

ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

DOI: 10.21802/artm.2024.3.31.189

УДК 615.851:616.89-008.48

СІМЕЙНО ОРІЄНТОВАНА ПРОГРАМА ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ДЛЯ ДІТЕЙ ІЗ РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА

Л.І. Басенко, К.А. Тимрук-Скоропад

*Львівський державний університет фізичної культури імені Івана Боберського, кафедра фізичної терапії, ерготерапії, Львів, Україна,**ORCID ID: 0000-0002-3892-3797, e-mail: liudmylabasenko@gmail.com**ORCID ID: 0000-0001-8152-0435, e-mail: tymruk_k@ukr.net*

Резюме. Програми фізичної терапії для дітей з аутизмом, орієнтовані на сім'ю, передбачають спільну роботу дитини, членів сім'ї та фахівців. Вони спрямовані на надання підтримки, освіти та ресурсів, які дозволяють сім'ї зрозуміти і впоратися з особливими потребами, пов'язаними з реабілітацією дитини з аутизмом. Залучаючи всю сім'ю до процесу терапії, такі програми сприяють поліпшенню комунікації, підвищенню якості життя всієї сім'ї, допомагають дитині розвинути навички для участі в різних активностях з однолітками, зміцнюють сімейні зв'язки та забезпечують більш цілісний підхід у догляді за дитиною.

Мета. Обґрунтувати структуру і програму фізичної терапії, орієнтованої на сім'ю для дітей дошкільного віку з розладами аутистичного спектра (РАС).

Методи і матеріали. Аналіз літературних джерел, включаючи клінічні настанови та рекомендації, а також наукові дослідження з реабілітації пацієнтів із розладами аутистичного спектра; системний аналіз і синтез, методи аналогій, абстрагування та узагальнення. Також враховувався досвід реабілітації та фізичної терапії дітей з РАС, набутий громадською організацією «Агапе», яка займається реабілітацією та абілітацією дітей з інвалідністю у місті Хмельницькому.

Результати. Сімейно орієнтована фізична терапія зосереджується на дитині, батьках та сім'ї, зміщуючи акцент з порушень структур і функцій організму на участь дитини в житті сім'ї та її активність разом із родиною, а також зосереджено увагу не на тому, що дитина не може зробити, а на її можливостях. Усі етапи фізичної терапії передбачають залучення дитини та членів сім'ї до обстеження, встановлення мети та завдань, освіти, реалізації запланованої програми втручання, консультування та контролю, а також корегування мети, завдань та програми фізичної терапії.

Висновки. Сімейно орієнтована програма фізичної терапії для дітей з РАС передбачає тісну співпрацю між фізичними терапевтами, дитиною, батьками та іншими членами сім'ї. Це забезпечує індивідуалізований підхід до терапії, підвищення ефективності занять та поліпшення якості життя не лише дитини, а й усієї родини.

Ключові слова: сімейно орієнтована програма, батьки, сім'я, фізична терапія, втручання, діти, аутизм, розлади аутистичного спектра.

Вступ та обґрунтування дослідження. За останні 50 років діагноз розлад спектра аутизму (РАС) пройшов шлях від рідкісного розладу, що виникає в дитинстві, до визнаного, поширеного й дуже неоднорідного стану. Визначення РАС як дефіциту соціальної комунікації та повторюваної і незвичної сенсорно-моторної поведінки суттєво не змінюється й аутизм вважають станом, який може характеризуватися і дуже легкими порушеннями, і важкими обмеженнями життєдіяльності, з якими люди потребуватимуть підтримки протягом усього життя [1].

Розлад спектра аутизму потребує значної уваги через вплив обмеження життєдіяльності дитини на всіх членів сім'ї, потребу в тривалій і мультидисциплінарній реабілітації, неспроможності звиклих способів забезпечити комплексне, безперервне й інклюзивне ставлення до фізичної терапії та до дедалі ширшого застосування сімейно орієнтованої реабілітації. Такий спосіб в Україні недостатньо впроваджений, що утруднює вивчення його ефективності й удосконалення організації надання відповідної послуги [2].

