

Покази для ерготерапії як частини міждисциплінарної терапії годування дітей з церебральним паралічем

УДК 615.851.3

О. Б. Лазарева, О. О. Мангушева

Національний університет фізичного виховання і спорту України, Київ, Україна

Резюме. Переважна більшість дітей з церебральним паралічем (ЦП) мають труднощі з вживанням їжі як базовою активністю повсякденного життя. Визначення показів для ерготерапії з метою вирішення труднощів з годуванням дітей з ЦП сприятимуть наданню якісних та своєчасних реабілітаційних послуг. *Мета.* На основі аналізу сучасних наукових досліджень та клінічних рекомендацій виявити та систематизувати покази для ерготерапії як частини міждисциплінарної терапії годування дітей з ЦП. *Методи.* Аналіз науково-методичної літератури, синтез та узагальнення. *Результати.* У результаті аналізу міжнародних рекомендацій до комплексної реабілітаційної допомоги дітям з труднощами із вживанням їжі на основі Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ), а також міжнародних публікацій про сферу професійних компетентностей та ефективності втручань ерготерапевтів для дітей з ЦП було визначено чіткі покази для ерготерапії як частини міждисциплінарної команди терапії годування. Покази для ерготерапії охоплюють труднощі процесу споживання їжі та рідин дітьми з ЦП і групуються за такими категоріями: порушення безпеки, ефективності, самостійності та активної участі дитини у процесі вживання їжі, а також контекстуальні бар'єри. Показами для ерготерапії також можуть бути труднощі батьків або доглядальників у процесі годування дітей з ЦП. Зазначено, що ерготерапевти є невід'ємною частиною міждисциплінарної терапії годування дітей з ЦП і повинні залучатися до реабілітаційного процесу для всебічної допомоги з метою покращення якості життя як дитини, так і сім'ї в цілому.

Ключові слова: ерготерапія, терапія годування, вживання їжі, покази, діти з церебральним паралічем.

Indications for occupational therapy as a component of interdisciplinary feeding therapy for children with cerebral palsy

O. B. Lazareva, O. O. Mangusheva

National University of Ukraine on Physical Education and Sport, Kyiv, Ukraine

Abstract. The vast majority of children with cerebral palsy (CP) have difficulties with feeding as a basic activity of daily living. Identifying indications for occupational therapy in order to address feeding difficulties in children with CP will contribute to the provision of quality and timely rehabilitation services. *Objective.* Based on the analysis of modern scientific research and clinical recommendations to identify and systematize indications for occupational therapy as a part of multidisciplinary feeding intervention in children with cerebral palsy. *Methods.* Analysis of scientific and methodological literature, synthesis, and generalization. *Results.* As a result of the analysis of the international recommendations for integrated rehabilitation care for children with feeding difficulties on the basis of the International classification of functioning, disability and health (ICF), as well as international publications on the range of professional competencies of occupational therapists and effectiveness of their interventions for children with CP, the indications for occupational therapy as a component of a multidisciplinary feeding intervention team were identified. Indications for occupational therapy cover the feeding and swallowing difficulties in children with CP and are grouped into the following categories: impairment of safety, efficiency, independence and child's active involvement in the eating process, as well as contextual barriers. The difficulties of parents or caregivers in the process of feeding children

with CP can also be indications for occupational therapy. It is shown that occupational therapists are an integral part of interdisciplinary feeding therapy for children with CP and should be involved in the rehabilitation process for comprehensive assistance in order to improve the quality of life of both the child and the family as a whole.

Keywords: occupational therapy, feeding intervention, eating, indications, children with cerebral palsy.

Постановка проблеми. Вживання їжі є не тільки базовою активністю повсякденного життя (activity of daily living, ADL), необхідною для підтримання життя, а й провідною заняттєвою активністю дитинства [21]. За різними джерелами, до 90 % дітей з церебральним паралічем (ЦП) мають труднощі з вживанням їжі [19], при цьому більша половина їх мають дисфункції ротової моторики та більше третини — залежні у споживанні їжі [6, 7]. ЦП визначається як група стійких порушень рухового та постурального розвитку, що супроводжується обмеженнями активності та порушеннями сенсомоторного і когнітивного розвитку, спілкування та поведінки, епілепсією та вторинними проблемами опорно-рухового апарату [17]. Порушення м'язового контролю та координації впливають на ефективність та безпеку смоктання, жування та ковтання [5, 22], координацію вживання їжі та дихання, а також фізичну спроможність донести їжу та напої до рота, підтримання положення голови та тулуба під час споживання їжі [19].

