.

Середовище (Environment) визначається як контекст, в якому відбувається професійна діяльність, і розглядається з культурного, соціально-економічного, інституційного, фізичного та соціального погляду. Навколишнє середовище розглядається через призму унікального погляду особи, домогосподарства, сусідства та/або громади.

Заняття (Occupation) розглядаються як самостійно спрямовані значущі завдання та заходи, що відбуваються протягом усього життя. Модель визначає області занять, такі як: самообслуговування, продуктивність та відпочинок. Заняття виконуються для задоволення внутрішніх потреб у самозбереженні,

самовираженні та задоволеності. Важливо враховувати часові аспекти, що включають професійні звички людини.

При аналізі занять основна увага приділяється їх характеристикам, структурі, тривалості, складності та вимогам. Основні припущення моделі включають динамічність особистості та її взаємодію з середовищем, унікальність кожного середовища для кожного заняття, можливість впливу середовища на заняттєве виконання як позитивно, так і негативно, зміну поведінки особи за зміни середовища, легкість зміни середовища порівняно з особою, та формування певної ролі особи через заняття, що складаються з окремих завдань та дій.

У моделі РЕО область перекриття трьох доменів динамічно визначає заняттєве виконання людини та відображає рівень взаємодії між людиною, оточенням та професією (Рис. 2.2).

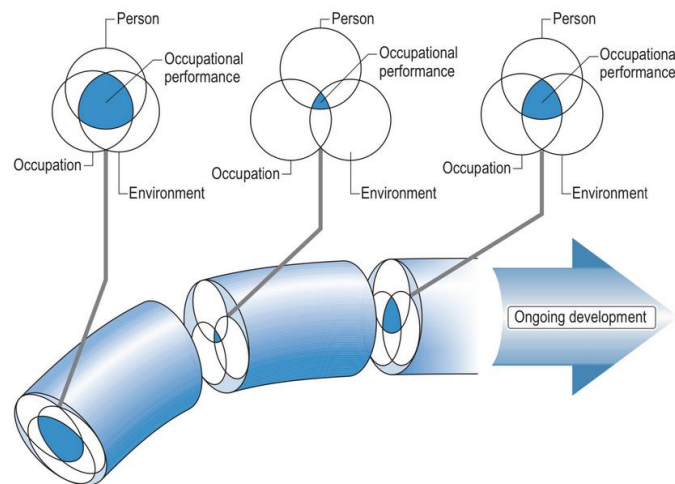


Рисунок 2.2 - Рівень взаємодії між трьома сферами моделі РЕО

Крім того, модель РЕО враховує тривалість життя людини, тому всі три сфери та продуктивність роботи змінюються з часом. Ерготерапевти використовують цю модель для системного підходу до аналізу проблем професійної продуктивності, беручи до уваги функції та досвід людини. Таким чином, цю модель можна розглядати як інструмент оцінки для розуміння та аналізу проблемних сфер, що впливають на продуктивність кар'єри, або як

інструмент втручання для покращення продуктивності кар'єри шляхом підвищення актуальності трьох областей. [66,67,68]

У нашій роботі модель РЕО використовувалася з метою визначення основних сфер життєдіяльності студентів, які потребують індивідуального ерготерапевтичного втручання.

### 2.1.3 Соціологічні методи

**Анкетування** - один із способів письмового опитування значної кількості респондентів у відповідності з анкетною чи опитувальним листом. [69] Це метод збору соціальної інформації, що широко застосовується в соціальній психології, соціології, педагогіці та в інших напрямках. Анкетування дає можливість за порівняно короткий час опитати значну кількість людей, що особливо важливо при оперативному вивченні громадської думки (наприклад, при висуненні керівних працівників, атестації кадрів, вивченні причин плинності і т. д.). Основним інструментом є анкета (опитувальний лист), тобто список спеціальних і певним чином згрупованих питань. По змісту і формі питань анкети класифікуються на: відкриті (питання задаються у відкритій формі), закриті (передбачені жорсткі варіанти відповідей) і комбіновані. По способу проведення анкетування поділяють на: пряме (в присутності автора) і заочне.[70]

У даному дослідженні було використано онлайн-анкетування батьків студентів. Анкетування проводилося на початку запуску проєкта «Тренувальна квартира» з метою заочного ознайомлення зі студентами з точки зору їх батьків. (див. Додаток В) По завершенні роботи проєкта батькам студентів була надіслана анкета моніторингу зміни погляду батьків на можливості їх дорослих дітей у соціально-побутовому напрямку та комунікації.

#### 2.1.4 Педагогічні методи

**Бесіда** - метод одержання інформації на основі вербальної (словесної) комунікації. Широко використовується в різних сферах роботи з персоналом, будучи найбільш поширеним способом вивчення працівника (при прийомі на роботу, зачисленні в резерв, перед атестаціями, як міра впливу на порушників дисципліни тощо).[70] Це розмова двох або більше осіб з метою отримання певної інформації та / або пошуку вирішення важливих питань.

Бесіда між двома людьми, які намагаються (один або обидва) досягти певної мети, називається індивідуальною розмовою. Вона заохочує партнерів співпрацювати так, щоб обидві сторони отримали користь і сприяє розвитку теплих стосунків між особами.

На початку і протягом дослідження метою бесіди було встановлення контакту з клієнтами – студентами та батьками, оцінка їх емоційного та/або фізичного стану та збір інформації, яка може бути використана для розуміння їх здатності брати участь у певній діяльності.

**Спостереження** наукове - це процес, який полягає в точному і об'єктивному спостереженні та реєстрації інформації про характерні ознаки досліджуваних предметів, об'єктів, явищ чи подій. Це може бути здійснено візуально або за допомогою спеціального технічного обладнання.

Залежно від позиції спостерігача, виділяють такі типи спостережень: включене, коли спостерігач є учасником або спостерігачем-учасником процесу, та невключене, коли спостерігач діє ззовні і не впливає на процес. За формалізацією спостережень виділяють неконтрольовані, коли дослідник користується лише принциповим планом, та контрольовані, коли дослідник реєструє події згідно з детально розробленою процедурою. За організацією спостережень виділяють лабораторні, які проводяться в штучно створених умовах, та польові, які проводяться в реальних умовах. За регулярністю проведення виділяють систематичні, які проводяться регулярно протягом

певного часу, та несистематичні, які проводяться нерегулярно, зокрема у випадках незапланованих явищ або неочікуваних ситуацій.[71,72]

У нашому дослідженні в залежності від різних випадків і ситуацій з клієнтами - студентами, протягом 5-ти місяців їх безпосереднього перебування у проєкті, використовувалися систематичні включені неконтрольовані та контрольовані польові та лабораторні спостереження.

## **2.1.5 Клініко-інструментальні методи**

**2.1.5.1 Шкала Montreal Cognitive Assessment (MoCA)** - це інструмент для оцінки когнітивних функцій для пацієнтів з діагностованими легкими когнітивними порушеннями, або з підозрою на легкі когнітивні порушення. Шкала MoCA (див. Додаток А) складається з різноманітних завдань, які націлені на перевірку можливостей пацієнта у таких сферах, як: увага, концентрація, пам'ять, мова, розуміння на слух, відтворення за зразком та інші когнітивні функції. (Див. Додаток А) Шкалу MoCA можна використовувати для оцінки когнітивного статусу до і після процесу терапевтичного втручання, а також для моніторингу прогресу з часом, оцінки рівня когнітивних функцій у пацієнтів, які мають різні неврологічні та психічні порушення. Це широко відомий та часто використовуваний терапевтами тест. [73,74,75]

Процес проходження тесту MoCA відбувається шляхом виконання пацієнтами наведених завдань, таких як: відтворення малюнка за зразком, розрізнення різних картинок, повторення послідовності слів або виконання завдань на увагу та концентрацію. Кожне завдання оцінюється балами, і загальний бал відображає загальний когнітивний статус пацієнта. Максимальна оцінка в балах за проходження тесту становить 30, при цьому оцінка нижче 26 балів вказує на легке когнітивне порушення, а оцінка нижче 20 вказує на серйозне когнітивне порушення. [76,77,78]

Результати тесту можуть бути використані для планування індивідуалізованого ерготерапевтичного втручання та адаптації

ерготерапевтичних інструментів з подальшим моніторингом процесу змін когнітивних функцій пацієнта. [79]

**2.1.5.2 Індекс повсякденної активності (шкала Бартел)** - вимірювальна шкала, за допомогою якої визначається щоденний рівень активності пацієнта, щоб виявити його потреби в догляді. Шкала дозволяє оцінити наступні дії, такі як: прийом їжі, купання, одягання, особиста гігієна, контроль кишківника та сечового міхура, здатність пересуватися рівною поверхнею, переміщення (з ліжка на стілець і навпаки), а також підйом по сходах. Терапевт має оцінити те, що пацієнт насправді робить, а не те, що він може зробити. Скринінг можливостей проводиться шляхом спостереження та опитування пацієнтів та їхніх родичів (за необхідності).

Оцінка здійснюється за сумарним балом кожного пункту. Максимальний бал «100». Оцінка «45-50» - повна залежність від зовнішньої підтримки, «50-75» - часткова залежність, «75-100» - незначна залежність, мінімальні обмеження в самостійній діяльності. [80]

У нашій роботі було використано адаптований варіант Шкали Бартел, який було надано у Додатку 1 Державного Стандарту підтриманого проживання у табл. 2 під назвою «Шкала оцінки можливості виконання елементарних дій» (див. Додаток Д). [51]

**2.1.5.3 Шкала Лоутона або Шкала вимірювання інструментальної щоденної діяльності** ( The Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale) — оцінює порушення пацієнтом виконання повсякденних завдань, таких як: користування телефоном, покупки, приготування їжі, робота по дому, прання, користування транспортом, прийом ліків і здійснення фінансових операцій. Кожна область отримує оцінку 1 або 0, що призводить до загальної оцінки 8 (0 (слабо функціонуючий, залежний), 8 (високофункціональний, незалежний)). Шкала може бути використана у формі бесіди чи анкети, заповнювати її можуть як пацієнти, так і родичі та опікуни. [81,82]

У магістерській роботі було використано адаптований варіант Шкали Лоутона, який було надано у Додатку 1 Державного Стандарту підтриманого проживання у табл. 3 під назвою «Шкала оцінки можливості виконання складних дій» (див. Додаток Д). [51]

Загально активності щоденної діяльності та інструментальної щоденної діяльності представлені на рисунку 2.3.



Рисунок 2.3 - Активності щоденного життя та інструментальні активності щоденного життя

**2.1.5.4 Шкала Оцінки Компетентності Пацієнта (ОКП)** була розроблена в 1980-х роках доктором філософії Джорджем Прігатано з метою оцінки самосвідомості пацієнтів після черепно-мозкової травми. (Див. Додаток Б) ОКП — це інструмент для самооцінки пацієнта (здатність оцінювати свої сильні та слабкі сторони), який складається з 30 пунктів. Існує кілька підходів до кількісного вимірювання самооцінки пацієнта після ЧМТ в клінічних умовах. Найпоширенішим з них є підхід опитувальника, за якого

пацієнт і інформант (родич, терапевт, асистент), який знайомий з реальними можливостями пацієнта, оцінюють пацієнта, використовуючи однакові пункти та критерії оцінки. Розбіжності між оцінками, особливо коли пацієнт дає вищі або більш сприятливі оцінки, ніж інший інформант, інтерпретуються як порушення самосвідомості. За кожний пункт виставляються оцінки за 5-бальною шкалою Лайкерта від «1 – не можу зробити» до «5 – можу зробити з легкістю», щоб оцінити ступінь труднощів пацієнта у різноманітних завданнях і функціях. Усвідомлення дефіциту також може бути досліджено окремо для різних сфер, які відібрані за пунктами ОКП. До них належать: повсякденна діяльність, поведінкові та емоційні функції, когнітивні здібності та фізичні функції (див. Додаток Б). [83,93]

Для нашого дослідження шкалу ОКП було переведено у гугл-форму і запропоновано заповнити студентам особисто; потім його заповнили асистенти на кожного студента. Результати опитувальника було проаналізовано ерготерапевтом.

### **2.1.6 Методи математичної статистики**

У нашій науковій роботі ми використали дослідження окремих випадків (single-case studies) як основну форму орієнтованого на конкретні випадки дослідження. Наші зусилля були спрямовані на розуміння кожного випадку, який був включений у дослідження, як окремої сутності, яка піддається інтерпретації. [84]

Основна мета окремого дослідження полягає в моніторингу та постійному контролі терапевтичної роботи, а також в доведенні цілісності процесу абілітації та його ефективності. [85]

Дослідження окремих випадків можуть бути життєздатною альтернативою великим групам досліджень, таким як рандомізовані клінічні дослідження. Вони включають повторні заходи, маніпуляції та незалежні змінні. Ці дослідження можуть бути спроектовані таким чином, щоб мати

міцну внутрішню валідність для оцінки причинно-наслідкових зв'язків між втручаннями та результатами, а також зовнішню валідність для узагальнення результатів, особливо коли проєкти дослідження включають реплікацію, рандомізацію та декількох учасників. [85]

Дослідження окремих випадків можуть бути особливо корисними експериментальними конструкціями в тих ситуаціях, коли ресурси дослідників обмежені. Також такі дослідження можна проводити в установах та з популяцією, яка не передбачає великої кількості учасників. [86,87]

У дослідженнях окремих випадків кожен учасник виступає в якості свого власного контрольного елемента. Таким чином враховується безліч заплутаних факторів, які можуть вплинути на результати реабілітаційних досліджень, таких як стать, вік, соціально-економічний рівень, рівень освіти, домашнє середовище та паралельні втручання. [88]

Також у нашому дослідженні ми використовували дескриптивний аналіз (описовий характер даних), візуальний та статистичний аналізи. Для аналізу статистичних даних ми використовували програму Microsoft Office Excel.

## **2.2 Організація дослідження**

Дослідження проводилося на базі приміщення ГО «Бачити Серцем» (м. Київ), яке було призначене/орендоване для реалізації пілотного заїзда навчального проєкта підтриманого проживання (НППП) «Тренувальна квартира». Приміщення являє собою 4-ри кімнатну квартиру (120 м. кв.) на першому поверсі багатоквартирного будинку у одному з районів столиці. Це єдиний проєкт в м. Київ, приміщення для реалізації якого знаходиться у «звичайному жилу будинку», а не у спеціально відведеній споруді надання соціальних послуг (типу реабілітаційного центру).

За умовами НППП, у квартирі 5 будніх днів цілодобово проживали 4-ри молоді особи з інвалідністю: 2 чоловіка (23 і 32 років) і 2 жінки (26 і 40 років). У проєкті молоді особи з інвалідністю називалися «студенти».

Для забезпечення комфортного перебування студентів протягом реалізації НППП «Тренувальна квартира» з молодими особами працювала команда спеціалістів: очільниця ГО «Бачити Серцем» (1), методист освітніх програм (1), координатор проєкта (1), ерготерапевт (1), асистенти соціально-побутового супроводу (СПС) студентів (4), психолог (1), адміністратор (1).

Слід зазначити, що у НППП «Тренувальна квартира» ерготерапевт виконував дві основні ролі – як менеджер проєкта на старті (безпосередня участь у запуску, шляхом написання організаційної та технічної документації) та в подальшому - як ментор групи асистентів соціально-побутового супроводу. Ерготерапевтом, після проведення первинного оцінювання студентів і підбору доречних втручань для реалізації мети НППП, було створено і впроваджено навчальну програму. Також ерготерапевт регулярно особисто працював зі студентами та з асистентами у технічному напрямку надання їм відповідних інструкцій і консультацій протягом усього періоду реалізації НППП.

#### **Дослідження проводилося у 6 етапів.**

**1 етап (червень-липень 2023 р.)** – Вивчення, аналіз та синтез українських і світових наукових, методичних, спеціальних літературних джерел та законодавчих документів України, в керунку умов впровадження, менеджмента, досвіду та оцінювання ефективності реалізованих проєктів підтриманого проживання для дорослих з інвалідністю (ерготерапевт).

Підбір персоналу (4-х асистентів СПС) для щоденної роботи зі студентами (очільниця ГО «Бачити Серцем», координатор проєкта).

Навчання набраного персоналу (4 асистенти) умінням і навичкам супроводу дорослих з інвалідністю, згідно умов участі у НППП, протягом 6 тижнів (тренери: Анна Хворова - ГО «Родина», Раїса Кравченко - БТ «Джерела», Анна Іванічева - ГО «Майстерня Мрії» ті інші).

**2 етап (серпень-вересень 2023 р.)** - Формування мети та завдань дослідження. Визначення об'єкту та предмету дослідження магістерської роботи. Початок формування 1 Розділу кваліфікаційної роботи (ерготерапевт).

Оголошення набору студентів, які мають бажання стати мешканцями НППП «Тренувальна квартира» на термін 5 місяців (жовтень 2023 - лютий 2024) з числа осіб з інвалідністю, які навчаються на освітній програмі від ГО «Бачити Серцем» - «Майстерня ТАК» (вік 18+). Відбір 4-х повнолітніх осіб з інвалідністю для участі у НППП «Тренувальна квартира». Пошук (серпень 2023) і подальша оренда (з вересня 2023) приміщення для реалізації НППП «Тренувальна квартира».

Складання деталізованого опитувальника для батьків студентів – майбутніх мешканців НППП «Тренувальна квартира» (див. Додаток В). Підготовка організаційних та технічних документів і матеріалів для реалізації мети НППП, а саме: навчальної програми; розкладу занять для студентів на тиждень; правил поведінки для мешканців «Тренувальної квартири»; складання списків необхідних речей для студентів (для звичайної валізи і для «тривожної») (див. Додаток Г); списків необхідного обладнання для організації простору згідно мети НППП (продукти харчування, меблі, столове та кухонне обладнання, побутова хімія, декор, канцелярія, офісне обладнання тощо); формування графіків роботи та списків обов'язків для асистентів соціально-побутового супроводу; списку обов'язків студента, який чергує на кухні; формування шаблону меню харчування на тиждень для студентів (ерготерапевт з урахуванням пропозицій координатора проєкта, технічною допомогою адміністратора та асистента СПС).

Адаптація простору орендованої квартири для комфортного перебування студентів (дошки візуалізації, маркування меблів та дверей кімнат) (координатор проєкта, ерготерапевт, адміністратор).

Аналіз опитувальників, заповнених батьками студентів, попереднє визначення напрямку індивідуальних цільових втручань (ерготерапевт, координатор проєкта). Створення окремих чатів для батьків та для команди НППП «Тренувальна квартира» (координатор проєкта, адміністратор). Оголошення дати 1 заїзду студентам і батькам. Призначення та проведення індивідуальних онлайн-зустрічей команди НППП «Тренувальна квартира» зі

студентами і представниками їхніх родин (вся команда НППП «Тренувальна квартира», студенти, батьки студентів).

Заключна перевірка готовності до запуску НППП «Тренувальна квартира» (очільниця ГО «Бачити Серцем», координатор проєкта, ерготерапевт).

Закінчення формування та написання 1 Розділу магістерської роботи (ерготерапевт).

**3 етап (жовтень-листопад 2023 р.)** – Заселення групи студентів 1 заїзду, адаптація до нового місця проживання – квартири, знайомство студентів із розкладом, правилами та умовами простору. Взаємодія студентів у ADL та iADL з персоналом проєкта (студенти, асистенти СПС, ерготерапевт, психолог, координатор проєкта).

Спостереження за студентами, їх поведінкою, взаємодією, комунікацією та соціалізацією в нових для себе умовах, набуттям нових умінь та навичок з подальшою фіксацією головних моментів у робочому чаті – текстовий звіт, фото- та відеофіксація (асистенти СПС, ерготерапевт, координатор проєкта, психолог).

Проведення первинної оцінки рівнів компетентностей студентів по опитувальникам MoCA, Бартел, Лаутона та Оцінювання Компетентності Пацієнта (4 студенти та 2 асистенти СПС під супервізією ерготерапевта).

Аналіз та обробка отриманих показників по результатам анкетування студентів, заповнення моделі РЕО (ерготерапевт).

Проведення індивідуальних бесід зі студентами на предмет визначення їх бажань для подальшого формування цілей, які будуть досягатися протягом перебування у НППП. Формування довго- і короткострокових цілей для студентів (з урахуванням їх побажань та побажань батьків) на весь період першого заїзду за системою SMART (ерготерапевт, методист освітніх програм, координатор проєкта).

Формування послідовного плану індивідуальних ерготерапевтичних втручань – Індивідуальної програми супроводу (ІПС) та розробка візуальних

допоміжних інструментів, відповідно до визначених цілей студентів (ерготерапевт). Перевірка первинного рівня можливостей виконання активностей студентами за напрямками навчання НППП, які внесені в ІПС, та обраними цілями.