Реабілітаційні послуги на гострому й післягострому етапах, що надають дітям в Україні, реформуються, а батьки несприятливо оцінюють послуги на довготривалому етапі, у тому числі, й щодо інклюзивної освіти. Ключові виклики – проблеми підготовленості персоналу й брак інформації про послуги; особисті відчуття емоційного вигоряння; нереалістичні очікування від послуг; соціальна стигма, пов'язана з аутизмом і соціальна ізоляція батьків, які виховують дитину з РАС [2]. Також виявлено високий рівень незадоволеності потреб батьків, які мають дітей із РАС або іншими проблемами інтелектуального розвитку. Отримані дані свідчать про те, що тепер в Україні освітні й реабілітаційні послуги для дітей із РАС та їхніх сімей не відповідають підходам, орієнтованим на споживача. Наявність дитини з діагнозом аутизм усе ще робить сім'ю соціально відчуженою від суспільства, оскільки наявні послуги для дітей із РАС частково недостатні й не завжди відповідають очікуванням сімей [2].

Сімейно орієнтовані програми фізичної терапії для дітей з аутизмом передбачають докладання спільних зусиль дитини, членів сім'ї та фахівців. Вони спрямовані на надання підтримки, освіти й ресурсів, які дадуть змогу сім'ї зрозуміти й упоратися з особливими потребами, пов'язаними з реабілітацією дитини з аутизмом. Залучаючи всю сім'ю до процесу терапії, сімейно орієнтована програма може допомогти поліпшити комунікацію, підвищити рівень якості життя усієї сім'ї, допомогти дитині набути навичок, які б дали змогу їй брати участь у різних активностях з однолітками, згуртувати сім'ю та забезпечити більш цілісний підхід до догляду за дитиною.

У багатьох дослідженнях (I.P. Oono et al., 2013 [3], L. Columba et al., 2021 [4], L. A. Prieto et al., 2023 [5], M. Ramshini et al., 2018 [6], T. Frakking et al., 2020 [7], Collin Shepley et al., 2020 [8]) порушується питання щодо значення сімейно орієнтованих реабілітаційних послуг для дітей з обмеженням життєдіяльності, акцентовано на потребі у підтримці, яка виходить за межі безпосередніх послуг для дитини. Попри визнання сімейно орієнтованої допомоги, рекомендацій щодо типів послуг, які могли б задовольнити потреби дітей з РАС, їх батьків і сімей, недостатньо [9].

Мета дослідження – обґрунтувати структуру й програму сімейно орієнтованої фізичної терапії для дітей дошкільного віку з розладами аутистичного спектра.

Методи дослідження: аналіз літературних джерел, зокрема клінічних настанов і рекомендацій, наукових досліджень із питань реабілітації пацієнтів із розладами аутистичного спектра; системний аналіз і синтез, методи аналогій, абстрагування й узагальнення. Також ураховано досвід реабілітації та фізичної терапії дітей з РАС, застосований на базі громадської організації «Агапе», яка займається реабілітацією та абілітацією дітей з інвалідністю в м. Хмельницькому.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Робота відповідає темі плану науково-дослідної роботи Львівського державного університету фізичної культури імені Івана Боберського на 2021-2025 рр. 4.4 «Удосконалення підходів до фізичної терапії осіб, які мають або можуть зазнати обмеження функціонування» (затверджено на засіданні вченої ради ЛДУФК, протокол № 4 від 09.02.2021 р.).