Проблеми з харчуванням дітей з ЦП можуть також включати сенсорні порушення (наприклад, сенсорну надчутливість до текстур та смаків) з поведінковими труднощами або без них [4]. Діти з важкими формами ЦП мають більше ризиків недоїдання, мальнутриції, недостатнього споживання рідини і зневоднення, затримки росту і розвитку, частих респіраторних захворювань, аспіраційної пневмонії, гострої езофагальної рефлюксної хвороби, запорів, загального погіршення стану здоров'я та якості життя [4, 6, 11]. Проблеми з харчуванням таких дітей також негативно впливають на їхню соціальну участь, оскільки тривалість прийому їжі є суттєво подовженою, а власне процес харчування — часто стресовим як для дитини, так і для батьків або доглядальників [22]. Дослідження свідчать про те, що 45,3 % матерів дітей з ЦП переживають високий рівень стресу, який при цьому корелює з важкістю рухових порушень [18].

Безперервна пильність та уважність до безпеки вживання їжі, інтенсивність уваги під час годування, необхідність додаткової освіти з приводу годування своїх дітей та набуття спеціальних навичок годування, труднощі із комунікацією, переживання відносно адекватності спожитих калорій, фрустрація та співпереживання дитині через

надмірні зусилля і труднощі, відсутність або обмеженість допомоги є лише деякими з ряду причин, чому батьки дітей з ЦП переживають надмірний стрес. З іншого боку, дослідження доводять безпосередній негативний вплив станів психічного здоров'я батьків (депресія, тривожність), негативних звичок, переконань та уявлень на проблеми харчування дітей. Наприклад, надмірно емоційні, контролюючі батьки з ригідною або дезорганізованою реакцією чи поведінкою можуть бути причиною проблем з харчуванням дитини [15].

Для досягнення найкращих функціональних результатів необхідне вчасне залучення міждисциплінарної команди терапії годування, до складу якої можуть входити такі фахівці: лікарі (педіатри, гастроентерологи, неврологи та інші спеціалісти), терапевти мови і мовлення, ерготерапевти, дієтологи, фізичні терапевти, клінічні психологи та медичні сестри [4, 16]. При цьому робота такої команди повинна базуватися на принципі сімейноцентричності та усвідомлення ролі батьків або доглядальників у вживанні їжі як спільній заняттєвій активності (co-occupation). Ефективність ерготерапевтичних втручань для вирішення проблем вживання їжі та годування дітей з різними нозологіями доведена численними дослідженнями та проаналізована у кількох систематичних оглядах [13, 19]. Адапована клінічна настанова Міністерства охорони здоров'я України до ведення пацієнтів з церебральним паралічем не надає чітких рекомендацій з діагностики та методів втручання, а також переліку фахівців, які займаються проблемами вживання їжі [3]. Ерготерапія є новою для України професією, тому у контексті надання послуг терапії годування дітям з ЦП важливо визначити сфери професійного впливу, компетенцій, і відповідно, показів для ерготерапії даної категорії пацієнтів з метою вирішення труднощів із їх харчуванням та годуванням.

Мета дослідження — сформувати чіткі покази для ерготерапії як частини міждисциплінарної терапії годування дітей з церебральним паралічем.

Методи дослідження: аналіз, синтез та узагальнення науково-методичної літератури з терапії годування дітей з церебральним паралічем.

Результати дослідження та їх обговорення. Донедавна у діагностуванні та лікуванні дитя-

чих розладів харчування переважав монопрофесійний підхід, що було перешкодою до вирішення проблеми комплексно, а отже — для досягнення цілей та ефективного покращення якості життя дітей та їх доглядальників. З метою вирішення цієї проблеми на основі Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ) провідними фахівцями у сфері терапії годування було запропоновано новий діагностичний термін — педіатричний розлад харчування (pediatric feeding disorder/PFD) [12]. Цей термін, який з'явився у Міжнародній класифікації хвороб (МКХ) у 2021 р., не тільки визнає комплексність проблем харчування дітей, взаємозалежність та взаємовплив факторів, які лежать в їх основі, а й зміщує акцент з нозології на аспекти функціонування та, найважливіше, вимагає координованого міждисциплінарного підходу до вирішення проблем із харчуванням дітей.