Призначення відповідальних асистентів СПС на кожну ланку/напрямок НППП (побутовий, кулінарія, самообслуговування, фінанси, комунікація/дозвілля) для супроводу та допомоги студентам у досягненні цілей, надання за запитом консультативної підтримки персоналу (ерготерапевт). Початок впровадження навчальної програми за затвердженим графіком (асистенти під супервізією ерготерапевта).

Формування графіку щотижневих звітних зустрічей команди персоналу НППП «Тренувальна квартира» для обговорення, аналізу, корекції поточних ситуацій та процесів (взаємодія та комунікація студентів між собою та з персоналом, навчання нових умінь та набуття нових навичок, дотримання режимних моментів, поведінка студентів в межах квартири та поза ними, взаємодія персоналу між собою тощо), які відбуваються наживо у реальному часі (ерготерапевт, координатор проєкта).

Складання анонімного опитувальника для персоналу, який працює у НППП «Тренувальна квартира» щодо задоволеності умовами праці (ерготерапевт з урахуванням пропозицій координатора проєкта). Проведення анонімного анкетування персоналу за допомогою сучасних діджитал-технологій (гугл-форма). Аналіз результатів опитування асистентів (очільниця ГО «Бачити Серцем», координатор проєкта, ерготерапевт). Проведення підтримуючої супервізії з персоналом НППП «Тренувальна квартира» по результатам анонімного анкетування (методист освітніх програм, координатор проєкта, ерготерапевт, асистенти СПС, адміністратор, психолог).

Початок формування 2 Розділу магістерської роботи (ерготерапевт).

**4 етап (грудень 2023-січень 2024 р.)** – Проведення регулярних щотижневих оцінювань студентів за шкалами Бартел та Лаутона (ерготерапевт та відповідальні асистенти СПС).

Продовження навчання студентів навичкам самостійності за затвердженою програмою НППП під супроводом асистентів СПС та під керівництвом ерготерапевта та координатора.

Організація та менеджмент підготовки до проведення новорічної вечірки для студентів НППП «Тренувальна квартира» (написання святкового меню «шведський стіл», сценарію свята, тексту для відео-запрошення гостей, списків продуктів та декору). Розподіл зон відповідальності за кожен етап сценарія новорічної вечірки між персоналом НППП (ерготерапевт з урахуванням згоди, ідей та пропозицій координатора проєкта, психолога, адміністратора та асистентів СПС, 4 студента). Участь у проведенні новорічної вечірки (студенти, гості, команда НППП «Тренувальна квартира»).

Закінчення формування та написання 2 Розділу магістерської роботи (ерготерапевт).

**5 етап (лютий-березень 2024 р.)** – Підведення підсумків роботи 1 заїзду НППП «Тренувальна квартира».

Проведення заключної оцінки рівнів компетентностей студентів по опитувальникам MoCA, Бартел, Лаутона та Оцінювання Компетентності Пацієнта (4 студенти та 2 асистенти під супервізією ерготерапевта). Перевірка отриманого рівня можливостей виконання активностей студентами за напрямками навчання НППП, які внесені в ІПС, та обраними цілями. Оформлення звітної програми індивідуального супроводу (ІПС) для кожного студента та характеристик (ерготерапевт, адміністратор, асистент СПС, психолог, методист освітніх програм, координатор).

Збори команди НППП «Тренувальна квартира» з метою аналізу та оцінки результатів впровадження та ефективності програми ерготерапії для осіб з інвалідністю в контексті соціально-побутової адаптації (ерготерапевт та члени команда НППП «Тренувальна квартира»).

Формування і написання 3 Розділу магістерської роботи. Написання тез за темою магістерської роботи (ерготерапевт).

Виступ на конкурсі наукових робіт НУФВСУ з доповіддю по темі магістерської роботи.

Написання тез за темою магістерської роботи для друку у збірнику наукових праць (див. Додаток Е).

**6 етап (квітень-травень 2024 р.)** - Завершення написання і оформлення магістерської роботи. Підготовка до захисту магістерської роботи на тему: «Роль ерготерапевта у навчальному проєкті підтриманого проживання "Тренувальна квартира" для осіб з інвалідністю».

## РОЗДІЛ 3

### ПРОВЕДЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

#### 3.1 Підготовчий етап до відкриття проєкту

Пілотний навчальний проєкт підтриманого проживання (НППП) «Тренувальна квартира» в м. Києві був створений керівництвом ГО «Бачити серцем» на запит батьків, які виховують молодих людей з інвалідністю (18+). Молоді люди з інвалідністю, які відвідують навчальні програми ГО «Бачити Серцем», проживають у родинах, не мають змоги працювати та рідко відвідують інші заклади підтримки (центри реабілітації). Але батьки мріють про майбутнє самостійне життя своєї дорослої дитини, а багато молодих людей хотіли б менше залежати від допомоги батьків.

Основною метою діяльності НППП "Тренувальна квартира" є навчання осіб з інвалідністю навичкам самостійного життя через засвоєння необхідних соціальних та побутових компетенцій; динамічний розвиток можливостей до самостійного задоволення базових життєвих потреб; адаптації до максимально автономного життя в соціумі.

Основними задачами НППП є наступні: проведення попередньої підготовки (матеріально-технічна база, документи, простір, персонал), навчання та закріплення набутих навичок самостійності для осіб з інвалідністю шляхом організації такої життєдіяльності, яка є максимально наближеною до звичайного життя людини та її взаємодії з навколишнім соціумом.

Перебування у тренувальній квартирі має задовольняти наступні фактори: безпека та захист осіб з інвалідністю; відповідність простору потребам та фізичним можливостям осіб з інвалідністю; розширення сфери спілкування і соціальних контактів осіб з інвалідністю; максимально можлива

самостійність осіб з інвалідністю і незалежність у способі взаємодії з навколишнім простором; комфорт та гідний рівень життя осіб з інвалідністю.

При організації НППП «Тренувальна квартира» ми дотримувалися наступних принципів: міждисциплінарний підхід: у проєкті задіяні фахівці різних професій – ерготерапевт, корекційний педагог, психолог та інші; командна робота (регулярне обговорення всіх організаційних і технічних питань та постійна взаємодія з батьками/опікунами); ставлення до молодшої людини з інвалідністю як суб'єкта самостійної діяльності, а не як до об'єкта обслуговування, тобто супровід та наставництво, пропорційні можливостям студента, - є основними елементами відносин на проєкті; навчання як обов'язкового компонента супроводу для підтримки та розвитку самостійності студентів у вирішенні повсякденних завдань; обсяг наданої допомоги має бути пропорційний реальній потребі в ній.

Для роботи з особами з інвалідністю у НППП «Тренувальна квартира» була запрошена мультидисциплінарна команда кваліфікованих фахівців: координатор, ерготерапевт, психолог, асистенти соціально-побутового супроводу, адміністратор (Табл. 3.1). По організаційній та консультативній складовій безпосередню брали участь Голова правління ГО «Бачити серцем» та методист освітніх програм.

Таблиця 3.1 - Посадові обов'язки членів мультидисциплінарної команди НППП «Тренувальна квартира»

Команда проєкту «Тренувальна квартира»		
1	Координатор	фахівець, який відповідає за злагоджену та організовану роботу всього колективу проєкта, аналізує та моніторить виконання посадових обов'язків ерготерапевта, кожного асистента соціально-побутового супроводу та психолога у щоденній взаємодії з молодими особами з інвалідністю (студентами) з метою обробки інформації та фіксації динаміки процесу навчання студентів. Надає консультації батькам студентів,

		проводить щотижневі звітні зустрічі для персоналу тренувальної квартири.
2	Ерготерапевт	фахівець з досвідом проведення терапевтичних втручань за напрямками соціально-побутового супроводу, комунікації та поведінки осіб з інвалідністю. Відповідає за якісний методичний та технічний супровід проєкта – написання технічної та звітної документації. Надає прямі консультації та поради асистентам соціально-побутового супроводу, які базуються на власній фаховій експертизі, передаючи свої знання та допомагаючи набувати нові навички.
3	Психолог	фахівець, що проводить індивідуальні та групові консультації студентам тренувальної квартири тривалістю до 1 години з регулярністю один раз на тиждень.
4	Асистент соціально-побутового супроводу	фахівець, що постійно знаходиться поруч із студентами у просторі тренувальної квартири, слідкує за станом здоров'я та самопочуттям осіб з інвалідністю, допомагає їм у виконанні активностей повсякденного життя (ADL, iADL), підтримує та розвиває навички соціальної взаємодії та комунікації, консультує у особистих питаннях та супроводжує на виїздах.
5	Адміністратор	фахівець, який виконує завдання в рамках НПП, отримані від координатора, ерготерапевта, психолога проєкту – роздруковує розклад дня для студентів, графіки роботи персоналу проєкту, меню, візуалізовані правила, інструкції та підказки для комфортного і зрозумілого перебування студентів у тренувальній квартирі.

У пілотному НППП «Тренувальна квартира» за методичну та технічну складову організації навчання студентів навичкам iADL та соціальній адаптації відповідав ерготерапевт.

Першим етапом безпосередньої роботи ерготерапевта у НППП «Тренувальна квартира» було створення методичної бази і технічної документації. При цьому враховувався наступний фактор - проживання студентів у тренувальній квартирі має бути організовано на умовах повного самообслуговування. Тобто, молоді люди з інвалідністю, наскільки можливо,

ведуть самостійний спосіб життя з урахуванням наявних у них здібностей та досвіду, самостійно підтримують порядок у житлових та нежитлових приміщеннях, готують їжу, слідкують за своєю гігієною та одягом, дотримуються правил і розкладу, відвідують програми онлайн-навчання тощо.

На першому етапі роботи у НППП ерготерапевтом був виконаний наступний обсяг завдань по підготовці до запуску проєкта (Табл. 3.2):

Таблиця 3.2 - Список технічної та матеріальної документації

1	Створення вступного опитувальника для батьків про студента, списку речей для студента, списку вмісту «тривожної валізки»
2	Створення розкладу щоденних занять для студентів на тиждень
3	Створення меню з варіантами на 5 днів
4	Створення правил перебування в тренувальній квартирі для студентів
5	Створення списку обов'язків для чергового студента
6	Створення графіка робочих змін для асистентів соціально-побутового супроводу
7	Створення списку обов'язків для асистентів соціально-побутового супроводу
8	Розподіл зон відповідальності для асистентів соціально-побутового супроводу
9	Облаштування та адаптація простору тренувальної квартири під можливості студентів та вимоги проєкта
10	Наповнення простору тренувальної квартири необхідним обладнанням, згідно вимог проєкта

Спираючись на Шкалу оцінки навичок незалежного проживання [51] та на основі результатів опитувальника батьків, врахувавши їх побажання та перспективно сильні активності повсякденної діяльності майбутніх учасників, були визначені основні навички для навчання самостійності студентів. Саме на цих навичках ерготерапевтом було сформовано навчальну програму НППП «Тренувальна квартира». У програмі навчання студентів опанування навичками самостійності було розділено на п'ять основних напрямків.

Основні напрямки здобуття навичок самостійності студентів у тренувальній квартирі представлені у таблиці 3.3:

Таблиця 3.3 - Основні напрямки здобуття навичок самостійності студентів у проєкті “Тренувальна квартира”

НАПРЯМКИ РОБОТИ ЗІ СТУДЕНТАМИ У ТРЕНУВАЛЬНІЙ КВАРТИРІ				
Побут	Кулінарія	Самообслуговування	Фінанси	Комунікація /дозвілля

Кожен напрямок містив у собі певну кількість активностей (видів діяльностей), які студенти у груповому форматі опановували під супроводом асистентів соціально-побутового супроводу.

Напрямок «Побут»:

Прибирання підлоги (підмітання, користування пилососом, миття підлоги)
Миття посуду
Прибирання поверхонь
Миття сантехніки
Застилання ліжка
Сортування та викидання сміття
Прання одягу у пральній машинці (повний цикл)
Догляд за одягом (складання, прасування, зашивання)

Напрямок «Кулінарія»

Планування прийому їжі та необхідних продуктів
Чищення та нарізання продуктів
Покрокове дотримання рецепту (кількість продуктів, їх обробка, послідовність додавання, дотримання часу приготування)
Користування дрібною кухонною технікою (міксер, блендер тощо)
Користування електрочайником, мікрохвильовкою

Користування духовкою, варочною поверхнею
Вміння організувати швидкий перекус
Вміння накривати на стіл та прибирати з нього

#### Напрямок «Самообслуговування»

Самостійне одягання-роздягання (спідня білизна, повсякденний одяг, верхній одяг, взуття)
Вміння застібати та розстібати гачки, гудзики, шнурки, ремінь, підтяжки, бюстгальтер тощо
Самостійне миття, вмивання, чищення зубів
Самостійне миття голови, зачісування, зав'язування волосся
Самостійне відвідування вбиральні
Використання засобів гігієни
Підготовка та відхід до сну
Самостійне вживання їжі

#### Напрямок «Фінанси»

Складання списку покупок та слідування йому
Вміння знайти необхідний товар у магазині
Визначення необхідної кількості грошей для покупки, вартості товару, терміну придатності
Вміння розраховуватись (готівкою, картою, на касі самообслуговування)
Вміння здійснювати покупки онлайн
Планування свого бюджету, розподіл коштів, знання джерел доходу (наявних та можливих)

#### Напрямок «Комунікація / дозвілля»

Вміння знайомитись та комунікувати з іншими людьми (в т. ч. АЗК)
Спілкування та реагування відповідно до ситуації, висловлення власного ставлення

Дотримання теми розмови, ініціювання власних тем обговорення, слідування за співрозмовником, утримання уваги на спілкуванні
Активне слухання співрозмовника, дотримання черговості висловлювання, дослуховування
Розуміння родинних зв'язків, нерозповсюдження особистої інформації
Прояв негативних емоцій у соціально прийнятний спосіб, відсутність спалахів агресії, бажання образити або нанести шкоду співрозмовнику
Усвідомлення власних потреб та бажань (в т. ч. сексуальних), їх прояв у соціально прийнятний спосіб
Наявність знання про особистий простір - свій та чужий; повага до нього (отримання дозволу на вхід до кімнати, користування чужими речима тощо)
Вміння домовлятися, пошук компромісів
Користування месенджерами та соц. мережами для спілкування, знання правил безпечної поведінки в інтернеті
Приймання участі у спільних активностях.

Програма навчання була органічно та рівномірно вписана в розклад тижня, якого студенти повинні були дотримуватися за допомогою і під супроводом асистентів соціально-побутового супроводу (СПС).

### **3.2 Старт проєкта «Тренувальна квартира»**

У пілотний НППП після перегляду керівництвом ГО «Бачити серцем» низки заповнених батьками реєстраційних анкет, заповнених на молодих людей з інвалідністю, було обрано та запрошено на 5-ти місячне навчання 4 персони (2 чоловіка 23 і 32 років і дві жінки 26 і 40 років), які протягом 18 тижнів (без урахування днів зимових канікул) мали жити п'ять будніх днів з ночівлями у просторі тренувальної квартири. За вказаний період молоді особи з інвалідністю (в проєкті - студенти) мали отримати досвід автономного проживання (без батьків) під цілодобовим супроводом асистентів СПС та

опанувати навички соціально-побутового спрямування до рівня максимально можливої самостійності. В дослідженні брали участь всі чотири студента, представлені як окремі випадки. Дослідження тривало всі 18 тижнів (без урахування днів зимових канікул).

Процес дослідження був розділений на три етапи:

1. **Етап збору даних або первинного оцінювання**, на якому протягом перших п'яти днів за студентами спостерігали асистенти СПС, психолог та ерготерапевт. Втручання не проводилося.

Було проведено оцінювання студентів за опитувальниками Бартел [80], Лаутона [81,82], МоСа [73,74,75,76,77,78,79], Оцінка Компетентності Пацієнта (ОКП) [83,93]. За першими двома методиками (Бартел, Лаутон) студенти оцінювалися всі 5 днів, за другими (МоСа, Оцінка Компетентності Пацієнта відповідно) – в перший день перебування у тренувальній квартирі. Також на основі напрямків навчання на кожного студента була складена Індивідуальна Програма Супроводу (ІПС) зі внесеними навичками самостійності, що будуть вивчатися під час перебування у проєкті, відповідно до кожного напрямку. По цим активностям теж було визначено первинні показники опанування діяльністю у відсотковому значенні.

2. **Етап втручання**, який тривав протягом одинадцяти тижнів. В цей період відбувалося безпосереднє навчання студентів під супроводом асистентів СПС за п'ятьма напрямками: побутовий, кулінарія, самообслуговування, фінанси, комунікація/дозвілля. Моніторинг і проміжне оцінювання результатів навчання студентів проводилися по шкалах Бартел та Лаутона [51,80,81,82] щотижня.

3. **Етап спостереження** за використанням набутих знань, умінь та навичок самостійності студентами під час навчання у НППП «Тренувальна квартира», який тривав шість тижнів. Втручання вже не проводилося. Діяльність студентів оцінювалася щотижня за шкалами Бартел [51,80] та Лаутона [51,81,82] та в останній тиждень проводилося повторне

оцінювання за шкалами MoCa [73,74,75,76,77,78,79], Оцінка Компетентності Пацієнта (ОКП).[83,93] Остаточні показники вносилися в ІПС студента.

Дизайн дослідження представлений у таблиці 3.4.

Таблиця 3.4 - Дизайн дослідження

Етап збору даних	Етап втручання	Етап спостереження
1 тиждень	11 тижнів	6 тижнів
Бартел, Лоутон, МоСа, ОКП, ІПС, МКФ	Бартел, Лоутон	Бартел, Лоутон, МоСа, ОКП, ІПС

### 3.3 Етап збору даних

При формуванні навчальної програми ерготерапевт спирався на домени та коди МКФ [89], які стосувалися саме стану розумових функцій та навчання осіб з інвалідністю. **МКФ** - Міжнародна класифікація функціонування.

Успішна робота ерготерапевта передбачає розуміння принципів роботи у команді та використання Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ) (згідно з Наказом МОЗ України від 21 грудня 2018 року № 2249). Згідно зі структурою МКФ, існують п'ять основних доменів, що використовуються для реабілітаційних заходів: структура і функції організму, активність та участь, фактори оточуючого середовища та особистісні чинники. Міжнародна класифікація функціонування, інвалідності та здоров'я є стандартною системою класифікації, яка була розроблена Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) для систематичного опису стану здоров'я осіб та його впливу на їхню можливість функціонування та участь у житті. Головною метою цієї класифікації є створення загального мовного кодексу для опису здоров'я, що

може бути застосований у всіх країнах світу. МКФ базується на біопсихосоціальному підході, який дозволяє враховувати фізичні, психічні та соціальні аспекти здоров'я людини. Ця класифікація має дворівневу та трирівневу структуру. Дворівнева МКФ складається з двох рівнів: перший рівень відображає функціональні можливості та обмеження людини в конкретному аспекті життєдіяльності, а другий рівень включає детальніші підкатегорії, що описують конкретні функції та обмеження. Трирівнева МКФ включає три рівні: перший рівень відображає домен здоров'я, другий рівень відображає категорію функціонування, а третій рівень включає детальніші підкатегорії, що описують конкретні функції та обмеження. У першій частині МКФ, що описує функціонування та обмеження життєдіяльності, включаються такі компоненти: коди функцій та структур тіла, які описують фізіологічні функції та анатомічні структури тіла, коди активності та участі, які описують здатність людини до виконання дій та участі в соціальних сферах, і коди факторів контексту середовища, які описують взаємодію між функціонуванням людини та її оточенням. У другій частині МКФ, що описує фактори середовища, включаються такі компоненти: коди факторів оточення, які описують фізичне середовище, коди факторів особистої сфери, які описують особисті фактори, та коди факторів соціального середовища, які описують соціальні фактори, такі як культурні та соціальні норми. [89]

Отже, враховуючи характеристику пацієнта за доменами МКФ [89], ерготерапевт може оцінити можливості розвитку та передбачити прогрес терапевтичних втручань.

Основні домени та коди, на які ми спиралися під час роботи пілотного НППП “Тренувальна квартира” представлені в таблиці 3.5.