Результати дослідження. Нетиповий розвиток й обмеження життєдіяльності дитини впливають на всю родину. У піклувальників й членів сім'ї може розвинутися почуття вразливості й провини або ж вони можуть відчувати себе нездатними піклуватися про свою дитину. Крім того, пацієнтоорієнтований й біопсихосоціальний підхід передбачає, що рішення про терапію ухвалюють особи, які доглядають за дітьми, оскільки вони найкращі експерти з питань їх потреб і здібностей. Також відбулося зміщення акценту з порушення структур і функцій організму на участь дитини в житті сім'ї та її активність разом із родиною, а також з того, що дитина не може зробити, на те, що вона може робити [10]. Підтримання дитини й сім'ї в цьому складному процесі реабілітації й фізичної терапії з урахуванням зазначеного, визнання інтересів і цінностей сім'ї має вирішальне значення та допомагає сім'ям відчувати себе сильнішими й підвищити

впевненість у собі, коли вони постають перед щоденними викликами [9]. Сімейно орієнтована фізична терапія дає змогу врахувати всі названі підходи.

Сімейно орієнтована фізична терапія – це комплекс заходів, спрямованих на залучення сім'ї та родинного оточення до процесу фізичної терапії (ФТ) дитини [7], щоб забезпечити підтримку, навички й ресурси пацієнта та сім'ї на кожному етапі процесу фізичної терапії й досягти найліпшого результату.

Тож сімейно орієнтована фізична терапія спрямована на дитину, батьків і сім'ю (яка може охоплювати сестер і братів, бабусь і дідусів дитини, інших родичів, які опікуються, проживають або беруть участь у житті дитини).

Реалізація усіх компонентів фізичної терапії відбувається із залученням дитини й членів сім'ї до: 1) обстеження та встановлення мети й завдань фізичної терапії; 2) освіти; 3) реалізації запланованої програми втручання ФТ; 4) консультування й контролю; 5) корегування мети, завдань і програми фізичної терапії.

Обстеження та встановлення мети й завдань фізичної терапії. Для визначення особливостей розвитку дитини, порушень функції, активності, участі, якості життя, потреб і мети, а також обговорення, як сім'я може сприяти відновленню й успіху процесу фізичної терапії, фахівець працює із сім'єю та пацієнтом, використовуючи такі методи обстежень та інструменти:

- 1) опитування (збір анамнезу):
 - детальна історія розвитку дитини, інформація про нозологію, інші медичні діагнози, попередні втручання та їхні результати;
 - інформація про повсякденну життєву активність дитини, її вподобання, рутинні заняття, а також про взаємини в сім'ї;
- 2) аналіз медичної документації;
- 3) спостереження й оцінювання:
 - стандартні тести й шкали для оцінювання моторних навичок, координації рухів, рівноваги та пов'язаних із рухом функцій [наприклад, опитувальник оцінювання мобільності (Pediatric Evaluation Of Disability Inventory, PEDI); функціональна шкала мобільності (Functional Mobility Scale, FMS); педіатрична шкала рівноваги (Pediatric Balance Scale, PBS); тест розвитку загальної моторики (Test of Gross Motor Development-Third Edition, TGMD-3); шкала розвитку моторики Пібоді (Peabody Developmental Motor Scales – Second Edition, PDMS-2); шкала оцінювання руху для дітей (Movement Assessment Battery for Children – Second Edition, MABC-2) та ін.] [11];
 - натуралістичне й поведінкове спостереження за дитиною під час гри та взаємодії з оточенням;
 - оцінювання якості життя (наприклад, Short Form-12, Short Form-36 SF-12/SF-36).

Варто зазначити, що відомо багато стандартизованих критеріїв оцінювання ефективності фізичної терапії та реабілітації дітей з РАС. Утім, основну увагу приділяють обстеженню психічних функцій і моторного розвитку без єдиного загально-визнаного підходу до оцінювання таких дітей із РАС. Проаналізовані дослідження містять багато інструментів, але вони мають малу повторюваність їх

застосування в дослідженнях, тож пошук оптимальних інструментів, критеріїв й індикаторів триває [11].

Мета та завдання повинні бути розроблені з урахуванням потреб дитини й сім'ї, їхніх пріоритетів та за можливості за допомогою SMART-методу.