Відповідно до критеріїв діагностики педіатричного розладу харчування, труднощі, пов'язані із вживанням їжі, можуть супроводжуватися такими типами порушень: медичними, нутритивними, психосоціальними та порушеннями навичок вживання їжі. Діти з ЦП демонструють усі зазначені типи порушень і тому потребують координованої та злагодженої роботи команди фахівців з реабілітації. Медичні порушення дітей з ЦП проявляються у патологічному м'язовому тонусі, кардіореспіраторних проблемах під час перорального харчування, гастроентерологічних порушеннях, аспіраційних рецидивуючих пневмоніях та вимагають залучення лікарів таких спеціалізацій: педіатра, невролога, гастроентеролога, алерголога/імунолога, дитячого хірурга, кардіолога, пульмонолога.

Порушення нутритивного статусу охоплюють мальнутрицію, дефіцит або обмежене споживання специфічних поживних речовин, зменшення різноманітності дієти, залежність від ентерального харчування або оральних добавок для підтримання харчування та/або зволоження і вирішуються дієтологами [10].

Про психосоціальні порушення свідчить проблемна поведінка під час споживання їжі: активне або пасивне уникання їжі, порушення соціального функціонування та стосунків між дитиною та доглядальником, що пов'язано з годуванням [10]. Для вирішення психосоціальних проблем додатково залучають психологів, психотерапевтів та, за потреби, соціальних працівників.

Порушення навичок харчування проявляються у необхідності змінювати текстуру рідини або їжі, змінювати положення тіла дитини під час годування, використовувати допоміжне або спе-

ціальне обладнання для годування та модифіковані стратегії годування. Відповідно до останніх рекомендацій [19], ерготерапевти є фахівцями команди терапії годування, які вирішують ряд проблем і зокрема допомагають покращити навички вживання їжі.

З точки зору ерготерапії, вживання їжі (eating) є базовою активністю повсякденного життя (ADL): яку люди опановують для незалежного функціонування та догляду за собою [6]. У МКФ «вживання їжі» (d550) належить до домену активність та визначається як «виконання координованих дій і вимог під час вживання готової їжі та піднесенні їжі до рота, вживання її відповідно до культурно обумовлених способів, наприклад, різання, ламання на шматки, відкривання пляшок і банок, використання столових приладів, вживання їжі на банкеті або під час обіду» [2]. Незважаючи на те що для вживання напоїв МКФ має окремий код, у науковій літературі під вживанням їжі (eating) традиційно мають на увазі як вживання твердої їжі, так і напоїв. Також у спеціальній літературі широко використовують термін feeding, який перекладається як «годування» або «харчування», зокрема у словосполученні «терапія годування» або «терапія харчування» (feeding therapy), які у професійному дискурсі України вживаються взаємозамінно. Через те що в українській мові годування має значення давати їжу іншій особі [1], термін «терапія годування» може бути хибно тлумачений лише у вузькому сенсі. Однак варто наголосити на тому, що термін «терапія годування» є ширшим поняттям, яке включає будь-який спосіб вживання їжі. Відповідно, метою терапії годування є покращення спроможності дитини споживати їжу як самостійно, так і з допомогою.

Метою втручання ерготерапевта є поліпшення безпечної та максимально можливої самостійної участі дитини у вживанні їжі як занятті, що враховує усі згадані компоненти і заняттєві вимоги. При цьому ерготерапевти розглядають харчування ширше, ніж активність, необхідну для живлення, росту і розвитку. Вживання їжі як заняття задовольняє потребу у сенсорному дослідженні і досвіді, має соціальний і гедоністичний аспект, відображає культурну приналежність через вибір та спосіб споживання їжі, а також особисте ставлення до їжі. Ерготерапевти досконало володіють навичками заняттєвого аналізу і, розподіляючи заняття на окремі компоненти та вимоги до них, ефективно розвивають необхідні навички вживання їжі, адаптують спосіб прийому їжі або годування, власне їжу, або середовище, у якому вона споживається [21].