Таблиця 3.5 - Основні домени та коди за МКФ

№	МКФ – основні домени та коди	
	Домен	Коди

1	Функції організму	<p>ГЛОБАЛЬНІ РОЗУМОВНІ ФУНКЦІЇ</p> <p>b114 Функції орієнтованості</p> <p>b117 Інтелектуальні функції</p> <p>b122 Глобальні психосоціальні функції</p> <p>b126 Темперамент та особистісні функції</p> <p>b 130 Функції волі та прагнення</p> <p>СПЕЦИФІЧНІ РОЗУМОВНІ ФУНКЦІЇ</p> <p>b 140 Функції уваги</p> <p>b 144 Функції пам'яті</p> <p>b 147 Психомоторні функції</p> <p>b 152 Функції емоцій</p> <p>b 156 Функції сприйняття</p> <p>b 160 Функції мислення</p> <p>b 164 Пізнавальні функції високого рівня</p> <p>b 167 Розумні функції мови</p> <p>b 172 Функції обчислення</p> <p>b 180 Функції самовідчуття та відчуття часу</p>
2	Активність та участь	<p>Цілеспрямоване використання органів чуття (d110-d129)</p> <p>Базові навички під час навчання (d130 – d159)</p> <p>Застосування знань (d160-d179)</p> <p>Загальні завдання та вимоги (d210, d220, d230, d240)</p> <p>Сприйняття повідомлень під час спілкування (d310 – d329)</p> <p>Спілкування – складання та викладення повідомлень (d330 – d349)</p> <p>Розмова та спілкування з використанням засобів зв'язку та технік спілкування (d350-d369)</p> <p>Перенесення, переміщення та маніпулювання предметами (d430-d449)</p> <p>Пересування з використанням транспорту (d470-d489)</p> <p>Самообслуговування (d510, d520, d530, d540, d550, d560)</p> <p>Побутове життя (d620, d630, d640, d650, d660)</p> <p>Міжособистісні взаємодії та відносини (d710-d729, d730-d750)</p>

		Освіта (d810), Економічне життя (d860) Життя у спільнотах, громадське та громадянське життя (d910, d920, d940)
3	Фактори навколишнього середовища	Підтримка та взаємозв'язки (e310, e320, e325, e340, e360) Налаштування/Установки (e465)

Базуючись на інформації заповнених батьками опитувальників та використовуючи методи бесіди зі студентами і спостереження за ними в просторі тренувальної квартири під час етапу збору даних, ерготерапевтом було складено опис студентів проєкта по моделі РЕО. [66,67,68]

## Опис даних про студентів по моделі РЕО

### 1) Опис учасника «Борис»

Компоненти РЕО	Складові
Особа (P – Person)	Стать: Чоловіча «Борис»
	Вік: 32
	Фізичні: порушення постави і координації рухів ніг під час ходьби, внаслідок ЦП
	Емоційні: позитивний, спокійний, ввічливий, добрий
	Когнітивні: сприймає просту мову, відповідає з затримкою в часі, не вміє перепитувати незрозуміле
	Навички: добре рахує, читає, пише (друкує), користується комп'ютером і телефоном самостійно
	Досвід: школа «Надія», Реабілітаційний Центр Солом'янського району, Майстерня «ТАК» в ГО «Бачити серцем» (офлайн)
	Рутини: Реабілітаційний Центр Солом'янського району (2 рази на тиждень), Майстерня «ТАК» в ГО «Бачити серцем» (онлайн)
Середовище (E – Environment)	Фізичне: проживає в м. Київ, з батьками, старшою сестрою і двома племінницями. Зять – служить в Бахмуті.
	Соціальне: син, брат
	Культурне: практично ніде не буває, основний час життя проводить вдома
	Економічне: отримує пенсію по інвалідності, не працює

Заняття (O – Occupation)	Самообслуговування: гігієна – самостійно, одягання/роздягання – самостійно, вживання їжі та пиття - самостійно
	Продуктивна діяльність: не працює
	Відпочинок: полежати на дивані, інколи спорт, дача
	Хобі: співи, кіно, музика

## 2) Опис учасника «Петро»

Компоненти РЕО	Складові
Особа (P – Person)	Стать: Чоловіча «Петро»
	Вік: 23
	Фізичні: порушення постави і координації рухів ніг під час ходьби, внаслідок ЦП, порушення зору (окуляри)
	Емоційні: спокійний, веселий, товариський
	Когнітивні: сприймає просту мову, перепитує про незрозуміле, відповідає швидко, уважний
	Навички: рахує, читає і пише (друкує), користується комп'ютером і телефоном самостійно
	Досвід: спеціалізовані школи Києва (9 років), Майстерня «ТАК» ГО «Бачити серцем» (офлайн)
	Рутини: проєкт «Фріки» 3 рази в тиждень
Середовище (E – Environment)	Фізичне: проживає в м. Київ, з батьками, старший брат живе окремо
	Соціальне: син, брат, онук
	Культурне: подорожі з родиною
	Економічне: отримує пенсію по інвалідності, не працює
Заняття (O – Occupation)	Самообслуговування: гігієна – самостійно, одягання/роздягання – самостійно, вживання їжі та пиття – самостійно.
	Продуктивна діяльність: не працює
	Відпочинок: подорожі, відвідини друзів та родичів
	Хобі: музика, соцмережі

## 3) Опис учасника «Таїсія»

Компоненти РЕО	Складові
Особа (P – Person)	Стать: Жіноча «Таїсія»
	Вік: 40
	Фізичні: немає видимих порушень
	Емоційні: тиха, тривожна, спокійна
	Когнітивні: хороша пам'ять, говорить чітко

	Навички: рахує, читає і пише (друкує), користується комп'ютером і телефоном самостійно
	Досвід: спеціалізована школа (9 класів)
	Рутини: Майстерня «ТАК» (онлайн)
Середовище (E – Environment)	Фізичне: проживає у Полтавській області, в селі Опришки
	Соціальне: донька, сестра
	Культурне: не відвідує
	Економічне: отримує пенсію по інвалідності, не працює
Заняття (O – Occupation)	Самообслуговування: Самообслуговування: гігієна – самостійно, одягання/роздягання – самостійно, вживання їжі та пиття – самостійно.
	Продуктивна діяльність: не працює
	Відпочинок: прогулянки
	Хобі: рукоділля, малювання

#### 4) Опис учасника «Амалія»

Компоненти РЕО	Складові
Особа (P – Person)	Стать: Жіноча «Амалія»
	Вік: 26
	Фізичні: видимих порушень немає
	Емоційні: неспокійна, говірка, нестримна, непосидюча
	Когнітивні: дуже спостережлива, не довго тримає увагу, не орієнтується в годиннику, датах і часі.
	Навички: читає по літерах без розуміння прочитаного, пише, користується телефоном і планшетом з допомогою
	Досвід: транзитний будинок від організації «Джерела», Навчальний Центр «Трамплін»
	Рутини: Навчальний Центр «Трамплін»
Середовище (E – Environment)	Фізичне: проживає з мамою, батька немає
	Соціальне: донька
	Культурне: фактично ніде не буває
	Економічне: отримує пенсію по інвалідності, не працює
Заняття (O – Occupation)	Самообслуговування: Самообслуговування: гігієна – самостійно, одягання/роздягання – самостійно, вживання їжі та пиття – самостійно.
	Продуктивна діяльність: не працює
	Відпочинок: дивиться відео-роліки Євгена Клопотенка
	Хобі: любить готувати салати

Отримані дані допомогли ерготерапевту та іншим членам мультидисциплінарної команди детальніше познайомитися зі студентами, визначити основні прийоми індивідуального ерготерапевтичного втручання та сформувані індивідуальні цілі, використовуючи SMART концепцію. Формат SMART є світовим стандартом. [90,91,92]

Показники постановки цілей за SMART подано в таблиці 3.6.

Таблиця 3.6 - Показники постановки цілей за SMART

<b>Концепція SMART</b>	
S – Specific	Конкретна
M – Measurable	Вимірювана
A – Achievable	Досяжна
R – Relevant	Реалістична
T – Time-Based	Вимірювана у часі

Використовуючи концепцію SMART [90,91,92], для кожного студента були поставлені одна довготривала та дві короткотривалі цілі по різних напрямках навчальної програми.

На етапі збору даних, який тривав 5 перших днів, кожен зі студентів був протестований за опитувальниками Бартел та Лаутона.[51,80,81,82] Графіки результатів вимірювання до початку втручання представлені на рисунку 3.1.

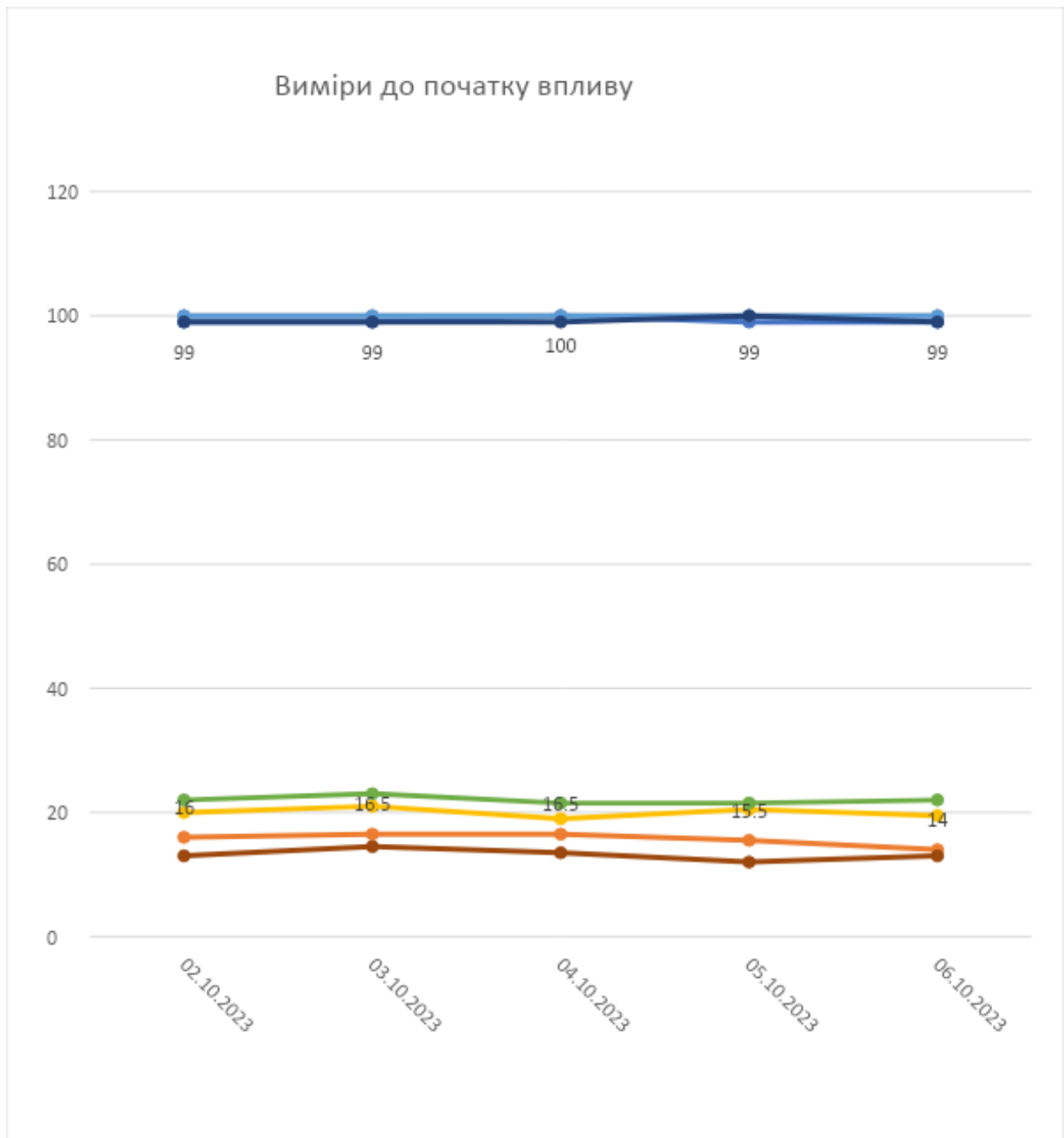


Рисунок 3.1 - Графіки результатів вимірювання до початку втручання

За результатами заповнення опитувальника Бартел [51,80] було встановлено, що усі студенти показали найвищий рівень самостійності у ADL (99-100 балів).

Результати заповнення шкали Лаутона [51,81,82] показали труднощі у здійсненні закупів, приготуванні їжі, операціях із фінансами.

Отримані результати первинного оцінювання були проаналізовані ерготерапевтом з метою визначення рівня пропорційної підтримки студентів асистентами соціально-побутового супроводу у виконанні iADL.

Наступним опитувальником, за яким були протестовані студенти на етапі збору даних, була Монреальська шкала визначення рівня когнітивних функцій (MoCa). [73,74,75,76,77,78,79] Результати заповнення шкали MoCa представлені в таблиці 3.7.

Таблиця 3.7 - Результати заповнення шкали MoCa, первинне оцінювання

ДАТА 06.10.2024		СТУДЕНТ			
Секції обстеження MoCa	Норма	БОРИС	ПЕТРО	ТАІСІЯ	АМАЛІЯ
Створення послідовності, що чергується	1	0	1	0	0
Зоровоконструктивні і навички (куб)	1	0	1	1	0
Зоровоконструктивні і навички (годинник)	3	2	3	3	0
Називання	3	3	3	3	3
Пам'ять	—	0	0	0	0
Увага	6	5	3	3	0
Повторення речень	2	1	2	2	0
Словесна вільність	1	0	0	0	0
Абстракція	2	1	1	1	0
Відкладене пригадування	5	3	4	2	2
Орієнтація	6	6	6	6	2
<b>Загальний бал</b>	<b>30</b>	<b>22</b>	<b>25</b>	<b>21</b>	<b>8</b>

Примітка. - Додається 1 бал, якщо освіта  $\leq 12$

За допомогою тесту MoCa [73,74,75,76,77,78,79] було проведено первинну оцінку когнітивних функцій кожного учасника, який включає, зокрема, зорово-конструктивні навички, пам'ять, увагу та абстрактне мислення. Це дозволило нам працювати над покращенням цих функцій

шляхом використання стратегій ерготерапевтичного втручання під час виконання різних завдань та поточних активностей у тренувальній квартирі та поза її межами.

Наступний опитувальник «Оцінка Компетентності Пацієнта» [83,93] студенти заповнювали власноруч. Тест був переведений нами у формат гугл-форми. Студенти мали самостійно, по своїм відчуттям, відповісти на питання опитувальника. Наступного дня на ті ж запитання відповідали асистенти СПС, які протягом перших 3-х днів вели спостереження за студентами. Результати первинної оцінки представлені у таблиці 3.8.

Таблиця 3.8 - Результати первинної оцінки опитувальника ОКП

<b>Оцінка компетентності Пацієнта</b>					
	<b>Опінія студента</b>	<b>БОРИС</b>	<b>ПЕТРО</b>	<b>ТАІСІЯ</b>	<b>АМАЛІЯ</b>
<b>Первинна</b>	06.10.2023	111	136	125	145
	<b>Відгук асистента</b>				
<b>Первинна</b>	06.10.2023	110	119	107	82

Аналіз показників по шкалі ОКП [83,93] показав, що у студентів думка про легкість свого виконання діяльностей, зазначених у опитувальнику, та думка асистентів СПС по тим самим питанням має помітну різницю в сторону завищення у трьох студентів з чотирьох.

Первинне оцінювання навичок по напрямках, які було внесено в ШС, проводилося з метою визначення рівня сторонньої допомоги, якої потребував кожен студент у виконанні щоденної інструментальної діяльності та комунікації. Результати первинного оцінювання представлені у таблиці 3.9.

Таблиця 3.9 - Результати первинного оцінювання за ППС

<b>ІНДИВІДУАЛЬНА ПРОГРАМА СУПРОВОДУ СТУДЕНТА</b>					
<b>ПЕРІОД ВИКОНАННЯ ПРОГРАМИ: 01.10.2023-16.02.2024</b>					
<b>ПОКАЗНИКИ САМОСТІЙНОГО ОПАНУВАННЯ ДІЯЛЬНІСТЮ:</b>					
<b>0% - опановано студентом з повною сторонньою підтримкою</b>					
<b>25% - опановано студентом зі значною сторонньою підтримкою</b>					
<b>50% - опановано студентом з достатньою сторонньою підтримкою</b>					
<b>75% - опановано студентом з незначною сторонньою підтримкою</b>					
<b>100% - опановано студентом повністю</b>					
<b>НАПРЯМКИ НАВЧАННЯ СТУДЕНТА</b>		<b>БОРИС</b>	<b>ПЕТРО</b>	<b>ТАІСІЯ</b>	<b>АМАЛІЯ</b>
№	НАЙМЕНУВАННЯ НАПРЯМКУ	Показник опанування, %	Показник опанування, %	Показник опанування, %	Показник опанування, %
		На початок навчання	На початок навчання	На початок навчання	На початок навчання
1	Побутовий	84	84	100	59
2	Кулінарія	81	81	100	66
3	Самообслуговування	100	97	100	94
4	Фінанси	58	75	92	25
5	Комунікація / Дозвілля	100	100	93	66

Аналіз результатів первинного оцінювання по ППС показав, що три студенти потребували незначного або достатнього рівня сторонньої допомоги у напрямках «Побутовий», «Кулінарія» та «Комунікація»; всі студенти потребували різного рівня сторонньої допомоги (значний, достатній і незначний) у напрямку «Фінанси». У напрямку «Самообслуговування» два студента з 4-х потребували незначного рівня сторонньої підтримки.

Протягом періоду збору даних, тобто на початку роботи НППП «Тренувальна квартира», було виявлено, що у молодих людей з інвалідністю відсутні певні знання та досвід із ведення домашніх справ, немає достатнього уявлення про себе, свої бажання, можливості, права та обов'язки, про дотримання певних

норм та правил соціально-прийнятної поведінки під час проживання у спільному просторі.

Досвід спілкування з оточуючими у студентів до початку перебування на НППП «Тренувальна квартира» був обмежений – в основному сім'єю та центром реабілітації. Найчастіше саме батьки вирішували за студентів, що треба зробити в тому чи іншому випадку, тому молоді люди з інвалідністю не вміли самостійно планувати свою діяльність, визначати її тривалість у часі тощо. Крім того, через багаторічну батьківську гіперопіку у молодих людей з інвалідністю спостерігалися прояви «навченої безпорадності» у ініціації повсякденної діяльності та комунікації, а також відсутній досвід самостійного відвідування громадських місць та взаємодії між собою без підпори.

Виходячи з цього, команді НППП «Тренувальна квартира» було зрозуміло, що збільшення ступеня самостійності та активної участі у своєму житті молодих осіб з інвалідністю напряму залежить від того, яким чином організовано та буде проведено навчання навичкам соціально/побутової та комунікативно/дозвілєвої діяльності.

### **3.4 Етап втручання**

На етапі втручання, який тривав 11 тижнів, асистентами соціально-побутового супроводу, під супервізією ерготерапевта, зі студентами впродовж п'ять будніх днів на тиждень проводилися навчання за п'ятьма напрямками («Побутовий», «Самообслуговування», «Фінанси», «Комунікація/Дозвілля», «Кулінарія»).

Навчальний тиждень студентів у НППП починався з 7-00 ранку понеділка і закінчувався у п'ятницю о 15-00. Вихідні дні студенти проводили вдома з родиною. У неділю ввечері студенти поверталися у тренувальну квартиру, щоб з наступного ранку понеділка починати/продовжувати навчання.

Протягом тижня студенти мали навчатися за розкладом, який був сталим протягом усіх тижнів тривання проєкта. Розклад чергувався по заняттях через день. Сталість розкладу та повторюваність занять у рутині забезпечували студентам зрозумілий, передбачуваний та безпечний простір, надаючи можливості для спокійного та продуктивного навчання навичкам самостійності.

Єдиною неприємною, але вимушеною подією небезпечного сьогодення в Україні були повітряні тривоги. В просторі квартири першим і найважливішим правилом було правило поведінки під час повітряної тривоги (Рис. 3.2). Під час повітряної тривоги, незалежно від часу доби, чергові асистенти переводили всіх студентів у коридор і перебували там з ними до оголошення відбою.



Рисунок 3.2 - Правило поведінки під час повітряної тривоги

Кожен день розпочинався однаково – раніше за всіх прокидався асистент нічної зміни, потім черговий по кухні студент. Разом вони готували сніданок на всю групу, спираючись на варіанти, подані у меню. Примірне меню представлено на рисунку 3.3.