Освіта. Послуги, орієнтовані на сім'ю, передбачають надання достатньої інформації батькам та/або опікунам дитини про те, щоб навчити їх виконувати домашні програми фізичної терапії, спрямовані на досягнення мети й завдань, формування розуміння критеріїв ефективності втручань і плану дій у разі погіршення стану. Сімейно орієнтована програма фізичної терапії визнає батьків початковими й часто головними фасилітаторами розвитку їхньої дитини, оскільки це допомагає забезпечити безперервність і послідовність терапевтичного втручання в домашніх умовах та підтримку дитини в повсякденному житті.

Ключові компоненти освіти батьків:

1) інформування про діагноз та його вплив:
● надання інформації про аутизм, його симптоми й можливі виклики, перед якими постає дитина;
● роз'яснення, як аутизм впливає на моторні навички й координацію.

2) розуміння важливості фізичної терапії:
● інформування батьків про мету фізичної терапії та її вплив на розвиток дитини;
● висвітлення користі регулярних фізичних вправ для поліпшення координації, сили, рівноваги й загальної функціональності.

3) навчання технік і вправ:
● детальне пояснення й демонстрація вправ, завдань і відповідних втручань, які батьки можуть виконувати з дитиною вдома; надання письмових або відеоінструкцій для легкого засвоєння й відтворення вправ, завдань і відповідних втручань;
● пояснення, як модифікувати вправи, завдання й відповідні втручання залежно від потреб і прогресу дитини.

4) створення сприятливого середовища вдома:

● рекомендації щодо організації домашнього простору, щоб зробити його безпечним і таким, що стимулює фізичну активність [12];

● інструкції з адаптації повсякденних завдань для проведення моторних вправ (наприклад, ігри з елементами фізичної активності).

5) підтримання сенсорної інтеграції:
● навчання батьків розпізнавати сенсорні потреби й проблеми дитини;

● надання рекомендацій щодо сенсорних активностей, які можуть поліпшити сенсорну інтеграцію дитини (наприклад, ігри з піском, вода, використання різних текстур).

6) моніторинг й оцінювання прогресування:

● навчання батьків, як спостерігати за прогресом дитини й записувати результати;

● регулярні консультації з терапевтом для обговорення досягнень і коригування плану терапії.

7) розвиток соціальних і комунікативних навичок:

● рекомендації щодо ігор і занять, які сприяють розвиткові соціальних навичок та комунікації через фізичну активність;

● поради про залучення дитини до групових активностей, де вона може взаємодіяти з однолітками.

8) психологічна підтримка й стрес-менеджмент:

● надання інформації про стрес-менеджмент для батьків, допомога у вправленні з емоційним навантаженням;

● організація груп підтримки для обміну досвідом з іншими батьками дітей з аутизмом.

9) співпраця з іншими фахівцями:

● заохочення батьків до співпраці з іншими спеціалістами (терапевтами мови й мовлення, ерготерапевтами, психологами) для забезпечення комплексного підходу до розвитку дитини;

● координація з іншими терапевтами для створення узгодженого плану втручання.

Програма втручань ФТ. Під час роботи з дітьми з фізичними порушеннями або функціональними обмеженнями загальна мета фізичної терапії в педіатрії полягає в тому, щоб сприяти їхній незалежності [10].

Отож під час побудови програми фізичної терапії слід ураховувати індивідуальний підхід, мету й завдання, а також потребу участі батьків та інших членів сім'ї (братів / сестер).

Для досягнення максимальних результатів від занять фізичною терапією треба тісно співпрацювати з батьками дітей із РАС. Залежно від тривалості програми фізичної терапії доречно обирати щільність занять фізичною терапією. Досвід сімейно орієнтованої програми фізичної терапії на базі ГО «Агапе» ґрунтується на програмах, що тривають не менше ніж 12 тижнів і передбачають три двотижневі курси фізичної терапії із супроводом фізичного терапевта в реабілітаційному закладі з двотижневими перервами, під час яких батьки продовжують виконувати заняття з фізичної терапії удома. Використання чекліста й надсилання відео домашніх завдань фізичному терапевтові уможливорює ефективніший самоконтроль і допомагає фізичному терапевтові з дистанційним супроводом.