Ерготерапевти здійснюють широкий спектр втручань із метою покращення процесу вживання їжі дітьми з ЦП, серед яких у спеціальній літературі зустрічаються такі: покращення фізичної спроможності дитини доносити їжу до рота (рухового контролю, координації рухів верхніх кінцівок тощо), здатності обробляти їжу у ротовій порожнині та формувати харчову грудку (навичок оральної моторики), покращення сенсорної обробки у ротовій порожнині та сенсорної інтеграції (наприклад, зменшення оральної надчутливості), покращення ковтання, підбір оптимальної текстури їжі для безпечного ковтання, оптимального позиціонування для вживання їжі, адаптивного та спеціалізованого обладнання для вживання їжі та рідин, покращення розумових функцій стосовно харчування (призначення столових приладів, розуміння етапів зачерпування, донесення їжі до рота), зміну середовища харчування, розробку індивідуального графіку харчування тощо [8, 21].

Ефективність ерготерапевтичних втручань для покращення вживання їжі дітей було проаналізовано у кількох систематичних оглядах [13, 20]. Snider зі співавт. групують втручання для дітей з ЦП на такі категорії: оральна сенсомоторна фасилітація, зміна консистенції їжі, позиціонування, використання оральних пристроїв та адаптивне обладнання [20]. При цьому вони вказують на низький рівень доказів та брак емпіричних даних, говорять про потребу проведення клінічних досліджень вищого рівня, а також досліджень, які охоплюють мультимодальні втручання та інші методи ерготерапевтичних втручань [20].

Нові дослідження, проведені після систематичного огляду, доводять ефективність втручань з позиціонування та методу годування дітей з ЦП, у результаті яких спостерігається збільшення спроможності дитини годувати себе самостійно, зменшення тривалості прийому їжі, підвищення спроможності споживати тверду їжу та покращення поведінки під час вживання їжі [7]. Найновіші дослідження ефективності втручань, спрямованих на розвиток оральної моторики дітей з ЦП (моторики та координації органів ротової порожнини), демонструють суттєве покращення рухливості нижньої щелепи, активності язика, зменшення патологічних рефлексів, покращення контролю дихання та загальних оральних моторних навичок [23]. Дедалі більше для втілення програм з терапії годування залучаються батьки, і ця тема активно досліджується у сучасній міждисциплінарній практиці [22].

Американська асоціація ерготерапевтів зазначає, що ерготерапевти займають унікальне

положення у команді терапії годування через цілісну перспективу професії у розпізнаванні та оцінюванні не лише фізіологічних, фізичних, когнітивних та емоційних факторів, а й соціокультурних факторів та факторів середовища [21]. Відповідно до однієї з найбільш поширених моделей ерготерапевтичної практики «Особа—середовище—заняття активність» («Person—environment—occupation»), втручання для поліпшення харчування дітей з ЦП спрямовуються на кожен компонент моделі: на дитину, яка їсть, на середовище, у якому вона їсть, та власне на спосіб, у який вона їсть. Відповідно до сімейноцентричного характеру сучасної педіатрії та враховуючи те, що клієнтом ерготерапевта є не лише дитина, а й її сім'я, модель також можна розглядати з позиції доглядальника і трактувати таким чином: доглядальник, який годує дитину з ЦП, середовище, у якому він/вона годує дитину з ЦП, та спосіб, у який здійснюється годування.

Годування дітей з ЦП пов'язане з надмірним стресом та тягарем опіки у батьків, серед яких найчастіше основним доглядальником є мама [16, 22]. Часто діти, які потребують зміни текстури їжі та особливих зусиль або особливого середовища для годування, їдять окремо від решти сім'ї, при чому часто єдиною особою, яка завжди годує дитину, є мама. Через труднощі та особливості харчування діти з ЦП часто позбавлені повноцінної участі у дитячому колективі: перебування у дошкільному чи шкільному закладі протягом цілого дня, включаючи прийоми їжі, а також можливості повноцінної соціальної участі у заняттях, які пов'язані з їжею: відвідування кафе, ресторанів, святкових заходів тощо.