A	B	C	D	E	F
	варіант 1	варіант 2	варіант 3	варіант 4	варіант 5
Сніданок 08:30 (тривалість до 1 години)	Молочна вівсяна каша	Молочна гречана каша	Молочна каша з кус-кусу	Омлет з сарделькою/сосискою	Омлет з тушкованими овочами (помідори, консервована кукурудза, цвітна капуста)
	Каналка з маслом і сиром твердим	Каналка з маслом і сиром твердим	Каналка з маслом і сиром твердим	Каналка з маслом і сиром твердим	Каналка з маслом і сиром твердим
	Чай	Чай	Чай	Чай	Чай
Обід 14:30 (тривалість 1 година)	Суп гречаний	Суп із сочевиці	Суп кукурудзяний з капустою	Суп з локшиною	Борщ червоний
	Каналка з маслом і сиром твердим	Каналка з маслом і сиром твердим	Каналка з маслом і сиром твердим	Каналка з маслом і сиром твердим	Каналка з маслом і сиром твердим
	Чай	Чай	Чай	Чай	Чай
Вечеря 19:00 (тривалість 1 година)	Варена картопля	Рис варений	Гречка варена	Кус-кус варений	Макарони варені
	Овочева тарілка/салат із сезонних овочів	Овочева тарілка/салат із сезонних овочів	Овочева тарілка/салат із сезонних овочів	Овочева тарілка/салат із сезонних овочів	Овочева тарілка/салат із сезонних овочів
	Котлети з філе індички	Риба тушкована річкова/морська	Свинина тушкована шматочками	Курячі тушковані гомілки/стегєндця	Стейки зі свинини смажені
	Хліб	Хліб	Хліб	Хліб	Хліб
	Чай	Чай	Чай	Чай	Чай
Перекуси (12:00 / 16:30) (тривалість 30 хвилини)	Йогурт	Кефір	Ряжанка	Чай	Компот
	Печиво галетне	Кекси	Слойки	Печиво вівсяне	Печиво пісочне
	Фрукти/ягоди	Фрукти/ягоди	Фрукти/ягоди	Фрукти/ягоди	Фрукти/ягоди

Рисунок 3.3 - Меню харчування студентів з 5-ти варіантів

Графік чергування студентів формувався на тиждень вперед, кожен студент у графіку мав свій «колір». Прийом визначення студента за кольором був застосований ерготерапевтом для студентки, яка мала труднощі з читанням. Графік висів на магнітній дошці, поруч з розкладом, і напередодні кожного вечора оголошувався черговий студент наступного дня. Картка з фото чергового студента з «його» кольором, за задумкою ерготерапевта і з метою полегшення згадування, хто чергує зі студентів, була прикріплена до стіни перед входом до кухонної зони простору квартири (Рис. 3.4).

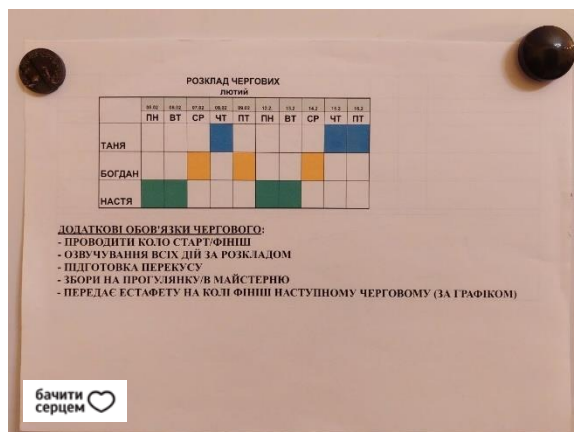


Рисунок 3.4 – Графік чергування студентів

Згідно розкладу дня, після виконання ранкових гігієнічних процедур, відбувався сніданок. За правилом проєкту (Рис. 3.5), на всіх прийомах їжі студенти мали перебувати разом.



Рисунок 3.5 - Правило присутності на прийомах харчування та заняттях

Після сніданку черговий по кухні студент прибирав зі столу, протирав його вологою ганчіркою, замітав навколо столу та мив посуд вручну.

Приклади представлено на рисунку 3.6.



Рисунок 3.6 - Миття посуду студентами проєкту

Інші студенти готувалися до проведення першої активності з асистентом денної зміни «Коло Старт» о 9-20 (Рис. 3.7). У розкладі це називається «Обговорення плану дня».

КОЛО СТАРТ		КОЛО СТАРТ	
Час проведення Коло Старт 15-20 хв.		Час проведення Коло Старт 15-20 хв.	
1. Загальне привітання Чергового Студента до інших учасників		6. З'ясування сезону, температури (тепло, холодно), погоди, (жарка, суха, дощова, вітряна)	
2. Представлення Чергового Студента за іменем		7. Режим дня - проговорити	
3. Називання заняттєвої активності, яка зараз відбувається (Коло Старт)		8. Правила - проговорити	
4. Привітання індивідуально з кожним присутнім учасником		9. Проголошення наступної активності (заняття, хто проводить)	
5. З'ясування календарної дати, частини доби (ранок, день, обід, вечір)		10. Побаження гарного дня	

Рисунок 3.7 - Заняття Коло Старт

По понеділках, середах і п'ятницях з 10-00 до 14-00 з перекусом о 12-00 усі студенти тренувальної квартири навчалися онлайн на освітній програмі для молоді 18+ від ГО «Бачити серцем» за розкладом програми (Рис. 3.8).

РЕЖИМ ДНЯ ПОНЕДІЛОК		
07:20-8:30	Підйом	
08:30-09:20	Сніданок	
09:20-09:40	Обговорення плану дня	
09:40-10:00	Підготовка до онлайн-навчання	
10:00-12:00	Онлайн-навчання	
12:00-12:30	Перерва на навчанні	
12:30-14:00	Онлайн-навчання	
14:00-14:30	Підготовка до обіду	
14:30-15:30	Обід	
15:30-16:00	Підготовка до прогулянки	
16:00-17:00	Прогулянка	
17:00-17:15	Післяпрогулянкові ритуали	
17:15-18:30	Групова зустріч із психологом	
18:30-19:00	Підготовка до вечері	
19:00-20:00	Вечеря	
20:00-20:50	Підсумки дня	
20:50-21:40	Ігри, розмови, вільний час	
21:40-22:30	Вечірній ритуал перед сном	
22:30-07:20	Сон	

Рисунок 3.8 - Розклад понеділка

Після навчання онлайн, студенти мали приготуватися до обіду. Першу страву, другу страву та страву на вечерю готував асистент обідньої зміни, а черговий студент допомагав підготувати стіл до обіду. Бажаючі студенти могли йому допомагати. Коли все було готово, о 14-30 всі студенти сідали за стіл, черговий студент оголошував початок обіду. Під час обіду діяли правила поведінки за столом (Рис. 3.9).

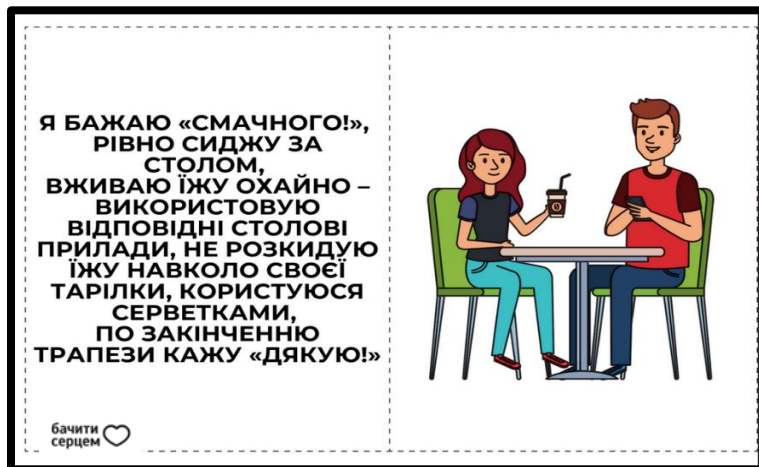


Рисунок 3.9 - Правила поведінки за столом

Після обіду черговий студент прибирав зі столу і навколо нього, а інші студенти йшли на відпочинок.

Після відпочинку в усі дні, крім понеділка і п'ятниці, студенти разом із асистентом вечірньої зміни йшли на прогулянку. Під час прогулянки діяло правило прогулянки (Рис. 3.10) і студенти разом заходили до кав'ярні, тренувалися купувати собі каву/какао/чай, спілкувалися з бариста та між собою, вивчали нові маршрути та мали незначну фізичну активність.



Рисунок 3.10 - Правило прогулянки

Після прогулянки студенти за розкладом мали підготовку до вечері і вечерю. Сценарій виконання активностей повторював обідній. Після вечері студенти під супроводом асистента вечірньої зміни проводили «Коло Фініш» (Рис. 3.11). У розкладі це називається «Підсумки дня».

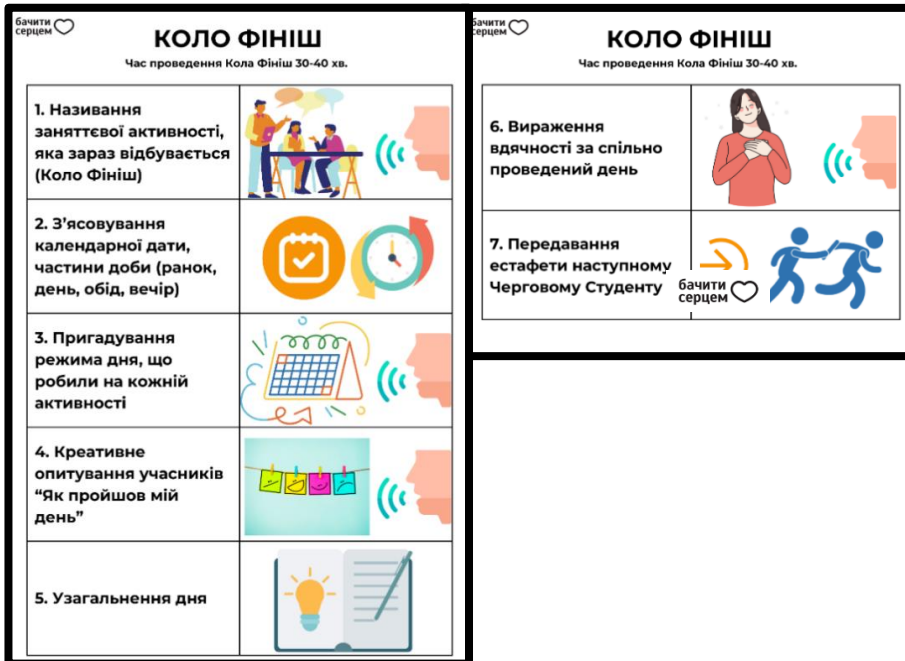


Рисунок 3.11 - Коло "Фініш"

Після проведення «Кола Фініш» студенти з асистентом нічної зміни мали годину дозвілля, під час якої грали в ігри, дивилися фільми, читали вголос та робили чаювання з розмовами про різні речі. Після години дозвілля відбувалися вечірні гігієнічні процедури та відбій о 22-30 (Рис. 3.12).



Рисунок 3.12 - Правило відбою

В понеділок після обіду та скороченого відпочинку з групою студентів працював штатний психолог. В п'ятницю після 15-00 студенти виїжджали з тренувальної квартири на вихідні додому. Так відбувалося весь період першого заїзду.

Щонеділі о 19-00 студенти поверталися до квартири і під супроводом координатора або ерготерапевта проводили «Коло Тижня», під час якого згадували, що відбувалося минулого тижня.

Під час проведення цього заняття ерготерапевт використовував наступні прийоми: підказки (жестова, вербальна, фізична), навідні запитання (такі як: Що робив у суботу? Що зробив потім? тощо), ланцюжки виконання (з початку, з кінця, повний ланцюжок – Розкажи, як готував салат.) покрокова послідовність виконання кожного окремого завдання ( - Розкажи, який був розклад у вівторок, тощо).

По вівторках і четвергах замість онлайн-навчання студенти до обіду мали заняття за напрямками «Побут» (прибирання та прання), «Кулінарія» (самостійно під супроводом асистентів готували десерти, напої та складні страви), «Фінанси» (ходили на закупи до магазину або робили онлайн-закупи з асистентом) та арт-майстерні (відвідували творчі заняття в іншому приміщенні ГО «Бачити серцем»). Під час походів до арт-майстерні та магазину відпрацьовувалися навички переміщення містом на громадському транспорті та переходи через дорогу з акцентом уваги на дотримання правил дорожнього руху. Після обіду, по вівторках і четвергах, повторювався розклад середи.

Проміжне оцінювання рівня навичок компетентностей студентів, проводилося ерготерапевтом щотижня по опитувальникам Бартел і Лаутона. [51,80,81,82]

Результати проміжного оцінювання представлені на рисунку 3.13.

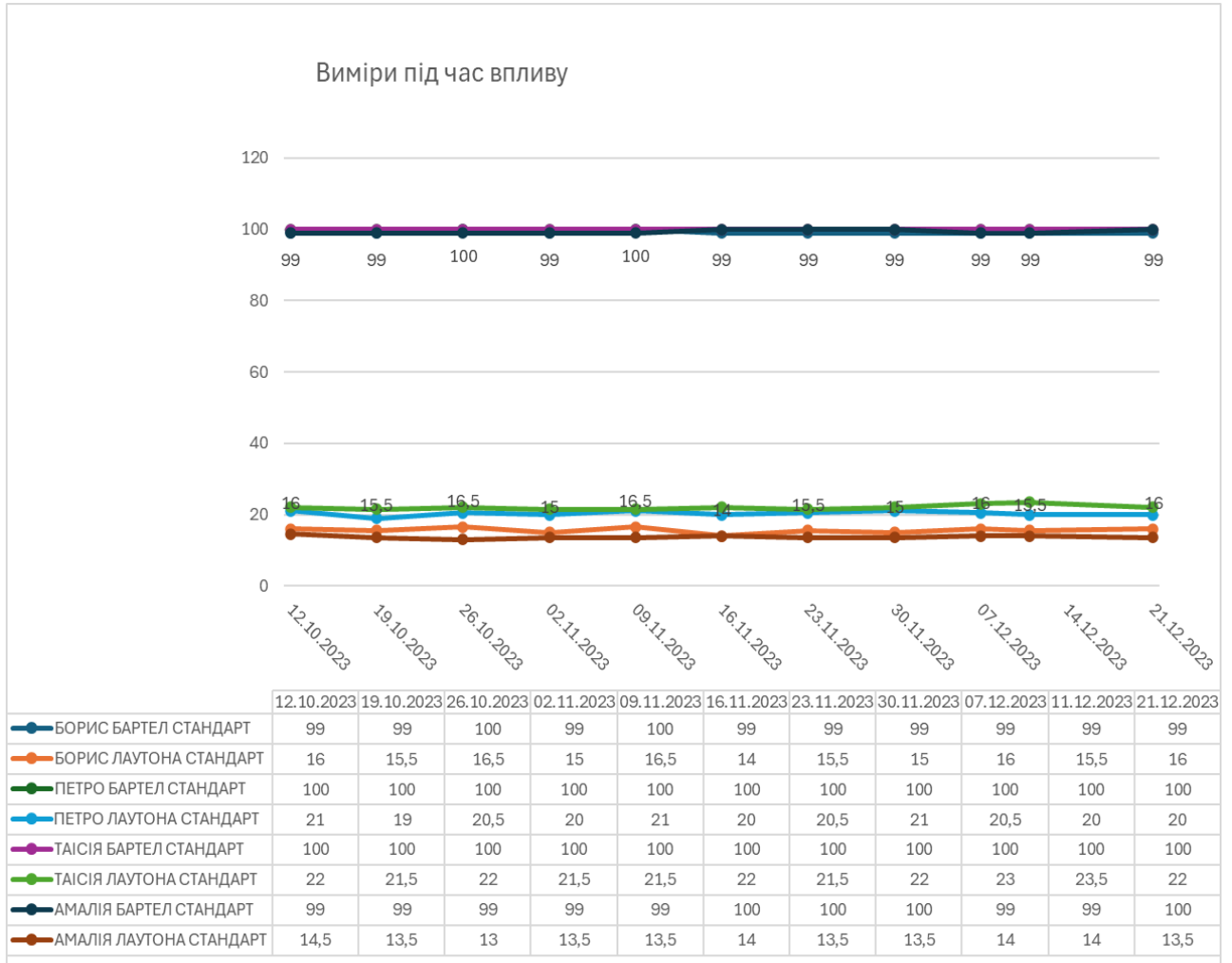


Рисунок 3.13 - Графіки проміжного оцінювання по опитувальникам Бартел та Лаутона

### 3.5 Етап спостереження

На етапі спостереження, згідно вимог проведення дослідження за методом поодиноких випадків [84,85,86,87,88], втручання не проводилося. Натомість, проводилося тільки спостереження за набутим рівнем навичок самостійності студентами НППП та вимірювання за шкалами МоСа, Бартел, Лаутона, Оцінка Компетентності Пацієнта (ОКП) [51,73,74,75,76,77,78,79,80,81,82,83,93] та ПС.

Під час етапу спостереження всі умови перебування студентів залишалися сталими - розклад занять, послідовності проведення занять, візуальні допоміжні інструменти (рецепти, інструкції), правила і обов'язки.

Асистенти, за умовами проведення дослідження, не втручалися в жоден з виконуваних студентами процесів, а тільки були присутніми і спостерігали за виконанням щоденних завдань. Допомога надавалася виключно за запитом студента або у критичній ситуації.

Вимірювання показників за шкалами Бартел [51,80] та Лаутона [51,81,82] продовжувало проводитися щотижня до завершення проєкта «Тренувальна квартира» і тривало 6 тижнів.

Результати етапу спостереження представлено на рисунку 3.14.



**Рисунок 3.14 - Результати заключного вимірювання за опитувальниками Бартел та Лаутона**

Як бачимо на представленому графіку, результати вимірювань показали незначні зміни. Це може означати, що для такої категорії осіб, як студенти НППП «Тренувальна квартира», саме за параметрами вимірювання, які вказані

у шкалах Бартел [51,80] та Лаутона [51,81,82], рівень можливості виконання елементарних та складних активностей повсякденного життя візуально змінився несуттєво.

Показники виконання за шкалою Бартел [51,80] у всіх студентів як під час первинного проведення серії вимірювань на етапі збору даних (див. Рис.3.1) так і під час проведення заключної серії вимірювань на етапі спостереження залишилися в межах 99-100 балів. Відповідно, можемо вважати, що рівень самостійності студентів у виконанні ADL залишився сталим.

Показники виконання за шкалою Лаутона [51,81,82] у всіх студентів під час первинної серії вимірювань на етапі збору даних (див. Рис.3.1) у порівнянні з показниками серії вимірювань під час етапу спостереження змінилися на 1 – 1,5 бали, що може означати, що студенти, хоч і досягли певного підвищення рівня можливостей самостійного виконання iADL, але на загальному рівні залишилися в межах потреби у супроводі та необхідності сторонньої допомоги.

Отже можна відмітити, що дані опитувальники для нашої категорії осіб з інвалідністю не є інформативними. Є потреба в пошуку інших більш валідних опитувальників на наступний заїзд.

Також було проведено повторне оцінювання студентів за шкалою MoCa. [73,74,75,76,77,78,79]

Результати представлені на рисунку 3.15.

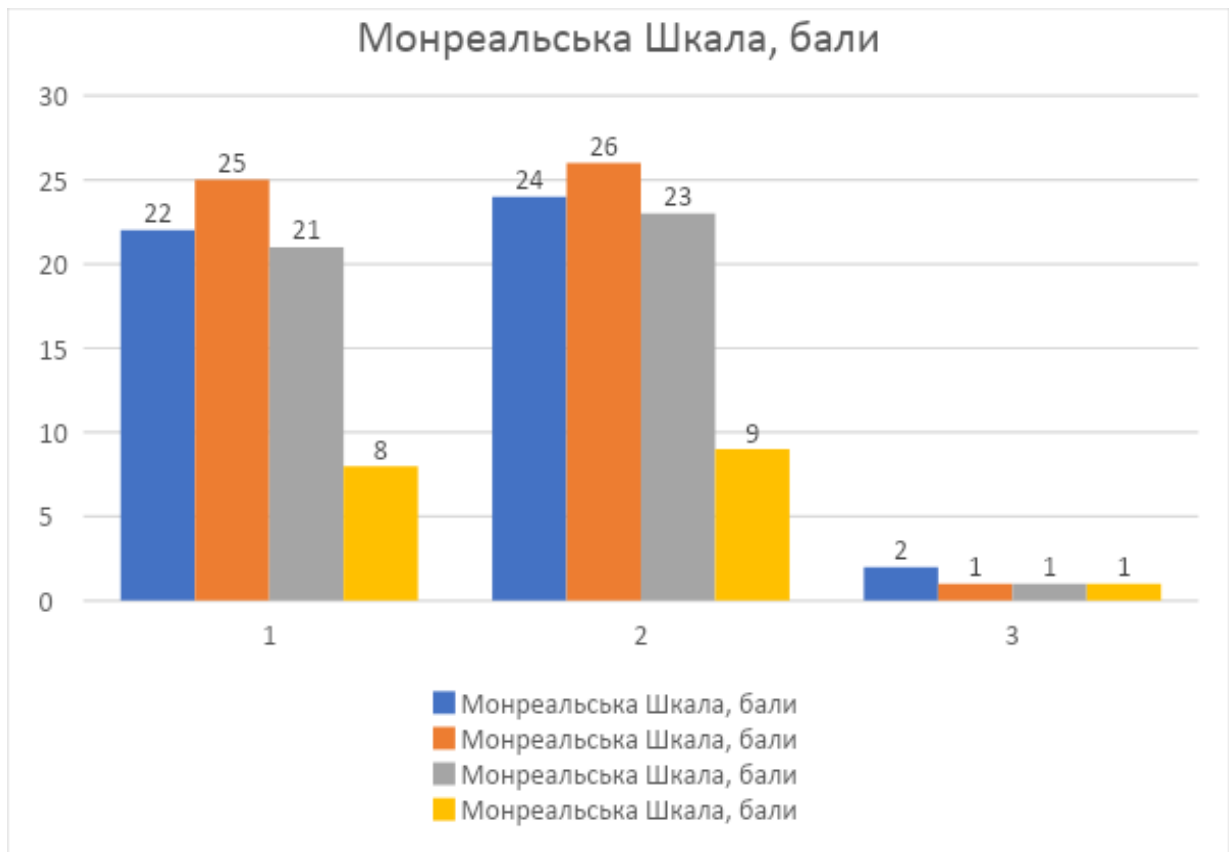


Рисунок 3.15 - Порівняльні результати вимірювання за шкалою МоСа

Якщо подивитися на різницю між первинними та повторними показниками у графіку, можна побачити зміни в межах 1-2 балів. На нашу думку, це свідчить про те, що загальний рівень когнітивних компетентностей майже не змінився.