У програмі фізичної терапії передбачено різні форми занять, зокрема індивідуальні й групові із участю братів і сестер. Залучення батьків під час індивідуальних занять із фізичним терапевтом є невід'ємною частиною програми, оскільки на наступному тижні заняття вони мають брати участь у рухових вправах і техніках разом зі своєю дитиною під наглядом фізичного терапевта. Це дає змогу фізичному терапевтові спостерігати й відразу коригувати процес фізичної терапії. Не менш корисним є залучення братів і сестер до процесу реабілітації (зокрема, групових занять), яке може зробити значний внесок у прогрес і добробут дитини. Воно допомагає нормалізувати досвід життя з дитиною з аутизмом і розповісти іншим членам сім'ї про симптоми й потреби дитини. Вони можуть стати партнерами в розважальних і навчальних активностях, розуміти й виявляти співчуття до потреб братика або сестрички. Це сприяє більшому розумінню й підтримці всієї родини,

а також забезпечує більшу можливість для успішної інтеграції та розвитку дитини з РАС.

Щоб побудувати програму фізичної терапії для дітей із РАС, рекомендовано враховувати такі параметри:

1. Тип вправ. Вправи на рівновагу, набуття навичок моторики, які відсутні в дитини з РАС, та вправи на поліпшення рухових функцій та орієнтації в просторі.

2. Частота вправ. Зазвичай рекомендують проводити індивідуальні заняття з фізичної терапії тричі на тиждень та двічі на тиждень групові. Проте варто враховувати індивідуальні особливості дитини і її реакцію на фізичну активність.

3. Тривалість вправ. Тривалість занять із фізичної терапії може варіюватися від 30 до 60 хвилин на одне заняття. Важливо брати до уваги фізичну витривалість і здатність дитини до виконання вправ.

4. Інтенсивність вправ. Інтенсивність фізичних вправ треба підбирати з урахуванням можливостей і потреб дитини, щоб забезпечувати комфортну й безпечну фізичну активність.

5. Безпека виконання. Дотримання правильної техніки виконання вправ і регулярне оцінювання загального стану – це важливі аспекти фізичної терапії. Фахівець має стежити за динамікою прогресу дитини, контролювати втому й реакцію на навантаження.

Ведення документації може бути засноване на категорійному профілі «Класифікатор функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я» у разі розладів аутистичного спектра (0 – 5 років) та на обраних з нього категоріях, які стосуються фізичної терапії.

Консультація й контроль. Якщо створити стабільність і регулярність у виконанні програми, це

може стати ключовим елементом успіху програми. Критерії оцінювання якості допомагають виконувати програму регулярно, визначати динаміку стану дитини й запитів сім'ї та, відповідно, коригувати програму з метою досягнення ефективних результатів.

Коригування мети, завдань і програми ФТ для дітей з аутизмом – це динамічний процес, що враховує індивідуальні потреби й прогресування дитини, забезпечує оптимальні умови для її розвитку. Варто оцінити початкові результати за допомогою встановлених інструментів, щоб відстежувати прогрес у моторних навичках. Далі можна порівняти досягнуті результати з початковими цілями, щоб визначити, чи потрібно коригувати мету, виявляти нові проблеми або зміни в стані дитини, які можуть вимагати коригування програми. *Короткострокові цілі* можуть бути змінені залежно від прогресу дитини. Наприклад, якщо дитина досягла певної мети, можна встановити нові, складніші завдання, а *довгострокові цілі* уже коригувати на основі загального прогресу й зміни потреб дитини. Під час *коригування програми ФТ* можна вносити зміни у вправи відповідно до рівня розвитку дитини та її інтересів, частоти й інтенсивності занять залежно від реакції дитини на терапію, а також інтегрувати додаткові терапевтичні методики або підходи, які можуть бути корисними для конкретної дитини.

Ці дані допомагають планувати подальші кроки й забезпечують пацієнтові відповідне спостереження та підтримку.

