

Figura 3. Caracterul baropodometriei la etapa inițial de tratament

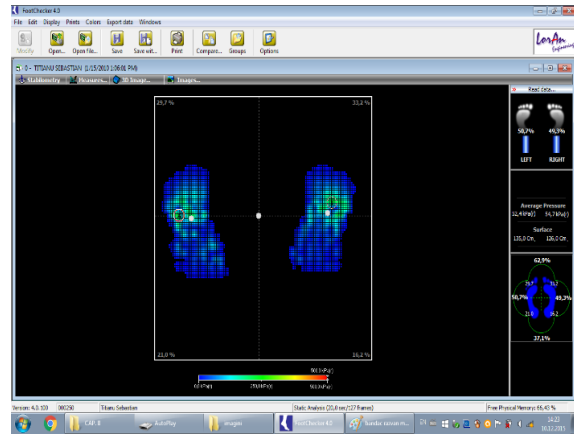


Figura 4. Caracterul baropodometriei după tratament

Concluzii și propuneri

La fel ca și alte dispozitive, metode de evaluare a echilibrului, platforma de testare baropodometrică poate să ofere date importante cu privire la evaluarea echilibrului postural. Aceste date ne permit efectuarea analizei cu privire la starea de antrenament, la parametrii de manifestare a echilibrului.

Găsirea metodelor avansate și echipamentelor ajutătoare în recuperarea echilibrului, staticii post AVC trebuie să fie o preocupare constantă a specialiștilor din domeniu. Platforma baropodometrică și dispozitivul de fizioterapie MBT este o tehnologie eficientă prin potențialul propriu evaluativ și orientativ în reglarea și corectarea acțiunilor motrice de recuperare.

Referințe bibliografice:

1. Agapii E., Danail S., Pascal O. *Recuperarea controlului postural la persoanele după accident vascular cerebral în baza programei de kinetoterapie cu efecte de transfer funcțional*. Chișinău: USEFS, 2010. 120p.
2. Bota, C. *Fiziologie generală, aplicații la antrenamentul fizic*. București: Medicală, 2002. - P. 391-393.
3. Cojocaru D., Danail S., *Recuperarea echilibrului și coordonării în activitățile psihomotrice de bază la persoanele după accident vascular cerebral prin metoda stabilografică computerizată*. Chișinău: „Valinex” SRL, 2012. 140 p.
4. Cojocaru D., Danail S., Agapii E., Pascal O. *Recuperarea coordonării și a echilibrului în activitățile de bază la persoanele după accident vascular cerebral prin tehnici de biofeedback stabilografic*. Chișinău: USEFS, 2013. 180 p.
5. Hay, J. *Biomecanique*. Paris: Vigot, 1980. P. 154-157.
6. Sbenghe, T. *Kinesiologie – știința mișcării*. București: Medicală, 2002. - P. 263; 376-395.

ASPECTE ȘTIINȚIFICO-METODICE ALE TRATAMENTULUI COPIILOR CU SINDROMUL SPASTIC PRIN TERAPIE OCUPAȚIONALĂ

Dorgan Victoria,

Universitatea de Stat de Educație Fizică și Sport, Chișinău, Republica Moldova

Abstract. Occupational therapy is used in recovery of physical, mental and cognitive disorders. This therapy stimulates the self-confidence of patients and the natural development of their personality, organizes a program of managed movements in conditions of activity. It states the capacities and characteristic features of the patient's arrears, correlates the medical recovery with the professional one, realizes as quickly as possible the patient's reintegration in social, economic and professional life.