Наступним опитувальником, за яким проводилося повторне оцінювання, була шкала Оцінка Компетентності Пацієнта. [83,93] Графік результатів по шкалі «Оцінка Компетентності Пацієнта» (первинна і повторна) представлений на рисунку 3.16.

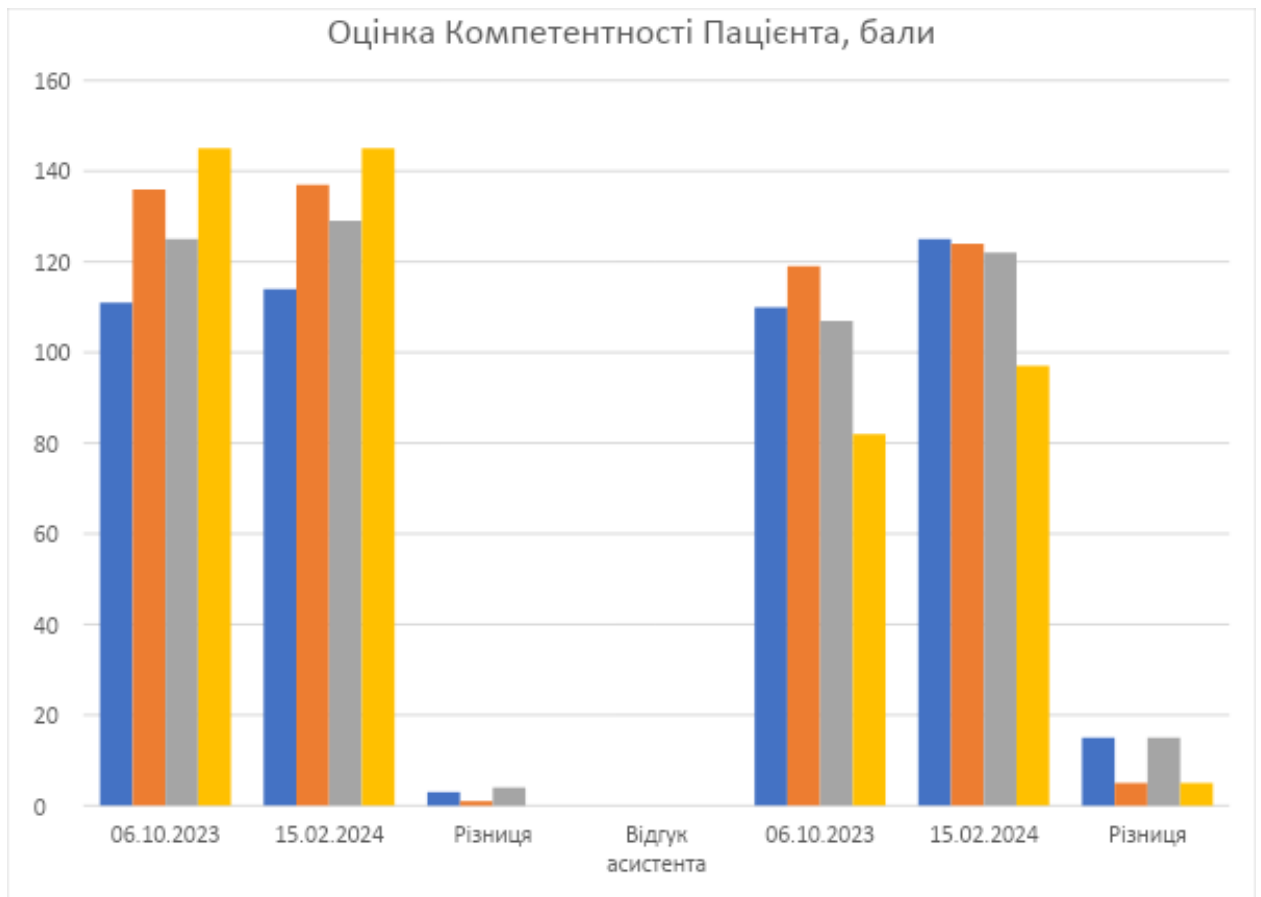


Рисунок 3.16 - Порівняльні результати по опитувальнику ОКП

По аналізі показників за шкалою ОКП [83,93] було відмічено, що думка студентів про рівень легкості виконання ними активностей повсякденного життя на початку і в кінці проєкта змінилася незначно. Натомість, за думкою асистентів СПС, показники легкості виконання активностей повсякденного життя збільшилися.

Заключним опитувальником, за яким тестували студентів, була Індивідуальна програма супроводу, показники якої вимірювалася у відсотках (Табл. 3.10)

Таблиця 3.10 - Первинне та заключне оцінювання навичок за ІПС

<b>ІНДИВІДУАЛЬНА ПРОГРАМА СУПРОВОДУ СТУДЕНТА (ЗВЕДЕНА ТАБЛИЦЯ САМОСТІЙНОГО ОПАНУВАННЯ ДІЯЛЬНІСТЮ)</b>									
<b>ПЕРІОД ВИКОНАННЯ ПРОГРАМИ: 01.10.2023-16.02.2024</b>									
<b>ПОКАЗНИКИ САМОСТІЙНОГО ОПАНУВАННЯ ДІЯЛЬНІСТЮ:</b> 0% - опановано студентом з повною сторонньою підтримкою 25% - опановано студентом зі значною сторонньою підтримкою 50% - опановано студентом з достатньою сторонньою підтримкою 75% - опановано студентом з незначною сторонньою підтримкою 100% - опановано студентом повністю									
<b>НАПРЯМКИ НАВЧАННЯ СТУДЕНТА</b>		<b>БОРИС</b>		<b>ПЕТРО</b>		<b>ТАІСІЯ</b>		<b>АМАЛІЯ</b>	
<b>№</b>	<b>НАЙМЕНУ- ВАННЯ НАПРЯМКУ</b>	<b>Показник опанування, %</b>		<b>Показник опанування, %</b>		<b>Показник опанування, %</b>		<b>Показник опанування, %</b>	
		<b>На початок навчання</b>	<b>На завершення навчання</b>	<b>На початок навчання</b>	<b>На завершення навчання</b>	<b>На початок навчання</b>	<b>На завершення навчання</b>	<b>На початок навчання</b>	<b>На завершення навчання</b>
1	Побутовий	84	100	84	100	100	100	59	88
2	Кулінарія	81	100	81	100	100	100	66	88
3	Самообслугову- вання	100	100	97	100	100	100	94	97
4	Фінанси	58	71	75	83	92	100	25	42
5	Комунікація / Дозвілля	100	100	100	100	93	95	66	73

Результати показників вимірювання по ІПС студента представлено на рисунку 3.17.

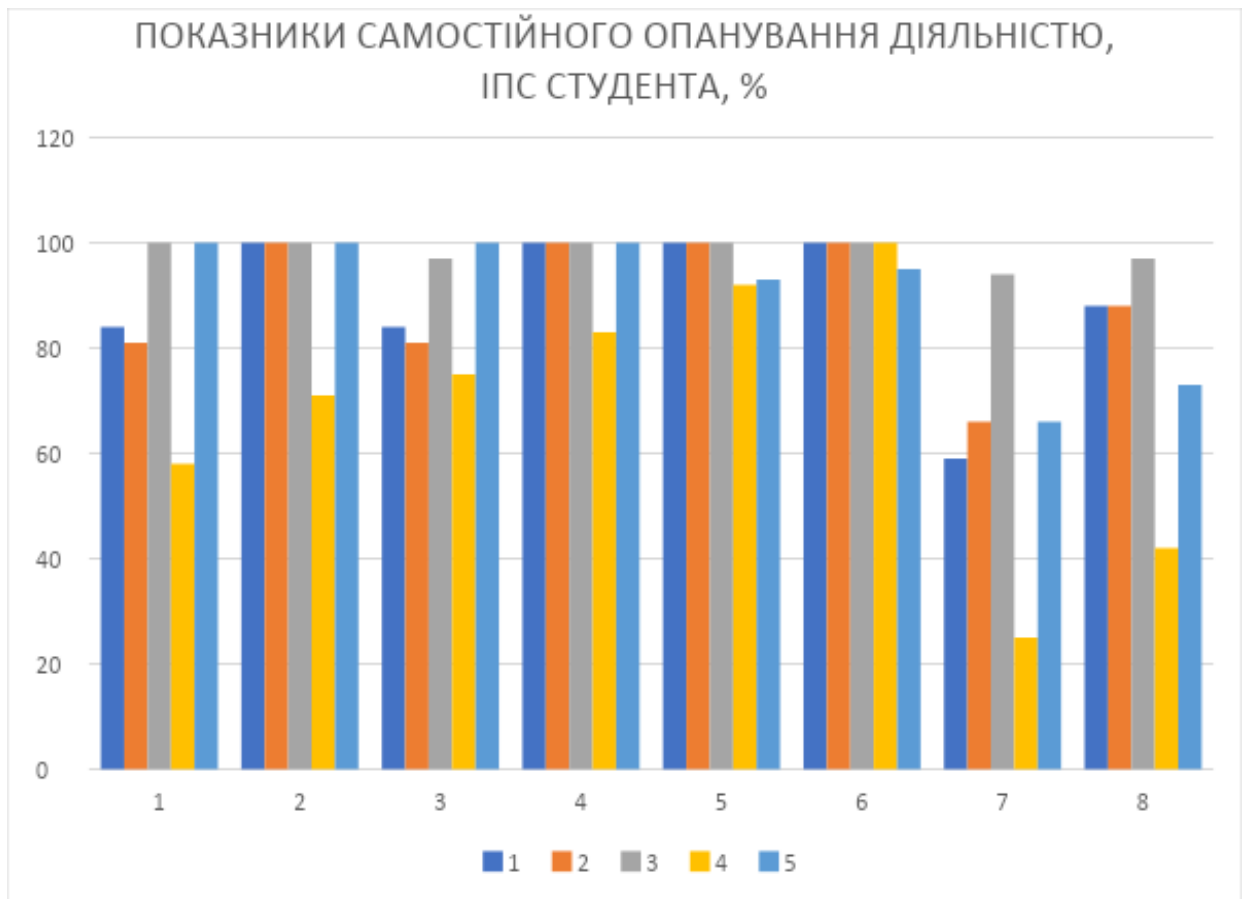


Рисунок 3.17 - Порівняльні результати за ІПС

Аналіз результатів оцінювання показників опанування навичок самостійності по рівням надання сторонньої допомоги, зазначених у Індивідуальній Програмі Супроводу, продемонстрував стійке зменшення рівня надання сторонньої допомоги у виконанні студентами активностей повсякденного життя і відповідно збільшення рівня самостійності.

Оцінюючи ефективність впровадження навчальної програми навичок самостійності в контексті її засвоєння на рівні генералізації слід зауважити, що одним із важливих критеріїв оцінки якісного навчання студентів у «Тренувальній квартирі» є схвальні відгуки від батьків молодих осіб з інвалідністю, які письмово підтверджують, що набуті на проєкті навички самостійності були перенесені студентами у життя в родині.

## ВИСНОВКИ

1. Аналіз наявних наукових та методичних джерел літератури показав значну недостатність висвітлення в Україні питання підтриманого проживання для осіб з інвалідністю, зокрема, питання роботи тренувальних квартир для молоді з інвалідністю.

2. Проєкт «Тренувальна квартира», створений ГО «Бачити серцем», є на даний час єдиним навчальним проєктом підтриманого проживання для осіб з інвалідністю у м. Київ. У складі мультидисциплінарної команди проєкта «Тренувальна квартира» вперше в Києві на постійній основі працював ерготерапевт. Він відповідав за створення технічної та методичної бази функціонування проєкту, створення та ведення документації, що стосувалась аналізу поточної діяльності проєкту та адаптація стратегічних планів згідно з поточними потребами студентів, проведення оцінювання, аналіз ефективності програми запропонованого навчання соціально-побутовим навичкам протягом всього періоду дії проєкту та надання консультацій асистентам соціально-побутового супроводу.

3. Програма навчання навичкам самостійності для осіб з інвалідністю у навчальному проєкті підтриманого проживання (НППП) вперше в Києві була розроблена ерготерапевтом та впроваджена під його керівництвом.

4. Результати оцінювання висвітлили, що по шкалі навичок iADL показники майже не змінилися. По шкалі ADL показники не змінювалися протягом усього періоду дослідження, по шкалі MoCa – результати змінилися несуттєво. На противагу – аналіз результатів оцінювання показників опанування навичок по рівням надання сторонньої допомоги, зазначених у Індивідуальній Програмі Супроводу, продемонстрував стійке зменшення рівня надання сторонньої допомоги

виконанні студентами активностей повсякденного життя і, відповідно, збільшення рівня самостійності.

5. По аналізу показників за шкалою «Оцінка компетентності пацієнта» було відмічено, що думка студентів про рівень легкості виконання ними активностей повсякденного життя на початку і в кінці проєкта змінилася незначно. Натомість, за думкою асистентів, показники легкості виконання активностей повсякденного життя збільшились.

6. Одним із важливих критеріїв ефективності програми навчання студентів у «Тренувальній квартирі» є схвальні відгуки від батьків молодих осіб з інвалідністю, які письмово підтверджують, що набуті на проєкті навички самостійності були перенесені студентами у життя в родині.

7. На нашу думку, продовженням навчального проживання в «Тренувальній квартирі» є послуга підтриманого проживання на постійній основі, в умовах проживання молодої людини в сім'ї або окремо під супроводом.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. ЗУ «Про охорону дитинства»
2. ЗУ «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні»
3. Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю
4. Алексєєнко ТФ. Реабілітація. Енциклопедія для фахівців соціальної сфери. Зверєва ІД, Алексєєнко ТФ, Басюк ТМ [та ін.]; за заг. ред. проф. Зверєвої ІД. Сімферополь: Універсум, 2012.
5. Інвалідність та суспільство: навчально-методичний посібник. За заг. редакцією Байди ЛЮ, Красюкової–Еннс ОВ / Кол. авторів: Байда ЛЮ, Красюкова–Еннс ОВ, Буров СЮ, Азін ВО, Грибальський ЯВ, Найда ЮМ. – К., 2012. – 216 с.
6. Нічого для нас без нас: посібник з інклюзивного прийняття рішень для державних органів / упоряд. Азін ВО. Київ: Ленвіт, 2015. – 102 с
7. Нічого для нас без нас: Посібник з інклюзивного прийняття рішень для засобів масової інформації / За загальною редакцією Виртосу П. Упорядники: Азін ВО, Байда ЛЮ, Госс Н, Ждан ПМ, Флетчер А. – К: Ленвіт: 2015. – 92 с.
8. Енциклопедія для фахівців соціальної сфери / заг. ред. проф. Зверєвої ІД. Київ, Сімферополь: Універсум, 2012. – 536 с.
9. За межами догляду у суспільстві: досвід нормалізації та інтеграції / За ред. Шуламیت Р. - Серія "Соціальна робота". – К., 1996. – 223 с.
10. МКФ: Характеристики (URL: <https://mkf.in.ua/charateristics>)
11. Статут ВООЗ (URL: <https://ips.ligazakon.net/document/MU46004>)
12. Mainstreaming disability in the development agenda (URL: [www.un.org/disabilities/default.asp?id=1569](http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=1569))
13. Всесвітня доповідь щодо інвалідності. Всесвітня організація охорони здоров'я: веб-сайт. (URL: [https://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/ua/](https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/ua/))

14. ЗУ «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо застосування терміна "особа з інвалідністю" та похідних від нього» (URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2581-19#Text>)
15. Соціальні послуги на рівні громади для осіб з інтелектуальною недостатністю / За ред. акад. Синьова ВМ. – К.: ВПОЛ, 2004. – 312 с.
16. Бакк А, Грюневальд К. Турбота та догляд: Книга про людей із затримкою розумового розвитку / Пер. зі шведськ. під ред. Колесової Ю. – СПб.: ІРАВ, 2001. – 360 с.
17. Самсонюк ЛА. Підтримане проживання людей з інтелектуальною недостатністю. – К.: БО «Джерела», ВОО «Коаліція», 2009. – 40 с.
18. Алексєєнко ТФ. Соціалізація особистості: можливості й ризики: науково-метод. посіб. Київ, 2007. – 152 с
19. Нормалізація життя в закритих установах для людей з інтелектуальними та іншими функціональними порушеннями: Теоретичні основи та практичний досвід / Пер. зі шведськ. Львівського О; Упоряд., ред. та автор передм. Грюневальд К. – СПб.: Санкт-Петербурзький інститут раннього втручання, 2003. – 144 с.
20. Гайлюс Ж, Малінаускас Д, Петкаускас Д, Рагаускас Л. Посібник для працюючих з групами молоді: Досвід неформального навчання у Литві. Варшава, 2013. – 153 с.
21. Окун АМ. Рівність та ефективність: великий компроміс: пер. з англ. / Інститут демократії імені Пилипа Орлика, 1996. – 149 с.
22. Dunn JR. (2008). Supported living: Theory and practice. Jessica Kingsley Publishers
23. Зиглер Е, Ходапп РМ. Розуміння розумової відсталості / Пер. з англ. Вельбовець НМ. – К.: Сфера, 2001. – 360 с.
24. Дробат ОС. Концепція незалежного життя як форма інтеграції інвалідів у сучасному світі. Вчені нотатки ТОГУ. 2011. Т. 2, № 1.

25. Принципи незалежного життя / Європейська Мережа Незалежного Життя. (URL: <https://enil.eu/wp-content/uploads/2022/06/Principles-of-Independent-Living.pdf>)
26. Шипіцина ЛМ. «Необучувана» дитина в сім'ї та суспільство. Соціалізація дітей із порушенням інтелекту. – 2-ге вид., перероб. та доповн. – СПб.: Речь, 2005. – 477 с.
27. Шпек О. Люди з розумовою відсталістю: Навчання та виховання: Пер. з нім. Голубєва АП; Наук. ред. тексту Назарова НМ. – М.: Видавничий центр «Академія», 2003. – 432 с.
28. Service Specification and Standards. The Provision of Supported Living For People with a Learning Disability. - Wexley Council, 2002. – 49 p.
29. Глоба ОП. Соціальна інтеграція осіб з обмеженими функціональними можливостями: теоретико-практичні підходи. Наук. часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія, 2011. Вип. 17.
30. Кравченко Р. Соціальна робота з розумово відсталими людьми: Навч. посібник. - К.: ВІПОЛ, 2001. – 140 с.
31. Капська АЙ. Соціально-педагогічна робота з дітьми та молоддю з функціональними обмеженнями: навчально-метод. посіб. для соц. працівників і соц. педагогів. Київ: ДЦССМ, 2003. – 168 с.
32. Остролуцька ЛІ. Розвиток центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю в Україні (90-ті рр. ХХ – початок ХХІ століття): дис. канд. пед. наук: спец. 13.00.05 – «Соціальна педагогіка». Київ, 2021
33. Vanier J. Accueillir notre humanité. - Paris: Presses de la Renaissance, 1999. – 156 с.
34. Соціальні послуги на рівні громади для осіб з інтелектуальною недостатністю / За ред. акад. Синьова ВМ. - К.: ВІПОЛ, 2004. – 312 с.
35. Barnes C, Oliver M, & Barton L. (2002). Disability studies today: Social sciences in disability studies. Polity Press. – 288 с.