З урахуванням усіх компонентів сімейно орієнтованої ФТ розроблено модель сімейно орієнтованої фізичної терапії (СОФТ), що відображає злагодженість дій та участь кожного у процесі терапії (рис. 1).

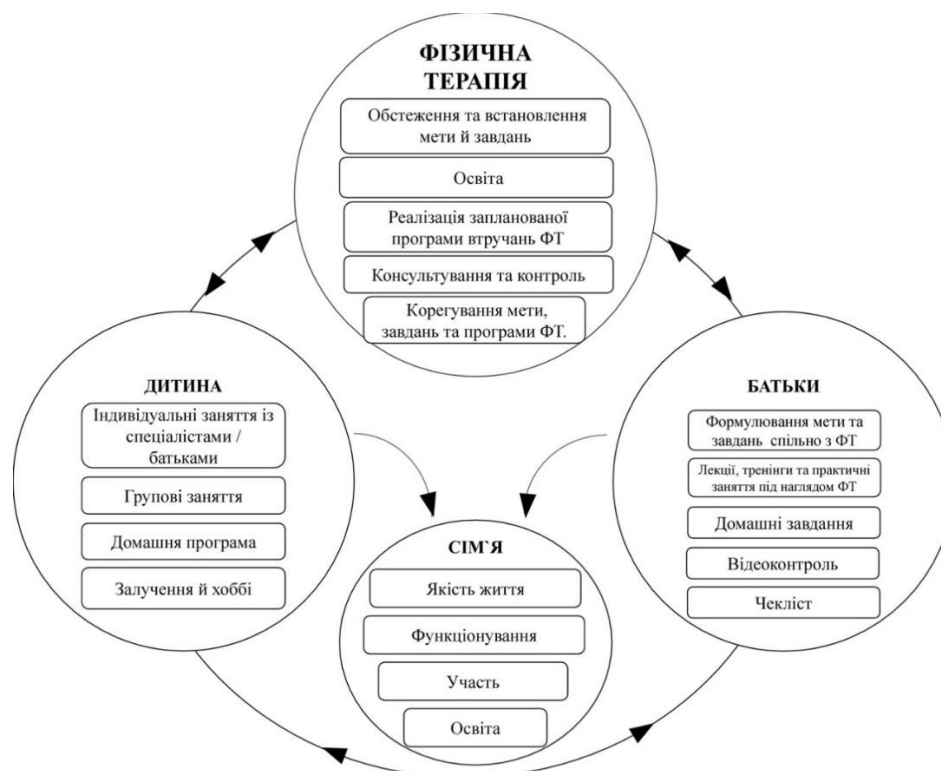


Рис. 1. Модель сімейно орієнтованої фізичної терапії.

Обговорення результатів дослідження.

Обгрунтована й запропонована в дослідженні модель сімейно орієнтованої фізичної терапії дітей із РАС – перша спроба описати структуру та зміст зазначеного підходу до реабілітації в педіатрії, яка буде актуальною і для фізичних терапевтів, і для батьків, які мають дітей із РАС.

Сімейно орієнтована програма догляду (СОПД) – це широке поняття, яке охоплює сферу охорони здоров'я, освіти, соціальних послуг, психічного здоров'я та інші сфери, що стосуються дітей різного віку, їх здібностей і стану здоров'я [13]. Батьки дітей із РАС відчують високий рівень стресу, і СОПД зменшує стрес та підвищує батьківський добробут й задоволеність. Це стало вагомим аргументом на користь того, щоб СОПД застосовували фізичні терапевти-практики на всіх рівнях надання допомоги [13]. Переіменування початкового Закону про освіту всіх дітей-інвалідів від 1975 року США на Закон про освіту осіб з обмеженими можливостями (IDEA, 1997) відобразило філософський перехід до визнання й оцінювання цінності програм, орієнтованих на сім'ю й громаду та сприяло визнанню значення надання допомоги не лише дитині, а й її батькам [14]. Фахівці повинні аналізувати потреби дитини в контексті сім'ї, оскільки надання послуг для немовлят і дітей раннього віку з обмеженням життєдіяльності орієнтоване на сім'ю. Сімейно орієнтований догляд описують як «поєднання переконань і практик, що визначають конкретні способи роботи із сім'ями, які орієнтовані на споживача й підвищують компетентність» [14]. Цей підхід визнає і підтримує значення й цінність участі батьків у розвитку своїх дітей. Тож ще однією невід'ємною частиною роботи фахівців є забезпечення підтримки освіти батьків. Для підтримки сімейно орієнтованої допомоги секція з педіатрії Американської асоціації фізичної терапії (APTA) додала певні формулювання в опубліковані компетентності для фізичних терапевтів у сфері раннього втручання [14]. (S.K. Effgen, L. Chirello, 2000), де деталізовано не тільки компетенції в безлічі стратегій втручання, пов'язаних із системами організму (неврологічною, опорно-руховою, серцево-легеневою та шкірною), а й адаптацію до навколишнього середовища та сімейно орієнтовану допомогу [14].