Keywords: *disabilities, occupational therapy, adaptation, handicap, kinetorecovery, physical dysfunctions.*

Terapia ocupațională (TO) este forma de tratament care folosește activități și metode specifice, pentru a dezvolta, ameliora sau reface capacitatea de a desfășura activitățile necesare vieții individului, de a compensa disfuncții și de a diminua deficiențele fizice [1]. La ora actuală, doi termeni sunt acceptați ca definind același lucru: terapie ocupațională și ergoterapie. Ergoterapia este cuvântul grecesc, care în traducere liberă înseamnă terapie prin muncă. Alexandru Popescu arată că: „în terapia ocupațională ocuparea timpului liber are menirea să deștepte interesul bolnavului pentru activități oarecare, pe acest principiu bazându-se ludoterapia, artterapia, meloterapia, kinetoterapia; și că terapia ocupațională, care are la bază semnificația intrinsecă a muncii remunerate în procesul de reinserție profesională și socială a bolnavului acesta participă la activități ca: țesutul, confecționarea unor obiecte, activități agrozootehnice, cultura plantelor și florilor [2].

Scopul primordial este cel instructiv-educativ (de promovare a readaptării sociale) și apoi cel economic, urmărindu-se efectul terapeutic prin muncă, prin activitate. În acest sens, terapia ocupațională stimulează încrederea în sine a pacienților și dezvoltarea firească a personalității, organizează un program de activități dirijate în condiții de lucru, orientate spre capacitățile funcționale și deficiențele psiho-fizice și cognitive ale pacientului, corelează recuperarea medicală cu cea profesională, realizează reinserția cât mai adecvată cerințelor mediului în viața socială, economică și profesională.

Terapia ocupațională nu este numai activitate practică utilă, dar și formează capacitățile lor creatoare, dezvoltarea unor deprinderi practice noi, care să constituie baza de plecare a unei eventuale a lor, cu valoare de reintegrare sau de resocializare. Se vor cultiva interesul și respectul pentru activitate, prețuirea rezultatelor activității, subliniindu-se astfel și valoarea educativ-morală a TO [9].

Astăzi orice serviciu de terapie ocupațională trebuie să ofere:

- a) Evaluări clare ale capacității funcționale ale individului, ale performanței lui.
- b) Programe de asistență terapeutică (sau recuperatorie) cu metode și metodologie specific, dar și metode ajutătoare.
- c) Recomandare și antrenarea pacienților în utilizarea unor echipamente adaptive care înlocuiesc sau ajută funcțiile pierdute.
- d) Educația (instruirea) familiei și îngrijorarea asupra modului de ajutorare pe care trebuie să ofere pacientului.
- e) Sprijinul și asistarea efectelor emoționale, sociale, cognitive, determinate de boli și trauma.
- f) Cunoștințe asupra creșterii și dezvoltării copilului determinate de abateri de la dezvoltarea normală.

Vârsta nu reprezintă elemente de limitare a aplicării TO. Din contra, copiii și vârsta a 3-a sânt categorii importante pentru TO [5].

Aici, recuperarea prin terapie ocupațională îmbracă mai multe forme: terapia prin învățare, ludoterapia și ergoterapia.

Ergoterapia sau activitățile de tip lucrativ, sunt pentru persoana cu handicap un mijloc de exprimare, permițând persoanei să creeze în realitate ceea ce a văzut, trăit sau imaginat.

Activitățile TO implică gândire, planificare, presupunere și alegere, pentru ca la finalul activității, persoana cu handicap să fie mândră că a creat o jucărie, un panou decorativ, sau un

obiect util. Acest lucru le dă un sentiment revigorant și le conferă un simț al realizării și încrederii în sine, contribuind la structurarea statutului și rolului persoanei, recunoscute din punct de vedere social [3]. În general (din proprie experiență în lucrul cu persoanele cu dizabilități), prin activitățile TO se obține progresul și nu regresul personalității umane, fie ea cu handicap sau nu.

Obiectivele pentru activitățile TO sunt:

- dezvoltarea deprinderilor manuale;
- dezvoltarea respectului față de rezultatele muncii lor;
- consolidarea deprinderilor tehnice (ex. tăiat, lipit, îndoit, bobinat, înșurubat și formarea unor noi deprinderi – împletitul, îmbinarea);
- consolidarea abilităților de a finaliza lucrul început și disciplina păstrării materialelor în ordine;
- educarea răbdării, respectării regulii, cooperarea cu alte persoane în vederea realizării unor lucrări de grup;
- familiarizarea persoanelor cu dizabilități cu diferite materiale, pe care încep să le analizeze în timp ce le folosesc: formă, mărime, culoare, consistența. Activitățile TO pun accentul pe reeducarea gestualității, a îndemnării, învățarea unor deprinderi noi, utile, dezvoltarea expresivității, readaptarea/adaptarea la efort.