Термін «покази» (показання) у даній роботі вживається у значенні «ознаки, які свідчать про доцільність призначення певного втручання або лікування» [1]. Синтезуючи згадану інформацію, покази для ерготерапії як частини міждисциплінарної терапії годування можна згрупувати за такими категоріями: 1) ознаки труднощів, які стосуються процесу споживання їжі та рідини дитиною з ЦП; 2) ознаки труднощів, які стосуються процесу годування дитини з ЦП доглядальниками/батьками (табл. 1).

1. Покази для ерготерапії, які стосуються процесу вживання їжі та напоїв дитиною з церебральним паралічем.

1. Порушення безпеки вживання їжі (підозра на порушення безпеки вживання їжі). Базовою вимогою до будь-якої активності є безпека. Через дисфагію під час споживання їжі та напоїв діти з ЦП можуть демонструвати ознаки

ТАБЛИЦЯ 1 – Покази для ерготерапії як частини міждисциплінарної терапії годування

I. Покази для ерготерапії, які стосуються процесу споживання їжі та рідини дитиною з церебральним паралічем.		
1	Ознаки/ підозра на порушення безпеки вживання їжі	<ul style="list-style-type: none"> • Утруднене, шумне дихання, кашель або задишка під час або після прийому їжі; • вологі звуки верхніх дихальних шляхів; • блювання або зригування під час їжі; • гучне та/або жорстке ковтання; • моргання, розширення очей, сльозоточивість; • гримаси, панічні та інші поведінкові реакції; • постійні хрипи або закладеність носа під час їжі; • часті респіраторні інфекції
2	Затримка та/або порушення навичок ротової моторики	<ul style="list-style-type: none"> • Затримка та/або порушення навичок смоктання, кусання, жування, пиття з відкритої чашки, пиття з трубочки тощо; • потреба у модифікації текстури та консистенції рідини, що не відповідає віку дитини; • тривалість харчування (надто швидко – менше 5 хв, або надто довго – більше 30 хв); • втрата рідини або їжі з рота під час її споживання; • утримання їжі в роті після ковтання або завершення прийому їжі (на поверхнях зубів, між щочками і яснами); • втома під час їжі; • потреба у відволіканні (наприклад, за допомогою екрана), у надмірній похвалі/погрозах/підкупках; • неспроможність споживати достатньо калорій, необхідних для оптимального росту і розвитку; • неспроможність підтримувати оптимальний рівень зволоження
3	Обмеження самостійності та активної участі дитини у процесі вживання їжі	<ul style="list-style-type: none"> • Нездатність/труднощі зі смоктанням грудей або пляшечки без сторонньої допомоги; • нездатність/труднощі з утриманням/користуванням столовими приладами; • нездатність/труднощі з самостійним годуванням (донесенням їжі до рота); • потреба у спеціалізованих або адаптованих столових приладах; • труднощі з підготовкою їжі до споживання (ламанням, нарізанням тощо); • відсутність/обмеження активної участі дитини у процесі годування
4	Контекстуальні бар'єри до вживання їжі дитиною з ЦП	<ul style="list-style-type: none"> • Нездатність їсти в нових або незнайомих ситуаціях; • залежність у харчуванні від одного доглядальника (наприклад, коли мама є єдиною людиною, спроможною нагодувати дитину через труднощі у вживанні їжі)
5	Суб'єктивні показники	<ul style="list-style-type: none"> • Прояви негативних емоцій та поведінки, пов'язані з труднощами у споживанні їжі та рідин, або неспроможністю відповідати вимогам батьків/доглядальників у процесі вживання їжі
II. Покази, які стосуються процесу годування батьками/ доглядальниками дитини з церебральним паралічем		
1	Уміння та навички батьків/ доглядальників годувати дитину з ЦП	<ul style="list-style-type: none"> • Потреба у знаннях, опануванні умінь та навичок позиціонування дитини та особи, яка годує дитину, використання оптимальних столових приладів, темпу годування, розміру порції, техніки безпечного та ефективного годування, спілкування та взаємодії під час годування
2	Суб'єктивні показники	<ul style="list-style-type: none"> • Стрес та негативні емоції, відчуття некомпетентності, пов'язані з годуванням дитини з ЦП