36. Інвалідність, інтеграція, здоров'я і права людини. Охорона здоров'я і права людини: ресурсний посібник. Розділ 9 / Центр здоров'я та прав людини імені Франсуа-Ксав'є Баню та Фонд відкритого суспільства. 2015.
37. Про ратифікацію Конвенції про права осіб з інвалідністю і Факультативного протоколу до неї: Закон України, док. № 1767-VI від 16.12.09. База даних «Законодавство України» / ВР України
38. Право людей з інвалідністю на самостійне життя та повноцінну участь у житті суспільства: тематична доповідь, опублікована Комісаром Ради Європи з прав людини. Страсбург, 2012. – 51 с. (URL: <https://rm.coe.int/16806da91b>)
39. Бейкер БЛ, Брайтман ДА. Шлях до незалежності: навчання дітей з особливостями розвитку побутових навичок / пер. з англ.: Шихірева Л, Грозний Н. США, 1997. – 235 с.
40. Уорд А. Новий погляд. - Тарту: Вид-во Тартус. Ун-та, 1995. – 246 с.
41. Lightburn A. Handbook of Community-Based Clinical Practice. - New York: Oxford University Press, Inc., 2006. – 534 p.;
42. Service Specification and Standards. The Provision of Supported Living For People with a Learning Disability. - Bexley Council, 2002. – 49 p.
43. Загальноєвропейський посібник із переходу від інституційної системи догляду до системи догляду на рівні громади. (URL: [https://deinstitutionalisationdotcom.files.wordpress.com/2018/04/2014-03-10-common\\_european\\_guidelines\\_russian-web-final.pdf](https://deinstitutionalisationdotcom.files.wordpress.com/2018/04/2014-03-10-common_european_guidelines_russian-web-final.pdf))
44. World Federation of Occupational Therapists (WFOT); Definition of Occupational Therapy (2012)
45. World Federation of Occupational Therapists (WFOT); Statement on Occupational Therapy (2010)
46. Департамент соціальної та ветеранської політики: Реєстр надавачів та отримувачів соціальних послуг

- 47.3У «Про соціальні послуги» від 17.01.2019 року № 2671-VIII (URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19>)
- 48.Наказ Мінсоцполітики України від 23.06.2020 року № 429
- 49.Наказ Мінсоцполітики від 03.09.2012 року №537 «Про затвердження Переліку соціальних послуг, що надаються особам, які перебувають у складних життєвих обставинах і не можуть самостійно їх подолати» (URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1614-12>)
- 50.Наказ Мінсоцполітики України від 03.04.2015 року № 372 «Про затвердження Державного стандарту підтриманого проживання бездомних осіб» (URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0458-15>)
- 51.Наказ Мінсоцполітики України від 07.06.2017 року №956 «Про затвердження Державного стандарту соціальної послуги підтриманого проживання осіб похилого віку та осіб з інвалідністю» (URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0806-17>)
- 52.Наказ Мінсоцполітики України від 13.07.2018 року №1005 «Про затвердження форм обліку соціальної роботи з сім'ями/особами, які перебувають у складних життєвих обставинах» (URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0943-18>)
- 53.Електронний ресурс Мінсоцполітики: (URL: <https://www.msp.gov.ua/timeline/invalidnist.html>)
- 54.Електронний ресурс Мінсоцполітики: (URL: <https://minre.gov.ua/2023/09/22/v-ukrayini-nalichuyetsya-3-miljony-lyudej-z-invalidnistyu/>)
- 55.Концепція розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року (URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1018-2017-%D1%80#Text>)
- 56.Благодійна установа «Дім самостійного життя». Львів соціальний: вебсайт. (URL: <https://social.lviv.ua/ngo/perelik-gromadskykh-organizacij/blagodiynaustanova-dim-samostiyno/>)

57. Всеукраїнська громадська організація «Коаліція захисту прав інвалідів та осіб з інтелектуальною недостатністю»: вебсайт. (URL: <http://cdplatform.org/community/949-vseukrainska-hromadska-orhanizatsiia-koalitsiiazakhystu-prav-invalidiv-ta-osib-z-intelektualnoiu-nedostatnistiu/profile>)
58. Електронний ресурс (URL: [https://zaxid.net/statti\\_tag50974/](https://zaxid.net/statti_tag50974/))
59. Підтримане проживання неповносправних осіб у громаді. Соціокультурний проект «Створення моделі підтриманого проживання дорослих осіб з аутизмом у міській квартирі». Товариство «Родина Кольпінга». Львів. 2014
60. Центр реабілітаційних та соціальних послуг Джерело: вебсайт (URL: <https://dzherelocentre.org.ua/>)
61. Майстерня Мрії: вебсайт (URL: <https://maysternia-mriyi.com.ua/>)
62. Темченко О. Міжнародні та національні стандарти організації підтриманого проживання. МН4U. – 136 с. (URL: [https://www.mh4u.in.ua/wp-content/uploads/2023/10/mh4u\\_final.pdf](https://www.mh4u.in.ua/wp-content/uploads/2023/10/mh4u_final.pdf))
63. Вінницький міжрегіональний центр професійної реабілітації «Поділля»: вебсайт (URL: <https://www.vcri.gov.ua/>)
64. Електронний ресурс (URL: <https://invak.info/reabilitatsiya/u-vinnici-zapracuvala-shkola-samostijnogo-prozhivannya-dlya-lyudej-z-psikhichnimi-ta-intelektualnimi-porushennyami.html>)
65. World Federation of Occupational Therapists (WFOT) (URL: <https://wfot.org/>)
66. Metzler MJ, Metz G. Analyzing the Barriers and Supports of Knowledge Translation Using the PEO Model. Canadian Journal of Occupational Therapy 77 (2010); 2(8)
67. Law M, Cooper B, Strong S, Stewart D, Rigby P, Letts L. The Person-Environment-Occupation Model: A transactive approach to occupational performance. Canadian Journal of Occupational Therapy. 1996; 63(1)

68. Strong S, Rigby P, Stewart D, Law M. Application of the Person-Environment-Occupation Model: A practical Tool. Canadian Journal of Occupational Therapy. 1999; 66(3):122-33  
DOI:10.1177/000841749906600304  
(URL:[https://www.researchgate.net/publication/12836855\\_Application\\_of\\_the\\_Person-Environment-Occupation\\_Model\\_A\\_practical\\_Tool](https://www.researchgate.net/publication/12836855_Application_of_the_Person-Environment-Occupation_Model_A_practical_Tool))
- 69.Електронний ресурс (URL: <http://politics.ellib.org.ua/encyclopedia-term-6179.html>)
- 70.Словник із соціальної роботи, електронний ресурс (URL: <http://slovopedia.org.ua/>)
- 71.Озадовська Л. Спостереження // Філософський енциклопедичний словник /
- 72.Шинкарук ВІ (гол. редкол.) та ін. – Київ: Інститут філософії імені Григорія Сковороди НАН України: Абрис, 2002. – С. 606. – 742 с.
- 73.Bergeron D, O'Callaghan C. Mini-Mental State Examination (MMSE) and Montreal Cognitive Assessment (MoCA). Verywell Health. 2021.
- 74.McIntosh J. MOCA test for dementia: Can it accurately diagnose cognitive impairment. Medical News Today. 2022 Jan 13.
- 75.Simonsick EM, Gottesman RF, Newitt R, et al. Tracking cognition with the T-MoCA in a racially/ethnically diverse older adult cohort. J Am Geriatr Soc. 2021;69(3).
- 76.Sternberg D, Caughlin S, Block C, Cawthon C, Habeck C, Gazes Y, et al. Telehealth equivalence of the Montreal cognitive assessment (MoCA): Results from the Emory healthy brain study (EHBS). Clin Neuropsychol. 2021;35(1).
- 77.Kutsiuk AM, Kazmirchuk VV, Koroliuk II, Parashchak YI, Pinchuk AI, Brezhneva OO, Suprun GO. Post-stroke cognitive impairment screening with MMSE and MoCA and predictors of their persistence after treatment at the Stroke Center. Perelom. 2021;1(97).

78. ResearchGate. Prediction of post-stroke cognitive impairment by Montreal Cognitive Assessment (MoCA) performances in acute stroke: comparison of three normative datasets [Internet]. ResearchGate website. 2021.
79. Tong Y, Chen X, Sun Y, Ding M. Quantitative EEG Correlates with NIHSS and MoCA for Assessing the Initial Stroke Severity in Acute Ischemic Stroke Patients. *Frontiers in Neuroscience*. 2021.
80. Quinn TJ, Langhorne P, Stott DJ. Barthel Index for Stroke Trials: Development, Properties, and Application. *Stroke*. 2011; 42(4).
81. Graf C. The Lawton instrumental activities of daily living scale. *The American Journal of Nursing*. 2008; 108(4).
82. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9(3).
83. The Center for Outcome Measurement In Brain Injury. Електронний ресурс (URL: <https://www.tbims.org/combi/pcrs/index.html>)
84. Одиночне дослідження - огляд | Теми ScienceDirect
85. International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences | ScienceDirect. Електронний ресурс (URL: <https://www.sciencedirect.com/referencework/9780080430768/international-encyclopedia-of-the-social-and-behavioral-sciences>)
86. Single-case intervention research: Methodological and statistical advances. Washington, DC, US: American Psychological Association; 2014. XIII, 366.
87. Kratochwill TR, Levin JR. Single-case intervention research: Methodological and statistical advances
88. Lobo MA, Moeyaert M, Cunha AB, Babik I. Single-Case Design, Analysis, and Quality Assessment for Intervention Research. *Neurol Phys Ther*. Електронний ресурс (URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5492992/>)
89. МКФ (URL: <https://apps.who.int/classifications/icfbrowser/Default.aspx>)

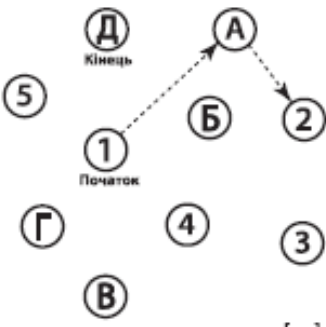



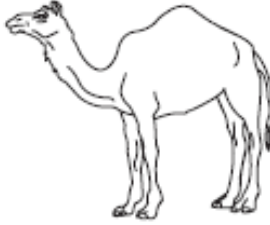
90. Bexelius A, Carlberg EB, Löwing K. Quality of goal setting in pediatric rehabilitation-A SMART approach. [Internet] Child Care Health Dev. 2018 [cited 2019 Oct 16]; 44(6).
91. Bowman J, Mogensen L, Marsland E, Lannin N. The development, content validity and inter-rater reliability of the SMART-Goal evaluation method: A standardised method for evaluating clinical goals. Australian Occupational Therapy Journal. 2015; 62(6).
92. Bovend'Eerd T, Botell R, Wade D. Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling: A practical guide. Clinical Rehabilitation, 2010; 24(4).
93. Prigatano GP and Others. Neuropsychological Rehabilitation After Brain Injury. Baltimore: Johns Hopkins University Press. 1986.

## ДОДАТОК А

## Монреальська шкала когнітивних функцій

Ві'я: \_\_\_\_\_  
Освіта: \_\_\_\_\_  
Стать: \_\_\_\_\_  
Дата народження: \_\_\_\_\_  
ДАТА: \_\_\_\_\_

**МОНРЕАЛЬСЬКИЙ КОГНІТИВНИЙ ТЕСТ (МОСА)**

ЗОРОВО-КОНСТРУКТИВНІ / ВИКОНАВЧІ НАВИЧКИ		БАЛИ:																		
 <p style="text-align: center;">[ ]</p>	 <p>Складіть куб</p> <p style="text-align: center;">[ ]</p>	<p>Намалюйте ГОДИННИК (10 хвилин на дванадцяті) (3 бали)</p> <p style="text-align: center;">[ ]</p> <p style="text-align: center;">[ ]</p> <p style="text-align: center;">[ ]</p> <p style="text-align: center;">Контур      Цифри      Стрілки</p> <p style="text-align: right;">___/5</p>																		
<b>НАЗВИ</b>																				
 <p style="text-align: center;">[ ]</p>	 <p style="text-align: center;">[ ]</p>	 <p style="text-align: center;">[ ]</p>																		
___/3																				
<b>ПАМ'ЯТЬ</b>	Прочитайте список слів. Обстежуваний повинен їх повторити. Зробіть дві спроби, навіть якщо обстежуваний повторив усі слова після першої спроби. Перелітайте слова через 5 хвилин.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>ОБЛИЧЧЯ</th> <th>ОКСАМИТ</th> <th>ШКОЛА</th> <th>РОМАШКА</th> <th>ЧЕРВОНИЙ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 спроба</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 спроба</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		ОБЛИЧЧЯ	ОКСАМИТ	ШКОЛА	РОМАШКА	ЧЕРВОНИЙ	1 спроба						2 спроба					
	ОБЛИЧЧЯ	ОКСАМИТ	ШКОЛА	РОМАШКА	ЧЕРВОНИЙ															
1 спроба																				
2 спроба																				
<b>УВАГА</b>	Прочитайте список цифр (1 цифра/сек). Обстежуваний повинен повторити їх у такому ж порядку [ ] 2 1 8 5 4. Обстежуваний повинен повторити їх у зворотному порядку [ ] 7 4 2.	___/2																		
	Прочитайте список букв. Обстежуваний повинен вдарити долонею по столу кожен раз при проголошенні букви А. Бали не додаються, якщо є дві або більше помилки. [ ] Ф Б А С М Н А А Ж К Л Б А Ф А К Д Е А А А Ж А М О Ф А А Б	___/1																		
	Серійне віднімання 7, починаючи зі 100. [ ] 193 [ ] 186 [ ] 179 [ ] 172 [ ] 165 4 або 5 правильних віднімань: 3 бали, 2 або 3 прав. відн.: 2 бали, 1 прав. відн.: 1 бал, 0 прав. відн.: 0 балів	___/3																		
<b>МОВА</b>	Повторіть: Я впевнений в одному, тільки Баген - це той, хто може сьогодні допомогти [ ] Кіт завжди ховався під диваном, коли пес був у кімнаті [ ]	___/2																		
	Вербальна швидкість / Назвати за одну хвилину максимальну кількість слів, що починаються з букви Н [ ] ____ (N ≥ 11 слів)	___/1																		
<b>АБСТРАКЦІЯ</b>	Спільне між словами, наприклад яблуко і апельсин – фрукти [ ] поїзд і велосипед [ ] лінійка й годинник [ ]	___/2																		
<b>ВІДКЛАДЕНЕ ПОВТОРЕННЯ</b>	Повторені слова БЕЗ ПІДКАЗКИ	___/5																		
<b>ОПЦІЙНО</b>	Категоріальна підказка	Бали присуджуються тільки за названі слова без підказок																		
	Список слів для вибору																			
<b>ОРІЕНТАЦІЯ</b>	[ ] Дата [ ] Місяць [ ] Рік [ ] День тижня [ ] Місце [ ] Місто	___/6																		
<p>© Z. Nasreddine MD Версія 7.1 <a href="http://www.mocatest.org">www.mocatest.org</a> Норма ≥ 26 / 30</p> <p>Переклад: Труфанов Є.О. MD PhD</p> <p>Тестування проводив:</p>		<p><b>Сума балів:</b></p> <p>Додайте 1 бал, якщо оцінка ≤ 12</p>																		

## ДОДАТОК Б

### Шкала Оцінка Компетентності Пацієнта

#### Оцінювання Компетентності Пацієнта (Форма Пацієнта)

*Ресурси: Prigatano GP and Others (1986). Neuropsychological Rehabilitation After Brain Injury. Baltimore: Johns Hopkins University Press. [93]*

**Інструкція** - Наступний опитувальник просить Вас оцінити свою можливість виконувати деякі практичні навички. Деякі питання можуть не стосуватися активностей, які ви виконуєте часто, але ми просимо відповісти на всі питання так, якби Ви обов'язково мали це зробити. Ви маєте оцінити, наскільки легко чи складно вам виконати кожну дію, про яку запитується, і позначити відповідь відповідним чином.

#### Оцінювання Компетентності

- 1 — Не можу
- 2 — Дуже складно зробити
- 3 — Дещо складно
- 4 — Досить легко
- 5 — З легкістю роблю

#### Інформація для ідентифікації

Ім'я пацієнта: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

ПИТАННЯ	Не можу	Дуже склад но	Дещо склад но	Доси ть легко	Дуж е легк о


1.	Наскільки мені легко готувати для себе їжу?	1	2	3	4	5
2.	Наскільки легко мені надягати одяг?	1	2	3	4	5
3.	Наскільки легко мені підтримувати особисту гігієну?	1	2	3	4	5
4.	Наскільки легко мені мити посуд?	1	2	3	4	5
5.	Наскільки легко мені прати мій одяг?	1	2	3	4	5
6.	Наскільки легко мені вести свій бюджет і піклуватися фінансами?	1	2	3	4	5
7.	Наскільки легко мені робити справи чи приходити на зустрічі вчасно?	1	2	3	4	5
8.	Наскільки легко мені почати розмову в групі?	1	2	3	4	5
9.	Наскільки легко мені залишатися залученим / ною в роботу навіть коли мені нудно чи в мене не лишилось сил?	1	2	3	4	5
10.	Наскільки легко мені пригадувати, що у мене вчора було на вечерю?	1	2	3	4	5
11.	Наскільки легко мені пригадувати імена людей, яких я часто бачу?	1	2	3	4	5

12.	Наскільки легко мені пригадувати мій розпорядок дня?	1	2	3	4	5
13.	Наскільки легко мені пригадувати важливі речі, які треба зробити?	1	2	3	4	5
14.	Наскільки легко було б мені керувати автомобілем, якщо мені довелося би?	1	2	3	4	5
15.	Наскільки легко було б мені попросити допомоги зрозуміти щось?	1	2	3	4	5
16.	Наскільки легко мені пристосовуватись до неочікуваних змін?	1	2	3	4	5
17.	Наскільки легко мені сперечатися з добре знайомими людьми?	1	2	3	4	5
18.	Наскільки легко мені приймати чужу критику?	1	2	3	4	5
19.	Наскільки легко мені контролювати, коли я плачу?	1	2	3	4	5
20.	Наскільки легко мені поводитися відповідно соціальним нормам коли я з друзями?	1	2	3	4	5
21.	Наскільки легко мені показувати свою любов іншим людям?	1	2	3	4	5
22.	Наскільки легко мені брати участь у групових активностях?	1	2	3	4	5

23.	Наскільки легко мені зрозуміти, коли я чимось роблю іншим неприємно?	1	2	3	4	5
24.	Наскільки легко мені вносити денні активності у графік?	1	2	3	4	5
25.	Наскільки легко мені розуміти нові інструкції?	1	2	3	4	5
26.	Наскільки легко мені стабільно виконувати мої щоденні обов'язки?	1	2	3	4	5
27.	Наскільки легко мені контролювати свою поведінку, коли мені неприємно?	1	2	3	4	5
28.	Наскільки легко мені не сумувати і впадати в апатію?	1	2	3	4	5
29.	Наскільки легко мені контролювати свої емоції таким чином, щоб вони не заважали мені виконувати щоденні активності?	1	2	3	4	5
30.	Наскільки легко мені контролювати мій сміх?	1	2	3	4	5

## ДОДАТОК В


## Аанкета студента тренувальної квартири

бачити  
серцем 

## АНКЕТА СТУДЕНТА для участі у навчальному проєкті «Тренувальна квартира»

Любов Куницька  
Координаторка  
Лебець Наталя  
Ерготерапевтка  
Євгенія Плахова  
Асистентка соціально-побутового  
супроводу

м. Київ -2023

бачити  
серцем 


### Шановні батьки / опікуни!

Для того щоб забезпечити комфортне перебування молоді людини в тренувальній квартирі, просимо Вас детально заповнити анкету.  
Вся інформація є конфіденційною і не може використатися для поширення без Вашої згоди.  
Анкету потрібно заповнити і відправити за адресою: [bachytysercem@gmail.com](mailto:bachytysercem@gmail.com).  
В темі листа вказати ТРЕНУВАЛЬНА КВАРТИРА + прізвище молоді людини. Дякуємо.