Аналізуючи програми фізичної реабілітації в Україні, М.І. Породько (2018) у своєму посібнику охарактеризувала теоретичні поняття, методи й засоби фізичної реабілітації та запропонувала систему фізичної реабілітації дітей з РАС, яка передбачала лікувальну фізичну культуру, фізіотерапевтичні процедури, масаж, дихальну гімнастику та загартовувальні процедури [15]. Комплексну програму розвитку дітей дошкільного віку з аутизмом «Розквіт», розроблену з урахуванням тенденцій щодо інклюзивної освіти дітей з особливими потребами, а також підходів до навчання й розвитку дітей із розладами аутичного спектра, описали В.В. Тарасун та ін. (2013) [16]. Обидві ці програми переважно сфокусовані на дитині, значення сім'ї в роботі з дитиною з РАС не описано. Також в Україні наявні нормативні документи, що регулюють реабілітаційні послуги для дітей з особливими потребами, зокрема з РАС. Закони й підзаконні акти спрямовано на забезпечення прав дітей на реабілітацію

[17]. Деякі державні програми й проекти стосуються підтримки дітей з особливими потребами та їх сімей, проте фінансування й ресурси часто обмежені.

Сімейно орієнтований підхід до програм реабілітації в Україні поступово розвивається здебільшого завдяки зусиллям неурядових організацій. Багато громадських організацій активно працює над підтримкою дітей з аутизмом та їхніх сімей. Вони організовують освітні програми для батьків, надають консультації, проводять тренінги й семінари, хоча найчастіше концентруються на корекції поведінки та роботі над соціальними навичками.

У результаті аналізу дослідження сімейно орієнтованих програм у фізичній терапії [4;5] враховано рекомендовану тривалість програми, критерії оцінювання результатів, змісту освіти батьків і втручання. Запропонована в дослідженні програма СОФТ містить групові заняття із залученням братів та/або сестер, практичні заняття з батьками із супроводом фізичного терапевта для якісного навчання батьків, а також консультування й контроль під час виконання домашньої програми. У програмі враховано індивідуальні потреби й особливості кожної дитини, національний контекст, що дає змогу розробити найефективніший план терапії. Оскільки батьки беруть участь у забезпеченні фізичної терапії, вони можуть краще адаптувати вправи й стратегії до домашнього середовища. Сімейно орієнтована програма фізичної терапії для дітей із РАС важлива тому, що вона не тільки сприяє фізичному розвитку дитини, а й надає всебічну підтримку родині, допомагаючи створити гармонійне середовище.

Висновок. Сімейно орієнтовані програми послуг спонукають терапевтів переходити від фокусування на ізольованому порушенні й потребах лише дитини до розуміння обмеження життєдіяльності в межах соціальної моделі послуг і контексту сім'ї й спільноти. Сімейно орієнтована програма фізичної терапії для дітей із РАС передбачає тісну співпрацю фізичних терапевтів, дитини та батьків й інших членів сім'ї. Це забезпечує індивідуальний підхід до терапії, підвищення ефективності занять і поліпшення якості життя дитини й всієї родини. Активне залучення батьків та надання їм знань і навичок для проведення занять вдома сприяє досягненню стійких результатів у розвитку дитини та зміцнює родинні зв'язки, підвищує загальний рівень задоволення.