удавлення та аспірації. Удавлення трапляється при потрапленні шматка їжі в дихальні шляхи, що спричиняє повну обструкцію та призводить до задухи [9]. Аспірація виникає, коли їжа або рідина потрапляє в легені і може не бути очевидною, проте супроводжується характерними клінічними симптомами та ознаками, наприклад, утруднене, шумне дихання, кашель або задишка під час або після прийому їжі; вологі звуки верхніх дихальних шляхів; блювання або зригування під час їжі; гучне та/або жорстке ковтання; моргання, розширення очей, сльозоточивість; гримаси, панічні та інші поведінкові реакції; постійні хрипи або закладеність носа під час їжі; часті респіраторні інфекції тощо [4]. Батьки можуть не усвідомлювати небезпеки і не виявляти занепокоєння щодо безпеки харчування своєї дитини, тому для лікаря первинної ланки або іншого фахівця, який скеровує до ерготерапевта, важливо розуміти необхідність клінічного спостереження

за процесом вживання їжі та оцінювання його безпеки. Ерготерапевти володіють знаннями та методиками неінструментального оцінювання процесу вживання їжі та покращують безпеку споживання їжі та напоїв рядом реабілітаційних заходів, включаючи та не обмежуючись позиціонуванням (програмою постурального менеджменту), зміною текстури їжі та зміною способу годування дитини з ЦП.

2. Порушення ефективності вживання їжі дитиною з церебральним паралічем. Як зазначалося вище, діти з ЦП демонструють ряд труднощів у здатності обробляти їжу у ротовій порожнині, які пов'язані із затримкою або порушенням розвитку навичок ротової (оральної) моторики, мають характерні ознаки і можуть бути показами для ерготерапевтичного втручання (див. табл. 1).

3. Обмеження самостійності та активної участі дитини у вживанні їжі. Зазвичай, діти

з нижчим рівнем за Системою класифікації великих моторних функцій (Gross Motor Function Classification System, GMFCS) (I-II) демонструють більше здатності до самостійного прийому їжі, а діти з вищим рівнем GMFCS (III-V) є більш залежними у харчуванні [19]. За визначенням вживання їжі у МКФ, самостійність стосується не тільки споживання їжі, а й підготовки до споживання: нарізання, ламання на шматки, відкривання пляшок і банок, використання столових приладів. Ерготерапевти також визнають необхідність активної участі на усіх етапах процесу харчування для дітей будь-якого рівня фізичних можливостей, незалежно від того, їдять діти самостійно, чи вони є залежними у годуванні. Активна участь у такому випадку є альтернативною участю у занятті та проявляється у наданні дитині можливості обирати те, що вона їсть, контролювати темп годування, висловлювати потребу у перервах, відмову від їжі у міру насичення тощо. Для дітей з ЦП, які є невербальними, особливого значення набуває застосування альтернативної та допоміжної комунікації (АДК), яку ерготерапевти використовують під час втручань та навчають батьків використовувати для забезпечення активної участі дитини у занятті. Ерготерапевт може співпрацювати з терапевтом мови і мовлення у підборі найбільш ефективних стратегій комунікації. При цьому особливості залучення до процесу харчування дитини з ЦП будуть скеровувати базовий набір повідомлень, який ерготерапевт може рекомендувати для терапевта мови і мовлення, який, у свою чергу, підбирає відповідні лексичні одиниці. До компетентності ерготерапевта також входить підбір оптимального розташування засобу АДК та спосіб доступу відповідно до рухових можливостей дитини.

4. Контекстуальні обмеження вживання їжі дитиною з церебральним паралічем. Практика свідчить, що чим більше труднощів у харчуванні мають діти з ЦП, тим більше їхні батьки схильні годувати їх в ізоляції від інших та винятково вдома, що впливає на соціальну участь та якість життя таких дітей [21]. У ширшому розумінні, діти переживають заняттєву депривацію, тобто вони позбавлені можливості брати участь у заняттях, які є типовими для дітей їхнього віку, наприклад, харчуватися у їдальні у дошкільному або шкільному закладі освіти, відвідувати родичів чи друзів, беручи повноцінну участь у святкових обідах чи вечерях, відвідувати кав'ярні чи ресторани. До соціального середовища/контексту належать усі особи, які присутні під час споживання їжі. Залежність дитини з ЦП у харчуванні винятково від однієї особи, яка спроможна її

нагодувати, знаючи усі її особливості, є також обмеженням активності та участі.