Activități ca desenul, pictura, modelajul sunt foarte importante în dezvoltarea proceselor gândirii, pentru o mai bună coordonare oculară și manuală, pentru dezvoltarea motricității fine (dactilo-pictura și modelaj).

Persoana cu dizabilități, beneficiară a serviciului TO, își dezvoltă deprinderi specifice prin mânuirea materialelor folosite la activități: creioane, pensule, bețișoare, plastilina, lipici, materiale din natură; memoria vizuală și imaginația se îmbunătățesc. Progresul se realizează în etape, iar învățarea este în pași mici și pe baza succesului. TO reprezintă un tip de activitate originală, plăcută, care ajută la întărirea eului și contribuie ca atare la restabilirea echilibrului psihic al personalității copilului.

Metodele folosite în terapia ocupațională:

Există 2 tipuri de metode de lucru în terapia ocupațională modernă:

- A. Metode esențiale (semnificative).
- B. Metode neesențiale (nesemnificative)

Metodele (activitățile) esențiale au fost introduse și teoretizate de Dunton, încă din 1918, care spunea: *ceea ce contează este scopul al activității și nu activitatea motorie care realizează acest scop, căci prin urmarea scopului activității se obțin rezultate în recuperarea fizică și mintală, mai rapid și mai complex.* Așadar, activitățile semnificative (esențiale) în mod obligatoriu trebuie să aibă un scop final, care trebuie să fie un produs concret, util, eventual valabil.

Există însă o condiție de bază pentru utilizarea activităților esențiale: interesul. Activitatea oferită de terapeut trebuie să determine în pacient un anumit nivel de interes.

Alegerea activităților trebuie să țină seama de o serie de condiții:

- să aibă un scop direct;
- să justifice pentru un anumit pacient, să fie acceptată;
- să solicite o participare activă fizică și mintală;
- să realizeze recuperarea deficitelor prezentate de pacient;

- să dezvolte abilități care să mărească performanța de viață;
- să nu fie periculoasă (să nu producă leziuni, să nu polueze).

Metodele neesențiale (nesemnificative)

Activitățile din această categorie nu au un produs final într-un context lucrativ de muncă, deși bineînțeles că au un scop, un obiectiv de realizat. Ca și cele esențiale și acestea urmăresc să antreneze fizic și mintal pacientul.

Scopul metodelor neesențiale sânt:

- a) A crea scheme practice de mișcare;
- b) A antrena abilități senzoriomotorii;
- c) A dezvolta capacități perceptual și cognitive.

Se pot considera că sunt activități gestuale cu scop. Iată câteva exemple de activități: Sânt gestualități de pregătire inițială pentru a se putea trece apoi la etape superioare:

- Mutarea unor obiecte (diverse mărimi, forme, greutate) dintr-un loc în altul;
- Asamblări de cuburi, piese de construcție;
- Manipularea micilor instalații de pe placă de lucru (zăvoare, comutatoare, chei în broască, șuruburi, creioane, clanțe etc);
- împingerea cu piciorul pe podea a unor obiecte;
- Prinderea unei mingi;
- Apucat-lăsat un pahar, cană etc.

Indiferența va fi astfel înlocuită cu optimismul, încrederea în sine și în forțele proprii. Copilul își recapătă demnitatea precum și capacitatea de a se opune evoluției bolii sau prezenței handicapului.