#### Основні відомості про молоді людину (резидента):

1. ПІП
2. Дата народження
3. Вік
4. Стать
5. Місце фактичного проживання
6. Склад родини, у якій проживає молоді людина
7. ПІП матері / опікунки, № телефону
8. ПІП батька / опікуна, № телефону
9. Адреса ел. пошти для зв'язку
10. Діагноз молоді людини (за наявності, основний та додаткові)
11. Номер паспорту та пенсійного посвідчення
12. Номер телефону резидента (за наявності)


1

бачити  
серцем 

#### Причина/и звернення батьків / опікунів

1. Запит батьків / опікунів на участь молоді людини у проєкті «Тренувальна квартира»
2. Що батьки / опікуни хочуть змінити (перелік)
3. Чи готові батьки / опікуни дотримуватись рекомендацій спеціалістів для досягнення результату та його підтримання в подальшому? Що ще готові робити батьки / опікуни для отримання змін?
4. Якого результату батьки / опікуни очікують за 1 місяць, 3 місяці, 6 місяців? Поява яких нових навичок та вмінь є пріоритетною?
5. На скільки балів по шкалі від одного до десяти батьки / опікуни хочуть отримати зміни?
6. Протягом якого терміну батьки / опікуни хочуть побачити перші зміни?
7. Як зрозуміють батьки / опікуни, що є позитивний результат співпраці? Що буде показником просування у вірному напрямку?
8. Який спосіб надання зворотнього зв'язку є оптимальним та з якою регулярністю?

2

бачити  
серцем 

#### ІНДИВІДУАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ РЕЗИДЕНТА

1. Бажана форма звертання до резидента (форма імені):
2. Підсилюючі засоби звертання (торкання, проста мова, жестова мова, візуальна підтримка, повторення звертання кілька разів тощо):
3. Особливості характеру та темпераменту (повільний, швидкий, спокійний, активний тощо):
4. Особливості сну (час відходу та під'йому тощо):
5. Наявність ритуалів, які важливі у щоденному житті (детально):
6. Особливості навантаження та відпочинку (форма, тривалість тощо):
7. Особливості сенсорного сприймання (яким має бути режим, що має бути обов'язково та що необхідно виключити):
8. Особливості взаємодії: який прояв поведінки про що може свідчити та як варто діяти у відповідь (типові ситуації):
9. Те, що любить і що не любить:
  - Предмети
  - Місця
  - Діяльність
  - Музика
  - Кольорова гама
  - Ігри
  - Їжа та напої
  - Кількість людей довкола
10. Місця, які добре знає:
11. Зайнятість, хобі:
12. Попередній досвід (навчання, участь у програмах реабілітації, перебування без нагляду впродовж довгого часу, елементи самостійного життя тощо)
13. Чи прагне молоді людина самостійності?

3

бачити  
серцем 

14. Особливості поведінки молодшої людини (будь ласка, опишіть детально, якщо є такі особливості):

15. Чи приймає молода людина ліки, які потрібно давати протягом дня, вкажіть назву, дозування та години прийому. Які особливості прийому (вкажіть як давати ліки: з водою, йогуртом і т.д.):

16. Особливості харчування (вказанте будь ласка, алергії, вибірковість продуктів, улюблені страви, напої у молодшої людини)

17. Якщо є дієта, вказанте яка саме:

18. Вказанте режим денного харчування молодшої людини (час прийому їжі, перекуси):

19. Особливості прийому їжі (детально - чи їсть самостійно, чи п'є самостійно, чи має окремі столові прилади, без яких не буде їсти та інші особливості):

20. Навички самообслуговування молодшої людини:

- чи ходить самостійно в туалет (якщо ні, вказанте, як проситься або як показує, що хоче до туалету; чи потрібен супровід до туалета і під час перебування в туалеті; інші особливості):

- чи самостійно виконує ранкові та вечірні гігієнічні процедури (чистить зуби, умиває обличчя, голиться тощо):

- чи приймає самостійно душ, миє голову та тіло:

21. Чим молода людина любить займатись у вільний час:

22. Чи розуміє молода людина звернену мову (якщо частково, вкажіть як саме звертатись, інші особливості):

4

бачити  
серцем 

23. Чи розмовляє молода людина? Якими засобами комунікації користується:

24. Як реагує молода людина на заборону (опишіть, на які види заборони саме):

25. Як швидко молода людина переключается з одного виду діяльності на інший (якщо є особливості вкажіть):

26. Скільки часу молода людина може проводити самостійно (вказанте час):

27. Скільки часу потрібно молодій людині для адаптації в новому середовищі:

28. Чи взаємодіє молода людина з однопітками (вказіть особливості):

29. Чи часто молода людина буває роздратованою, злою, неспокійною, впертою та конфліктною? В яких ситуаціях?

30. Яким способом ми можемо допомогти молодій людині, коли вона перенавантажена та засмучена? (Дати відпочити, можливість зайнятися тим, чим хоче.)

31. Які мотиватори є у молодшої людини, які допоможуть залучити її до групової роботи?

32. Чи є фобії у молодшої людини? Чого вона боїться?

5

бачити  
серцем 

33. Чи згодні Ви на фото і відео зйомку молодшої людини та публікацію фото та відео у ЗМІ та соціальних мережах?

Так \_\_\_\_\_

Ні \_\_\_\_\_

Інше \_\_\_\_\_

34. Вкажіть ваші побажання відносно участі молодшої людини у проєкті.

35. Команда організаторів готова до відкритої та чесної взаємодії з батьками/опікунами/особами, що їх замінюють, щоб забезпечити якісну та безпечну роботу всіх учасників проєкту. Тому вказанте, будь-ласка, додаткову інформацію про молодшу людину, яка може бути корисною для нас.

6

бачити  
серцем 

Примітки (про що ми не спитали, але хочеться вказати)

ДАТА ЗАПОВНЕННЯ АНКЕТИ

ПІП БАТЬКА / МАТЕРІ / ОПІКУНА

ПІДПИС БАТЬКА / МАТЕРІ / ОПІКУНА

7

## ДОДАТОК Г

### Детальний список речей студента тренувальної квартири

#### Детальний список речей студента

- **Документи**

Копія паспорта  
Копія пенсійного посвідчення  
Копії рецептів медпрепаратів  
Медична довідка про епідоточення

- **Для навчання (Електроніка, Канцелярія)**

Ноутбук / Телефон  
Зарядні пристрої  
Навушники  
Продовжувач - розетки не завжди зручно розташовані.  
Канцелярські речі  
Настільний органайзер - дозволить зберігати дрібні речі.

- **Аптечка**

Ліки, виписані лікарем із зазначенням дози та часу прийому

- **Одяг і взуття**

Піжама / домашній одяг (один костюм)  
Зручний повсякденний одяг:  
Футболки (не менше 4-х)  
Шкарпетки (з розрахунку на 5 днів)  
Штани (додаткова одна пара)  
Теплі речі (спортивний костюм, штани, кофта, куртка)  
Капці / ляпанці для приміщення квартири  
Нижня білизна (з розрахунку на 5 днів +1)

- **Постільні речі / Рушники**

Два великих рушника  
Два малих рушника  
Два комплекта постільної білизни (полуторна)

- **Засоби особистої гігієни**

Зубна паста і щітка  
Мило  
Гребінець  
Шампунь  
Гель для душу  
Губка  
Дезодорант  
Засіб для/після гоління  
Бритва для гоління  
Засоби для особистої жіночої гігієни

- **Акcesсуари**

Багаторазова пляшка для води **ОБОВ'ЯЗКОВО !!!**  
Бананка (маленький рюкзак)  
Сонцезахисні окуляри  
Головний убір  
Парасоля  
Дощовик

ДОДАТОК Д

Додаток 1 до Стандарту підтриманого проживання

Додаток 1 до Державного стандарту соціальної послуги підтриманого проживання осіб похилого віку та осіб з інвалідністю (пункт 1 розділу III)

Комплексне визначення суттєвих індивідуальних потреб отримувача соціальної послуги підтриманого проживання осіб похилого віку та осіб з інвалідністю

1. Суттєві індивідуальні потреби отримувача соціальної послуги з числа осіб похилого віку та пенсіонерів осіб з інвалідністю з фізичними та/або сенсорними порушеннями визначаються на підставі оцінки можливості виконання елементарних та складних дій.

Таблиця 1

Визначення суттєвих індивідуальних потреб отримувача соціальної послуги підтриманого проживання

Група ризикованості	Сума балів за шкалами Бартеза і Люткова	Суттєві індивідуальні потреби	Характеристика суттєвих індивідуальних потреб
1	2	3	4
I група	127-0	0	Сторонньої допомоги не потребує
II група	100-126	0-1	Основні види елементарних дій (вмивання, одягання, взування, контроль за актами сечовиділення та дефекації, прийняття ванни, душу, користування туалетом, заручування, користування посудом та побутовою технікою) виконує самостійно й у повному обсязі. Основні види складних дій (приготування їжі, прийом ліків, користування телефоном, транспортом, везення домашнього господарства, прибирання, прання, зняття рухомих одягу, розпорядження особистими фінансами, здійснення покупок у магазинах і організація виїзду, використання ліфта, у разі наявності) виконує самостійно й у повному обсязі. Пересувається поза допомогою і/або без вихідних на великі відстані. Користується транспортом. Має трудовий прихідний дохід. Може отримувати сторонню допомогу при здійсненні покупок чи організації послуг у організації району, у залученні інших осіб. Немає потреби в сторонній допомозі. З огляду на наявні фактори ризику отримувач соціальної послуги може потребувати сторонньої допомоги й догляду у

Продовження додатка 1

1	2	3	4
III група	88-99	2	визначеному обсязі (часткової сторонньої допомоги потребує виконання окремих елементарних соціальної послуги менше ніж 10% простих та складних дій). Основні види елементарних дій (вмивання, одягання, взування, контроль за актами сечовиділення та дефекації, користування туалетом, заручування, користування посудом та побутовою технікою) виконує самостійно й у повному обсязі. Основні види складних дій (приготування їжі, прийом ліків, користування телефоном, транспортом, розпорядження особистими фінансами) виконує самостійно й у повному обсязі. Пересувається в межах двору без допомоги й у великій відстані. Користується транспортом. Має складовий прихідний дохід. Ванну чи душ приймає самостійно, може періодично потребувати сторонньої допомоги (присутність сторонньої особи з метою уникнення травм). Може отримувати визначеної допомоги у везенні домашнього господарства, часткової допомоги при праці, знятті рухомих одягу, здійсненні покупок у магазинах чи отриманні послуг у організації, що не виключає потребу місця проживання. Повністю виконана залежність від сторонньої допомоги. Отримувач соціальної послуги може потребувати повного обсягу сторонньої допомоги й догляду з огляду на наявні обмеження у життєдіяльності, умови проживання й фактори ризику (часткової сторонньої допомоги може потребувати виконання окремих елементарних соціальної послуги до 20% простих та складних дій).
		3	Основні види елементарних дій (вмивання, контроль за актами сечовиділення та дефекації, користування туалетом, заручування, користування посудом та побутовою технікою) виконує самостійно й у повному обсязі. Види складних дій (прийм ліків, користування телефоном, розпорядження особистими фінансами) виконує самостійно й у повному обсязі. Пересування в основному виконується самостійно. Може пересуватися на великій відстані самостійно чи з супроводом пішки або на транспорті. Може мати значні трудові приходи пішій складовий або не у змож самостійно підписувати документи без сторонньої допомоги. Під час купання у ванні чи душі може потребувати часткової сторонньої допомоги. Може отримувати визначеної допомоги при праці, знятті рухомих одягу, везенні домашнього господарства, часткової допомоги при праці, здійсненні покупок у магазинах чи отриманні послуг у організації, що не виключає потребу місця проживання.

Продовження додатка 1

1	2	3	4
		4	Повністю виконана залежність у сторонній допомозі. Отримувач соціальної послуги може потребувати повного обсягу сторонньої допомоги й догляду з огляду на наявні обмеження у життєдіяльності, умови проживання й фактори ризику (часткової і повної сторонньої допомоги може потребувати виконання окремих елементарних соціальної послуги до 40% простих та складних дій).
	65-75	4	Основні види елементарних дій (вмивання, контроль за актами сечовиділення та дефекації, користування туалетом, користування посудом та побутовою технікою) виконує самостійно й у повному обсязі. Види складних дій (прийм ліків, користування телефоном, розпорядження особистими фінансами) виконує самостійно й у повному обсязі. Пересування виконується повністю. У разі необхідності може пересуватися на великій відстані самостійно чи з супроводом пішки або на транспорті. Не може підписувати документи без сторонньої допомоги. Може отримувати часткової сторонньої допомоги при праці, знятті рухомих одягу, везенні домашнього господарства, при праці, при купанні у ванні чи душі. Може отримувати часткової допомоги у магазинах чи отриманні послуг у організації. Отримувач соціальної послуги має виражену залежність у сторонній допомозі й догляді, у тому числі з огляду на наявні обмеження у життєдіяльності, умови проживання й фактори ризику (часткової і повної сторонньої допомоги й догляду потребує виконання окремих елементарних соціальної послуги до 50% простих та складних дій).
IV група	54-62	5	Основні види елементарних дій (вмивання, контроль за актами сечовиділення та дефекації, користування туалетом, користування посудом та побутовою технікою) виконує самостійно й у повному обсязі. Види складних дій (прийм ліків, користування телефоном, розпорядження особистими фінансами) виконує самостійно й у повному обсязі. Пересування виконується повністю. У разі необхідності може пересуватися на великій відстані з супроводом пішки або на транспорті. Не може підписувати документи без сторонньої допомоги. Може отримувати часткової допомоги при праці, знятті рухомих одягу, везенні домашнього господарства, часткової допомоги при праці, здійсненні покупок у магазинах чи отриманні послуг у організації. Отримувач соціальної послуги має виражену залежність від сторонньої допомоги й догляду, у тому числі з огляду на наявні обмеження у життєдіяльності, умови проживання й фактори ризику (часткової і повної сторонньої допомоги й догляду потребує виконання окремих елементарних соціальної послуги до 50% простих та складних дій).

Продовження додатка 1

1	2	3	4
	43-53	6	Фактори ризику (часткової і повної сторонньої допомоги й догляду потребує виконання окремих елементарних соціальної послуги до 50% простих та складних дій). Може виконувати, розуміючи, чистити зуби, втуляти і відганяти, приймати душ з частковою сторонньою допомогою. Може виконувати контроль за актами сечовиділення та дефекації. Пересування в основному виконується самостійно. У разі необхідності може виконувати й з супроводом пішки або на транспорті. Користується туалетом і з сторонньою допомогою (потребує допомоги при одяганні, взуванні, одяганні, роздяганні). Основні види домашнього господарства висте не у змож. Може приготувати найпростіші страви й випрати невеликі речі. Може отримувати часткової допомоги у магазинах чи отриманні послуг у організації. Може користуватися телефоном. Приймає ванну чи душ з частковою допомогою. Може розпоряджатися особистими фінансами. Отримувач соціальної послуги має виражену залежність від сторонньої допомоги й догляду, у тому числі з огляду на наявні обмеження у життєдіяльності, умови проживання й фактори ризику (часткової і повної сторонньої допомоги й догляду потребує виконання окремих елементарних соціальної послуги до 100% простих та складних дій, з них понад 60% - часткової сторонньої допомоги).
	32-42	7	Може виконувати, розуміючи, чистити зуби, втуляти і відганяти, приймати душ, приймати ванну чи душ з сторонньою допомогою. Користується туалетом і з сторонньою допомогою (потребує допомоги при одяганні, взуванні, одяганні, роздяганні). Пересування виконується самостійно. При першій з ліжка на крило іноді потребує мінімальної допомоги чи нагляду. Не може вести домашнє господарство, готувати навіть найпростіші страви, прати. Викликає трудові складності прийом ліків. Часто не у змож розпоряджатися власними фінансами. Може користуватися телефоном і виконувати домашнє.

Продовження додатка 1

1	2	3	4
		8	Пересування виконується повністю самостійно. Може виконувати, розуміючи, чистити зуби, втуляти і відганяти, приймати душ з частковою сторонньою допомогою. Може виконувати контроль за актами сечовиділення та дефекації. Користується телефоном чи має трудовий прихідний дохід при користуванні ним. Не може самостійно готувати їжу, вести домашнє господарство, прати, займатися рухомими речами. Не може самостійно приймати ліки й розпоряджатися особистими фінансами. Отримувач соціальної послуги повністю залежить від сторонньої допомоги. Часткова залежність, обумовлена станом здоров'я й можливістю пересування, становить менше ніж 50% випадків виконання простих і складних дій.
	12-24	9	Отримувач соціальної послуги повністю перебуває у ліжку. Потребує сторонньої допомоги при першій з ліжка на крило. Може здійснювати активні рухи у межах ліжка. Може самостійно сидіти. Слабо самозалежний і незалежний догляду. Контролює акти сечовиділення й дефекації частково чи повністю. Комунікує з людьми чи крило-туалетом. Отримувач соціальної послуги повністю залежить від сторонньої допомоги.
	0-11	10	Отримувач соціальної послуги повністю перебуває у ліжку. Потребує сторонньої допомоги повністю. Не може виконувати активні рухи у межах ліжка. Може самостійно сидіти. Слабо самозалежний і незалежний догляду. Контролює акти сечовиділення й дефекації частково чи повністю. Комунікує з людьми чи крило-туалетом. Отримувач соціальної послуги повністю залежить від сторонньої допомоги.

членів його сім'ї, надавача соціальної послуги або шляхом здійснення фізичними безпосереднього спостереження за отримувачем соціальної послуги.

4. При застосуванні зазначеного шкали обрані відповідні на питання мають відображати реальні дії отримувача соціальної послуги. Оцінка проводиться на підставі інформації за попередні 30-48 годин (у разі необхідності оцінка проводиться за довший період часу).

5. Шкала оцінки можливості виконання елементарних дій оцінює повсякденну діяльність людини за допомогою 10 критеріїв, що стосуються сфери самообслуговування та можливості пересування (таблиця 2). Оцінка рівня виконання елементарних соціальних дій, визначення для кожного отримувача соціальної послуги за кожним з розділів цієї шкали. Максимальний результат становить 100 балів, мінімальний – 0 балів.

\* Потреба у нагляді й словесній оцінці, що потенційно отримувач соціальної послуги належить до категорії тих, хто потребує сторонньої допомоги (визначення).

\*\* Категорія «немає нагляді» допускає використання допоміжних засобів реабілітації.