II. Покази, які стосуються процесу годування дитини з ЦП доглядальниками/батьками.

Розглядаючи батьків або доглядальників як клієнтів ерготерапії, варто оцінювати і враховувати їхні уміння та навички годування. Зазвичай, діти з ЦП потребують особливого підходу, і процес харчування характеризується такими ознаками: використання оптимальних столових приладів, адаптоване позиціонування відносно дитини (у поєднанні з оптимальним позиціонуванням дитини), індивідуально підібраний темп годування, розмір порції, техніка годування, методи спілкування та взаємодії під час годування тощо.

Оскільки метою ерготерапії є покращення не тільки здоров'я, а й добробуту клієнтів, важливо також враховувати такі суб'єктивні показники, як задоволеність (сатисфакція) дитини процесом споживання їжі та задоволеність батьків/доглядальників процесом годування власної дитини. Вживання їжі нерідко перетворюється на процедуру, яка є необхідною для підтримання життя і росту, проте, на жаль, не обов'язково приносить дитині задоволення. Задоволеність дитини власною участю у харчуванні або задоволеність батьків процесом годування своєї дитини, може бути оцінена за допомогою Канадської оцінки виконання занять (Canadian Occupational Performance Measure) [14]. Використання її допомагає у постановці вимірюваних цілей та відстеженні результативності ерготерапевтичного втручання.

Висновки. Вживання їжі має бути активністю повсякденного життя, що приносить задоволення, а не процедурою, яка підтримує життя. Ерготерапія є невід'ємною частиною міждисциплінарної терапії годування та спрямовує втручання на покращення навичок вживання їжі та годування дітей з ЦП, безпеки, ефективності та задоволеності від процесу харчування та якості життя дітей та їхніх батьків або доглядальників у цілому.

Перспективи подальших досліджень передбачають апробацію та використання інструментів оцінювання умінь та навичок вживання їжі дітьми з ЦП, процесу харчування в цілому, а також сприйняття цього процесу батьками або доглядальниками.

Рекомендації. Враховуючи критичність та важливість вживання їжі як базової активності повсякденного життя, адаптовані клінічні настанови для менеджменту церебрального паралічу та інших органічних уражень головного мозку у дітей, які супроводжуються руховими порушеннями, варто доповнити детальною інформацією про міждисциплінарну терапію годування на основі найновіших міжнародних рекомендацій.