În activitățile terapeutice se pune accentul pe reeducarea gestualității, a îndemnării, dezvoltarea expresivității, readaptarea subiecților la efort și revenirea lor la o activitate profesională cu efect de resocializare. Prin aceasta, copiii cu dizabilități își redobândesc autonomia și demnitatea. Activitatea terapeutică ritmică scoate copilul cu dizabilități din izolarea lui, suprimă monotonia, starea de regresivitate sau complexe legate de prezența handicapului, favorizează adaptarea și evoluția clinică către ameliorare. Activitatea terapeutică este precedată de selecția copiilor, care se face în funcție de handicap, de faza de evoluție, de aptitudini, de nevoi etc. [7]

TO are un loc particular în arsenalul terapeutic și prin caracterul ei practic, lucrativ, cât și prin rezultatele concrete ale activității copiilor, ea grăbește considerabil procesul de vindecare psihică și resocializare. Astfel de terapie are la bază concepția după care activitatea voluntară sau altfel spus, ocupația cu componentele sale interpersonale și de mediu, poate fi utilizată eficient pentru împiedicarea apariției sau ameliorarea disfuncțiilor organismului uman contribuind astfel la creșterea adaptării individului în societate [6].

Acțiunea terapeuților ocupaționali se exercită în următoarele direcții:

- formarea deprinderilor de autoîngrijire și igienă personală;
- organizarea de jocuri și distracții;
- formarea imaginii de sine și stimularea încrederii în propria persoană;
- cultivarea autocontrolului și expresivității personale;
- antrenarea funcțiilor neurofuncționale;
- antrenarea integrării neuromusculare;
- antrenarea integrării senzoriale;
- formarea deprinderilor de viață cotidiană;

- educarea abilităților pentru diverse jocuri și petrecerea timpului liber.

Terapia ocupațională este arta și știința de a dirija modul de răspuns al omului față de activitatea selecționată, menită să promoveze și să mențină sănătatea, să împiedice evoluția spre infirmitate, să evalueze comportamentul și să trateze sau antreneze pacientul cu disfuncții fizice și psihice. [4].

Terapia ocupațională cu copiii afectați de PCI se bazează pe câteva principii recuperativ-pedagogice [8] :

- caracterul complex al activității recuperativ-pedagogice (evidența permanentă a influenței reciproce dintre tulburările motorii, de vorbire, psihice) și elaborarea unui program de reabilitare generală;

- debutul timpuriu al activității ontogenetice consecvente, bazată pe funcțiile păstrate (deși există metodici de depistare precoce a PCI, în practică, de cele mai multe ori, activitatea respectivă începe după 3-4 ani, când efortul principal este orientat spre îndepărtarea deficiențelor de vorbire și psihice, care deja persistă la copii, pe când, în mod normal, acestea ar trebui să fie prevenite);

- organizarea activității în baza funcției dominante pentru vârsta respectivă (până la 1 an, aceasta este comunicarea emoțională cu adultul, de la 1 la 3 ani – activitatea cu obiectele, de la 3 la 7 ani – activitatea ludică, la vârsta școlară – activitatea de învățare);

- observarea copilului în dinamica dezvoltării psihice și verbale continue;

- conlucrarea strânsă cu părinții și cu alte persoane din anturajul copilului (educația din cadrul instituției școlare trebuie continuată în mediul familial, (educația din cadrul instituției școlare trebuie continuată în mediul familial, care ar răspunde necesității de dezvoltare, de cunoaștere progresivă a lumii, de formare și valorificarea deprinderilor de viață, de organizare a activităților de peste zi, de autonomie personală, de comunicare, de socializare; dacă părinții nu se vor jena să iasă în lume cu propriul copil, atunci nici acesta, când va crește mare, nu va avea complexe de acest ordin).

- În mod deosebit această activitatea trebuie să includă:

- dezvoltarea comunicării emoționale, verbale, obiectiv-acționale și ludice cu lumea din jur;

- stimularea funcțiilor senzoriale (vizuală, auditivă, percepția chinestetică, stereognoza); formarea percepțiilor spațiale și temporale, înlăturarea devierilor atestate;

- crearea premiselor pentru activitatea intelectuală (atenția, memoria, imaginația);

- formarea percepțiilor matematice;

- dezvoltarea coordonării vizual-motorii și a funcțiilor mâinii și degetelor, pregătirea pentru însușirea scrisului;

- formarea deprinderilor de autonomie personală (îngrijire, igienă, autodeservire).