Таблиця 2

Шкала оцінки можливості виконання елементарних дій

№ запитання	Критерій	Характеристика	Бали	
			3	4
1	Прийом їжі	Приготування до прийому їжі й прийом їжі здійснює самостійно, користується посудом, столовими приборами й посудом, який використовує самостійно.	10	9
		Приготування до прийому їжі й прийом їжі здійснює самостійно, але за довший період часу.	8	7
		Приготування до прийому їжі й прийом їжі здійснює самостійно із застосуванням спеціальних посуду й технічних засобів реабілітації (ліфт – ТЗР).	7	6
		Належну їжу здійснює самостійно або за допомогою ТЗР приготування до прийому їжі й прийом їжі.	5	4
		Приймає їжу самостійно або за допомогою ТЗР, але не може приготувати до прийому їжі (покласти їжу в тарілку чи тарелю) у разі потреби.	3	2
		Потребує нагляду чи незначної сторонньої допомоги при приготуванні до прийому їжі й прийом їжі (при розпорошенні).	1	0
2	Прийом ліків	Приймає ліки самостійно.	10	9
		Приймає ліки самостійно за допомогою ТЗР.	7	6
		Потребує багато часу для самостійного чи за допомогою ТЗР прийому ліків.	5	4
		Потребує незначної сторонньої допомоги чи нагляду.	3	2
		Приймає ліки самостійно, але не може приготувати до прийому їжі (покласти їжу в тарілку чи тарелю) у разі потреби.	1	0
3	Прийом ванни	Приймає ванну самостійно.	10	9
		Приймає ванну самостійно за допомогою ТЗР.	7	6
		Потребує багато часу для самостійного чи за допомогою ТЗР прийому ванни.	5	4
		Потребує незначної сторонньої допомоги чи нагляду.	3	2
		Приймає ванну самостійно, але не може приготувати до прийому їжі (покласти їжу в тарілку чи тарелю) у разі потреби.	1	0
4	Прийом туалету	Користується туалетом самостійно.	10	9
		Користується туалетом самостійно за допомогою ТЗР.	7	6
		Потребує багато часу для самостійного чи за допомогою ТЗР прийому туалету.	5	4
		Потребує незначної сторонньої допомоги чи нагляду.	3	2
		Користується туалетом самостійно, але не може приготувати до прийому їжі (покласти їжу в тарілку чи тарелю) у разі потреби.	1	0
5	Прийом душа	Приймає душ самостійно.	10	9
		Приймає душ самостійно за допомогою ТЗР.	7	6
		Потребує багато часу для самостійного чи за допомогою ТЗР прийому душа.	5	4
		Потребує незначної сторонньої допомоги чи нагляду.	3	2
		Приймає душ самостійно, але не може приготувати до прийому їжі (покласти їжу в тарілку чи тарелю) у разі потреби.	1	0
6	Прийом їжі	Приймає їжу самостійно.	10	9
		Приймає їжу самостійно за допомогою ТЗР.	7	6
		Потребує багато часу для самостійного чи за допомогою ТЗР прийому їжі.	5	4
		Потребує незначної сторонньої допомоги чи нагляду.	3	2
		Приймає їжу самостійно, але не може приготувати до прийому їжі (покласти їжу в тарілку чи тарелю) у разі потреби.	1	0
7	Прийом ліків	Приймає ліки самостійно.	10	9
		Приймає ліки самостійно за допомогою ТЗР.	7	6
		Потребує багато часу для самостійного чи за допомогою ТЗР прийому ліків.	5	4
		Потребує незначної сторонньої допомоги чи нагляду.	3	2
		Приймає ліки самостійно, але не може приготувати до прийому їжі (покласти їжу в тарілку чи тарелю) у разі потреби.	1	0
8	Прийом ванни	Приймає ванну самостійно.	10	9
		Приймає ванну самостійно за допомогою ТЗР.	7	6
		Потребує багато часу для самостійного чи за допомогою ТЗР прийому ванни.	5	4
		Потребує незначної сторонньої допомоги чи нагляду.	3	2
		Приймає ванну самостійно, але не може приготувати до прийому їжі (покласти їжу в тарілку чи тарелю) у разі потреби.	1	0
9	Прийом туалету	Користується туалетом самостійно.	10	9
		Користується туалетом самостійно за допомогою ТЗР.	7	6
		Потребує багато часу для самостійного чи за допомогою ТЗР прийому туалету.	5	4
		Потребує незначної сторонньої допомоги чи нагляду.	3	2
		Користується туалетом самостійно, але не може приготувати до прийому їжі (покласти їжу в тарілку чи тарелю) у разі потреби.	1	0
10	Прийом їжі	Приймає їжу самостійно.	10	9
		Приймає їжу самостійно за допомогою ТЗР.	7	6
		Потребує багато часу для самостійного чи за допомогою ТЗР прийому їжі.	5	4
		Потребує незначної сторонньої допомоги чи нагляду.	3	2
		Приймає їжу самостійно, але не може приготувати до прийому їжі (покласти їжу в тарілку чи тарелю) у разі потреби.	1	0

Таблиця 3

Шкала оцінки можливості виконання складних дій

№ запитання	Критерій	Характеристика	Бали	
			3	4
1	Користування телефоном	Може користуватися телефоном.	3	2,5
		Може користуватися телефоном спеціально обладнаним (наприклад, кнопкою зворотньої сторони).	2	1,5
		Може користуватися з використанням спеціальних засобів реабілітації (наприклад, диктофон).	1,5	1
		Може готувати по телефону, якщо цього кабіне виробників.	1	0,5
2	Пересування на великій відстані	Може пересуватися самостійно, у тому числі громадським транспортом чи на власні. Планує поїзди самостійно.	3	2,5
		Може пересуватися самостійно, у тому числі громадським транспортом, куди не такти після детальних словесних інструкцій.	2,5	2

Продовження додатка 1

1	2	3	4
3	Обсяг прийому їжі	Потребує сторонньої допомоги при прийомі ванни чи душу (до 50% дій чи часу).	1
		Потребує значного обсягу сторонньої допомоги при прийомі ванни чи душу.	0
		Купання здійснюється тільки зі сторонньою допомогою у межах ліжка, у тому числі за допомогою ванни-протрапів.	0
		Здійснює особистий туалет самостійно без труди.	4
		Потребує нагляду чи незначної сторонньої допомоги (до 25% дій чи часу).	2
		Потребує сторонньої допомоги (до 50% дій чи часу).	1
		Потребує значного обсягу сторонньої допомоги.	0
		Не може самостійно здійснювати особистий туалет.	0
4	Особистий туалет	Вмивається і взувається самостійно без труди.	10
		Вмивається і взувається самостійно із застосуванням ТЗР без труди.	9
		Повністю вмивається і взувається самостійно або із застосуванням ТЗР.	8
		З труди вмивається і взувається самостійно або із застосуванням ТЗР.	7
		При одяганні і взуванні потребує нагляду чи незначної сторонньої допомоги, наприклад, при одяганні галстука, зав'язуванні шнурків (до 25% дій чи часу).	5
		Потребує сторонньої допомоги при одяганні і взуванні (до 50% дій чи часу).	3
		Потребує значного обсягу сторонньої допомоги при одяганні і взуванні.	1
		Не може самостійно вмиватися і взуватися.	0
5	Контроль дефекації	Повністю контролює, за необхідності може використовувати туалет.	10
		Можливо контролює, за необхідності може використовувати туалет.	8
		Можливо контролює, за необхідності може використовувати туалет.	6
		Випадає інцидент на частині 1 разу на тижень або потребує допомоги при використанні клітки і саніток (не частіше 1 разу на тижень).	5
		Періодично (2-3 рази на тижень) на контроле дефекації або потребує використання клітки, яку ставить дефікації соціальної послуги, або має функціоналу комоду, за якого може доглядати самостійно з частковою сторонньою допомогою й застосуванням калоприймача.	3
		Практично на контроле (порухами більше 3 разів на тижень), за якою доглядати самостійно.	1
		Повністю на контроле, що здійснюється надавачем соціальної послуги.	0
6	Контроль сечовиділення	Повністю контролює без сторонньої допомоги.	10
		Самостійно справляється з уростомом із застосуванням	8

Продовження додатка 1

1	2	3	4
		1	семибаччя та інших спеціальних засобів або самостійно справляється з уростомом.
		2	Використовує інцидент не частіше 1 разу на добу.
		3	Періодично (2-3 рази на добу) на контроле сечовиділення або з функціоналу уросту, за якого може доглядати з частковою сторонньою допомогою і застосуванням семибаччя.
		4	Практично на контроле (порухами більше 3 разів на добу), за уростомом доглядати самостійно не може, використовуються памперси.
		5	Повністю на контроле, що потребує використання катетера, який не може користуватися самостійно; повністю використовуються памперси або використовує їх із використанням (випадковий епізодичний порухами чи іншим причиною).
		6	Виділяє і здійснює туалет самостійно без труди.
		7	Виділяє і здійснює туалет самостійно із застосуванням ТЗР.
		8	Належну ванну і здійснює туалет із використанням крило-туалету, ТЗР без сторонньої допомоги.
		9	Потребує незначної сторонньої допомоги в ванну чи час здійснювання й здійснює туалет, застосування крило-туалету (наприклад, для одягання рюкзаків, при одяганні, одяганні в носки і т.д.).
		10	Потребує значної сторонньої допомоги при здійсненні й здійсненні туалету.
		11	Потребує повної сторонньої допомоги при здійсненні й здійсненні туалету.
		12	Потребує значної сторонньої допомоги при здійсненні й здійсненні туалету.
		13	Потребує повної сторонньої допомоги при здійсненні й здійсненні туалету.
		14	Потребує значної сторонньої допомоги при здійсненні й здійсненні туалету.
		15	Потребує повної сторонньої допомоги при здійсненні й здійсненні туалету.
		16	Потребує значної сторонньої допомоги при здійсненні й здійсненні туалету.
		17	Потребує повної сторонньої допомоги при здійсненні й здійсненні туалету.
		18	Потребує значної сторонньої допомоги при здійсненні й здійсненні туалету.
		19	Потребує повної сторонньої допомоги при здійсненні й здійсненні туалету.
		20	Потребує значної сторонньої допомоги при здійсненні й здійсненні туалету.





## **ДОДАТОК Е**

**Тези, надруковані у збірнику наукових праць Харківської державної академії фізичної культури по результатах роботи VI Всеукраїнської молодіжної науково-практичної конференції з міжнародною участю «Молодий вчений: сучасні тенденції формування та збереження здоров'я людини», яка проходила 28-29 березня 2024 р. у Харківській державній академії фізичної культури в on-line режимі**

**ТЕМА: Роль ерготерапевта у пілотному навчальному проєкті підтриманого проживання "Тренувальна квартира" для осіб з інвалідністю**

**Лебець Н.В.**

**Національний університет фізичного виховання і спорту України**

**Анотація.** В матеріалі викладено огляд досвіду роботи та ролі ерготерапевта у пілотному навчальному проєкті підтриманого проживання “Тренувальна квартира” для осіб з інвалідністю. Проживання молоді з інвалідністю під супроводом організовується для тих осіб, хто потребує підтримки у щоденних побутових справах для подальшого автономного життя вдома з перспективою активного включення до суспільства. Метою дослідження було створення та впровадження програми ерготерапії для осіб з інвалідністю в контексті оволодіння ними навичками самостійності на період перебування у навчальному проєкті “Тренувальна квартира”. Під час дослідження використовувалися клініко-інструментальні, педагогічні, соціологічні, статистичні методи, МКФ та аналіз науково-методичної і спеціалізованої літератури. Результати дослідження показали, що програма, складена та впроваджена ерготерапевтом, є ефективним інструментом для навчання

молодих осіб з інвалідністю навичок самостійності, які студенти в подальшому перенесли у життя зі своїми родинами.

**Ключові слова:** ерготерапія, особи з інвалідністю, соціально-побутова адаптація, тренувальна квартира, підтримане проживання

**Вступ.** Сучасне суспільство стикається зі значними викликами у сфері інтеграції та соціальної адаптації повнолітніх осіб з інвалідністю, які часто потребують підтримки та супроводу. Після втрати батьків багато з них опиняються у інтернатних установах, інституції яких залишилися ще з радянських часів. У таких місцях як психоневрологічні інтернати, дорослі люди з інвалідністю живуть під опікою персоналу, маючи дуже обмежений доступ до самостійного життя та реалізації власних бажань. Специфічні особливості розвитку повнолітніх осіб з інвалідністю вимагають комплексного та індивідуального підходу до забезпечення їх активної участі у громадському житті. В цьому контексті ерготерапія, що базується на принципах активної участі та функціональної реабілітації, набуває особливого значення. Виходячи з вищесказаного, розробка та впровадження алгоритму застосування ерготерапевтичних методів і засобів стають вкрай актуальними для підвищення якості життя цієї категорії осіб. Такий підхід дозволяє сприяти їхній соціальній та побутовій адаптації, наближаючи їх умови проживання до стандартів звичайного домашнього середовища.

Тренувальна квартира - це ефективний метод соціально-побутової абілітації, що являє собою інноваційну освітню та виховну систему взаємодії молодої людини з командою супроводу. Головною метою навчальних проєктів "Тренувальних Квартир" є формування у людини з інвалідністю навичок самостійного проживання, активне включення її в різні соціально-побутові процеси та ситуації. Цілі проєктів "Тренувальні квартири" включають: надання молодим людям з інвалідністю можливості проживання окремо від батьків протягом тижня, дозволяючи батькам відпочити від стресу та втоми; розвиток самостійності учасників проєкту та їх повне включення до суспільства; навчання молодих людей з інвалідністю жити за регулярним

розкладом дня; розвиток навичок самостійного проживання та домашнього господарювання учасників проєкту; створення можливості для батьків молодих людей з інвалідністю побачити свою дорослу дитину з іншого ракурсу, відчути її сильні сторони та переконатися в її соціальній адаптованості.

**Мета дослідження** - теоретично обґрунтувати та розробити алгоритм застосування ерготерапевтичних методів та заходів у процесі соціально-побутової адаптації молодих осіб з інвалідністю на період їх перебування у тренувальній квартирі.

**Матеріали та методи.** Аналіз науково-методичної та спеціалізованої літератури, ерготерапевтична модель РЕО, анкетування, бесіда, спостереження, Клінічно-інструментальні методи: Монреальська шкала оцінки когнітивних функцій (MoCA), Шкала Бартел (BI), Шкала Лаутона (The Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale), Оцінка Компетентності Пацієнта (PCRS), методи математичної статистики (Single-case Studies), Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ).

**Результати дослідження та їх обговорення.** Дослідження проводилося на базі приміщення ГО «Бачити Серцем» (м. Київ), яке являє собою 4-ри кімнатну квартиру (120 кв.м.) на першому поверсі звичайного багатоквартирного будинку в одному з районів столиці. За умовами проєкту у квартирі 5 будніх днів цілодобово проживали 4-ри молоді особи з інвалідністю: 2 чоловіка (23 і 32 років) і 2 жінки (26 і 40 років). У проєкті молоді особи з інвалідністю називалися «студенти».

Етапи дослідження включали наступне:

- 1 етап - Оголошення набору студентів. Підготовка до запуску проєкту.
- 2 етап - Заселення студентів і їх адаптація в тренувальній квартирі. Проведення спостереження і первинної оцінки рівнів компетентностей студентів по шкалам Бартел, Лаутона, МОСА, Оцінка компетентності пацієнта та

Індивідуальна програма супроводу. Постановка цілей за SMART-концепцією. Навчання студентів навичкам самостійності за програмою проєкта.

3 етап - Проведення регулярних вимірювань за шкалами Бартел та Лаутона. Продовження навчання студентів навичкам самостійності за програмою проєкта.

4 етап - Проведення повторної оцінки рівнів компетентностей студентів по шкалам Бартел, Лаутона, МОСА, Оцінка компетентності пацієнта та рівня їх можливостей виконання активностей за Індивідуальною програмою супроводу. Підведення підсумків роботи 1 заїзду проєкта, аналіз та оцінка результатів впровадження та ефективності програми.

У своєму дослідженні ми спиралися на МКФ, - відповідні домени і основні коди допомогли провести якісне оцінювання та сформувавши подальші втручання, згідно вимог та цілей проєкта.

Ерготерапевт відповідав за наступні етапи проєкта “Тренувальна Квартира”: організаційний - (підготовка до відкриття) та під час закінчення 1 заїзду проєкта; консультаційний - (менторський), під час 5-ти місяців роботи 1 заїзду проєкта; дослідницький - (оцінювання та втручання), під час 5-ти місяців роботи 1 заїзду проєкта.

Під час запуску проєкта було виконано:

1. Розробка організаційної, методичної та технічної документації та розподіл зон відповідальності між асистентами соціально-побутового супроводу.
2. Облаштування та адаптація простору приміщення тренувальної квартири згідно вимог проєкта.

Втручання ерготерапевта склалися із забезпечення методичного та технічного аспекту роботи асистентів зі студентами, проведення регулярних зустрічей зі студентами, надання консультацій асистентам та проведення вимірювань поточних результатів.

У навчальній програмі було представлено 5 напрямків:

1. Кулінарія (планування прийому їжі та необхідних продуктів; чищення та нарізання продуктів; покрокове дотримання

рецепту у приготуванні страви; користування дрібною кухонною технікою; користування електрочайником, мікрохвильовкою; користування духовкою, варочною поверхнею; вміння організувати швидкий перекус; вміння накривати на стіл та прибирати з нього).

2. Побут (прибирання підлоги; миття посуду; прибирання поверхонь; миття сантехніки; застилання ліжка; сортування та викидання сміття; прання одягу у пральній машинці (повний цикл); догляд за одягом).

3. Фінанси (складання списку покупок та слідування йому під час закупів; вміння знайти необхідний товар у магазині; визначення необхідної кількості грошей для покупки, вартості товару, терміну придатності продуктів; вміння розраховуватись (готівкою, карткою, на касі самообслуговування); вміння здійснювати покупки онлайн; планування свого бюджету; розподіл коштів; знання джерел доходу (наявних та можливих) ).

4. Самообслуговування (самостійне одягання-роздягання; вміння застібати та розстібати гачки, гудзики, шнурки, ремінь, підтяжки, бюстгальтер тощо; самостійне миття у ванній; прийом душа, вмивання, чищення зубів; самостійне миття голови; зачісування, зав'язування волосся; самостійне відвідування вбиральні; використання засобів гігієни; підготовка та відхід до сну; самостійне вживання їжі).

5. Комунікація/дозвілля (вміння знайомитись та комунікувати з іншими людьми (в т. ч. альтернативні засоби комунікації)); спілкування та реагування відповідно до ситуації; висловлення власного ставлення; дотримання теми розмови; ініціювання власних тем обговорення; слідування у бесіді за співрозмовником; утримання уваги на спілкуванні; активне слухання співрозмовника; дотримання черговості висловлювання; дослуховування; розуміння родинних зв'язків; нерозповсюдження особистої інформації; прояв негативних емоцій у соціально прийнятний спосіб; відсутність спалахів агресії, бажання

образити або нанести шкоду співрозмовнику; усвідомлення власних потреб та бажань (в т. ч. сексуальних), їх прояв у соціально прийнятний спосіб; наявність знання про особистий простір - свій та чужий; повага до нього (отримання дозволу на вхід до кімнати, користування чужими речима тощо); вміння домовлятися, пошук компромісів; користування месенджерами та соціальними мережами для спілкування; знання правил безпечної поведінки в інтернеті; приймання участі у спільних активностях).

По кожному напрямку були прописані тематичні активності, які опановували студенти протягом навчання на проєкті. Деякі напрямки були вписані в розклад дня як окремі заняття, а інші опановувалися під час щоденної взаємодії студентів між собою та з персоналом проєкта.

Протягом усього тривання проєкта студентам, їх батькам та членам команди був забезпечений постійний психологічний супровід.

### **Висновки:**

1. Аналіз наявних наукових та методичних джерел літератури показав значну недостатність висвітлення в Україні питання підтриманого проживання для осіб з інвалідністю, зокрема питання роботи тренувальних квартир для молоді з інвалідністю.

2. Проєкт «Тренувальна квартира», створений ГО «Бачити серцем», є на даний час єдиним навчальним проєктом підтриманого проживання для осіб з інвалідністю у м. Київ. У складі мультидисциплінарної команди проєкта «Тренувальна квартира» вперше в Києві на постійній основі працював ерготерапевт. Він відповідав за створення технічної та методичної бази функціонування проєкта, створення та ведення документації, що стосувалась аналізу поточної діяльності проєкта та адаптацію стратегічних планів згідно поточних потреб студентів, проведення оцінювання, аналіз ефективності програми запропонованого навчання соціально-побутовим навичкам протягом всього періоду дії

проєкта, надання консультацій асистентам соціально-побутового супроводу.

3. Програма навчання навичкам самостійності для осіб з інвалідністю у навчальному проєкті підтриманого проживання вперше в Києві була розроблена ерготерапевтом та впроваджена під його керівництвом.

4. Результати оцінювання висвітлили, що по шкалі навичок iADL (шкала Лаутона) показники майже не змінилися. По шкалі ADL (шкала Бартел) показники не змінювалися протягом усього періоду дослідження, по шкалі МОСА – результати змінилися несуттєво. Виходячи з цього, можна припустити, що шкали Лаутона, Бартел та МОСА не є інформативними для досліджуваної категорії осіб з інвалідністю. На противагу – аналіз результатів оцінювання показників опанування навичок по рівням надання сторонньої допомоги, зазначених у Індивідуальній програмі супроводу, продемонстрував стійке зменшення рівня надання сторонньої допомоги у виконанні студентами активностей повсякденного життя, і, відповідно збільшення рівня самостійності.

5. По аналізу показників за шкалою «Оцінка компетентності пацієнта» було відмічено, що думка студентів про рівень легкості виконання ними активностей повсякденного життя на початку та в кінці проєкта змінилася незначно. Натомість, за думкою асистентів, показники легкості виконання активностей повсякденного життя збільшилися.

6. Одним із важливих критеріїв ефективності програми навчання студентів у «Тренувальній квартирі» є схвальні відгуки від батьків молодих осіб з інвалідністю, які письмово підтверджують, що набуті на проєкті навички самостійності були перенесені студентами у життя в родині.

7. На нашу думку, продовженням навчального проживання в «Тренувальній квартирі» є послуга підтриманого проживання на постійній основі в умовах проживання молодшої людини з інвалідністю в сім'ї або окремо під супроводом.

### **Список використаної літератури**

1. Самсонюк Л. А. Підтримане проживання людей з інтелектуальною недостатністю. – К.: БО «Джерела», ВОО «Коаліція», 2009. - 40 с.
2. Іванова І. Б. Соціальна робота з людьми з особливими потребами : навч. посіб. Київ : Задруга, 2011. 416 с.
3. Всесвітня доповідь щодо інвалідності. Всесвітня організація охорони здоров'я: веб-сайт. (URL: [https://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/ru/](https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/ru/))
4. Dunn, J. R. (2008). Supported living: Theory and practice. Jessica Kingsley Publishers
5. Бейкер Б. Л., Брайтман Д. А. Шлях до незалежності: навчання дітей з особливостями розвитку побутових навичок / пер. з англ.: Л. Шихірева, Н. Грозний. США, 1997. 235 с.
6. World Federation of Occupational Therapists (WFOT) (URL: <https://wfot.org/>)

**Дані про автора:** Лебець Наталя Валеріївна - студентка 2 курсу магістратури факультету здоров'я, фізичного виховання та туризму освітньої програми 227.2 «Ерготерапія», НУФВСУ, вул. Фізкультури, 1, м. Київ, м.т. 096-193-09-13, [nvlebets@gmail.com](mailto:nvlebets@gmail.com), ORCID ID: 0009-0002-3102-8690