Література

1. Білодід ІК, укладач. Словник української мови [Dictionary of the Ukrainian language]. Київ: Наукова думка; 1970-1980. Доступно: <http://sum.in.ua/p/7/9/2>
2. Про внесення змін до перекладу Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я та Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків: Наказ МОЗ № 2449; 2018 Груд 21 [On making changes to the translation of the International classification of International classification of functioning, disability and health and the International Classification of International classification of functioning, disability and health of children and adolescents: Order of the Ministry of Health No. 2449; December 21, 2018]. [Електронний ресурс]. – Доступно: https://nmapo.edu.ua/zagruzka2/02_05_19-2.pdf
3. Про затвердження уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги та медичної реабілітації, розроблений на основі адаптованих клінічних настанов «Церебральний параліч та інші органічні ураження головного мозку у дітей, які супроводжуються руховими порушеннями»: Наказ МОЗ України № 286; 2013 Квіт 9 [On the approval of the unified clinical protocol of medical care and medical rehabilitation, developed on the basis of adapted clinical guidelines «Cerebral palsy and other organic brain lesions in children accompanied by movement disorders»: Order of the Ministry of Health of Ukraine No. 286; April 9, 2013]. [Електронний ресурс]. – Доступно https://zakononline.com.ua/documents/show/74189___74189
4. Andrew MJ, Parr JR, Sullivan PB. Feeding difficulties in children with cerebral palsy. Arch Dis Child Educ Pract Ed. 2012;97(6):222-9.
5. Arvedson JC. Feeding children with cerebral palsy and swallowing difficulties. Eur J Clin Nutr. 2013;67: 9-12.
6. Barlow K, Sullivan K. Evaluation of Feeding, Eating, and Swallowing for Children With Cerebral Palsy. 2021;(March):1-9. Available from: <http://www.aota.org/cea>
7. Bashar MK, Iqbal S, Chowdhury MA, Das D, Iqbal M. Developmental Outcome of Children with Cerebral Palsy after Feeding and Seating Intervention. Chhatagram Maa-O-Shishu Hosp Med Coll J. 2015;14(1): 11-4.
8. Clark GF, Avery-Smith W, Wold LS, Anthony P, Holm SE, Roberts P, et al. Specialized knowledge and skills in feeding, eating, and swallowing for occupational therapy practice. Am J Occup Ther. 2007;61(6):686-700.
9. Eating and Drinking Ability Classification System for Individuals with Cerebral Palsy (EDACS). Chailey Clinical Services; 2013. [Internet]. Sussex Community NHS Foundation Trust; 2022. [cited 2022, Feb 23]. Available from: <https://www.sussexcommunity.nhs.uk/get-involved/research/chailey-research/eating-drinking-classification.htm>
10. Feeding matters. The PFD ICD-10 Toolkit. [Internet]. Feeding matters; 2022. [cited 2022, Feb 23]. Available from <https://www.feedingmatters.org/wp-content/uploads/2021/09/Toolkit.pdf>
11. Fung EB, Samson-Fang L, Stallings VA, Conaway M, Liptak G, Henderson RC, et al. Feeding dysfunction is associated with poor growth and health status in children with cerebral palsy. J Am Diet Assoc. 2002;102(3).
12. Goday PS, Huh SY, Silverman A, Lukens CT, Dodrill P, Cohen SS, et al. Pediatric Feeding Disorder: Consensus Definition and Conceptual Framework. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2019;68(1):124-9.
13. Howe TH, Wang TN. Systematic review of interventions used in or relevant to occupational therapy for children with feeding difficulties ages birth-5 years. Am J Occup Ther. 2013;67(4):405-12.
14. Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl MA, Polatajko H, Pollock N. Canadian Occupational Performance Measure. 5 ed. Altona, Canada: COPM Inc; 2019.
15. Marrón EM, Redolar-Ripoll D, Boixadós M, Nieto R, Guillaumon N, Hernández E, et al. Burden on caregivers of children with cerebral palsy: Predictors and related factors. Univ Psychol. 2013;12(3):767-78.
16. McComish C, Brackett, K, Kelley, M, Hall, C, Wallace, S, Powell V. Interdisciplinary Feeding Team, MCN-Am J Matern-Chil. 2016;41(4): 230-236
17. Morris, Christopher, Baxter P, Rosenbaum P, Paneth N, Leviton A, Goldstein M, Bax M, et al. The Definition and Classification of Cerebral Palsy Contents Foreword Historical Perspective Definition and Classification Document. Dev Med Child Neurol. 2007;49(109):1-44.
18. Ribeiro MF, Sousa AL, Vandenberghe L, Porto CC. Parental stress in mothers of children and adolescents with cerebral palsy. Rev Lat Am Enfermagem. 2014 May-Jun;22(3):440-7.
19. Sellers D, Mandy A, Pennington L, Hankins M, Morris C. Development and reliability of a system to classify the eating and drinking ability of people with cerebral palsy. Dev Med Child Neurol. 2014;56(3):245-51.
20. Snider L, Majnemer A, Darsaklis V. Feeding interventions for children with cerebral palsy: A review of the evidence. Phys Occup Ther Pediatr. 2011;31(1):58-77.
21. The Practice of Occupational Therapy in Feeding, Eating, and Swallowing. Am J Occup Ther. 2017;71(Supplement_2):7112410015p1.
22. Taylor H, Pennington L, Craig D, Morris C, McConachie H, Cadwgan J, et al. Children with neurodisability and feeding difficulties: A UK survey of parent-delivered interventions. BMJ Paediatr Open. 2021;5(1).
23. Widman-Valencia ME, Gongora-Meza LF, Rubio-Zapata H, Zapata-Vázquez RE, Lizama EV, Salomón MR, et al. Oral Motor Treatment Efficacy: Feeding and Swallowing Skills in Children with Cerebral Palsy. Behav Neurol. 2021;2021.

helenka1972@gmail.com
lifefullyalive@gmail.com

Надійшла 14.11.2022