Un rol important în activitatea cu copiii cu PCI îi revine logopediei, care își propune:

- dezvoltarea și facilitarea comunicării verbale, claritatea pronunției;

- normalizarea tonusului muscular și a motoricii aparatului articular;

- dezvoltarea respirației, vocii, prozodicii;

- formarea puterii, duratei, controlului asupra vocii în fluxul verbal;

- sincronizarea respirației, vocii, articulării;

- înlăturarea devierilor de pronunție.

Curriculumul de bază din domeniul terapiei ocupaționale pentru copiii cu deficiențe este

realizat pe 6 componente [10] :

- mișcare;
- deprinderi motorii-perceptive;
- formarea conștiinței senzoriale;
- deprinderi cognitive;
- comunicare;
- asigurarea autonomiei personale.

Esențial este ca procesul de reabilitare să suplinească carențele experimentale ale copiilor datorate dizabilităților, cu scop de a dezvolta înțelegerea mediului și a propriei persoane. Muzica, arta, drama, jocul și multe alte activități sunt compatibile cu abordarea demonstrativă specifică terapiei ocupaționale.

Activitățile se realizează sub formă individuală prin interacțiunea terapeut-subiect ca, de exemplu: antrenarea atenției, dezvoltarea deprinderilor de ascultare, folosirea liberă a materialelor de joc, asigurarea igienei personale, autoservirea etc.

În concluzie, structura curriculumului de bază pentru copii cu PCI se bazează pe activități predominant practice, realizate cu metodologia specifică terapiei ocupaționale, adaptată la nevoile caracteristice ale acestor subiecți și realizată într-o perioadă lungă de timp.

Referințe bibliografice

1. American Occupational Therapy Association (AOTA) (1994)- *Uniform tehnology for occupational therapy. American Journal of Occupational Therapy*, 48, 1046-1054.
2. Dan M. (2005) – *Introducere în terapia ocupațională*, Ed. Universității din Oradea, p. 19-20
3. Lederer, J. M. (2007) – *Disposition toward critical thinking among occupational therapy students. American Journal of Occupational Therapy*, 61, 519-526.
4. Pedretti, L. W. (2006) – *Occupational therapy : Practice skills for Physical dysfunction (6th edition)*, Missouri: Mosby Ed. (Elsevier)
5. Sbenge, T. (1987) – *Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare*, Ed. Medicală, București, p. 74-75.
6. Turpin, M. (2007)- *Recovery of our phenomenological knowledge in occupational therapy. The American Journal of Occupational Therapy*, 61:4, 469- 473.
7. Vlad – Popovici . D. (2005)- *Terapie ocupațională pentru persoane cu deficiențe*, Ed. Muntenia, Constanța ,42-45.
8. Racu A., Popovici D.V., Racu S., (2012) *Pedagogie specială*, Ed. Î.S. F.E.-P. „Tipografia Centrală”, Chișinău, 155-156.
9. Racu, A., Racu, S., 2013, *Dicționar enciclopedic de psihopedagogie specială*, Tipografia Centrală, Chișinău,
10. [10\)www.scribub.com/sociologie/psihiatrie/MODEL-DE-CURRICULUM-DE-TERAPIE33427.php](http://www.scribub.com/sociologie/psihiatrie/MODEL-DE-CURRICULUM-DE-TERAPIE33427.php)

RECUPERAREA PERSOANELOR CU SPONDILOZĂ

Dragu Mircea, Cristea Florentina

Universitatea “Dunărea de Jos”, Galați, Romania

Abstract. *Spondylosis, spondylartrosis and spondylo-discarthrose define the presence of a degenerative, arthritic spine process. The fact that these segments only exercise their activity under hyperpressed circumstances and orthostatism is the first example, explains the high frequency indicators. In the etiology of vertebral osteoarthritis intervene factors that can be found in the onset of osteoarthritis in general. Age (the phenomenon of depreciation), microtraumas, static disorders, congenital malformations, previous vertebral diseases, professional and sports overwork are the most important factors. The osteoarthritic process affects the disco-vertebral joint, posterior interapophyseal joints (AIP) or even the spinals.*