Перспективи подальших досліджень полягають у практичному визначенні впливу розробленої сімейно орієнтованої програми фізичної терапії на показники якості життя, функціонування та участі дітей з РАС та їхніх сімей.

Конфлікт інтересів. Автори повідомляють про відсутність конфлікту інтересів.

References.

1. Lord C, Elsabbagh M, Baird G, and Veenstra-Vanderweele J. Autism spectrum disorder. Lancet [serial online]. 2018 Aug; 392(10146): 508–520. Epub 2018 Aug 2. PMID: 30078460 doi:10.1016/S0140-6736(18)31129-2.
2. Semigina T. «It was a Shock to the Whole Family»: Challenges of Ukrainian Families Raising a Child with

- Autism. Socialinė teorija, empirija, politika ir praktika, Vilniaus Universitetas [Internet]. 2022 Feb 09. Available from: doi.org/10.15388/STEPP.2022.34
3. Oono, IP, Honey EJ, & McConachie H. Parent-Mediated Early Intervention for Young Children with Autism Spectrum Disorders (ASD). Evidence-Based Child Health [Internet]. 2013 Nov 20. Available from: https://doi.org/10.1002/ebch.1952
 4. Columna L, Prieto LA, Beach P, Russo N, Foley JT. A Randomized Feasibility Trial of a Fundamental Motor Skill Parent-Mediated Intervention for Children with Autism Spectrum Disorders. Randomized Controlled Trial [serial online]. 2021 Nov 25; 18(23):12398. PMID: 34886124 doi: 10.3390/ijerph182312398
 5. Prieto LA, Meera B, Barry A, Swarup G, Asmus J, Ku B, Roth K, Foley JT, Columna L. A randomized parent-mediated physical activity intervention for autistic children. Autism Res [serial online]. 2023 Jul;16(7):1450-1461. Epub 2023 Jun 26. PMID: 37357811 doi: 10.1002/aur.2969
 6. Ramshini M, Hassanzadeh S, Afroz Gh, Hashemi RH. The Effect of Family-Centered Nature Therapy on Interactions Between Parent and Child with Autism Spectrum Disorder. Iranian Rehabilitation Journal [Internet]. 2018 Dec; 16(4):379-386. Available from: http://dx.doi.org/10.32598/irj.16.4.379
 7. Frakking T, Michaels S, Orbell-Smith J, et al. Framework for patient, family-centered care within an Australian Community Hospital: development and description. BMJ Open Quality [serial online]. 2020 Apr; 9(2):e000823. PMID: 32354755 doi:10.1136/bmj.oq-2019-000823
 8. Shepley C, Shepley SB, Allday RA, Tyner-Wilson M, Larrow D. Evaluation of a Brief Family-Centered Service Provision Model for Treating Children's Severe Behavior: A Retrospective Consecutive Case Series Analysis. Behavior Analysis in Practice [serial online]. 2021 Mar; 14(1): 86–96. Epub 2020 Sep 22. PMID: 33732579 doi: 10.1007/s40617-020-00487-y
 9. King G, Williams L, Hahn Goldberg S. Family-oriented services in pediatric rehabilitation: a scoping review and framework to promote parent and family wellness. Review Article [Internet]. 2017 Jan 12. Available from: doi.org/10.1111/cch.12435
 10. Physiopedia: Introduction to physical therapy in pediatrics [Internet]. 2024. Available from: https://langs.physio-pedia.com/uk/introduction-to-paediatric-physiotherapy-uk/
 11. Basenko LI, Tymruk-Skoropad KA. Methods and indicators for evaluating the effectiveness of physical therapy for preschool children with autism. Scientific and practical journal [Internet]. 2023 July 25. Available from: https://doi.org/10.21802/artm.2023.1.25.193
 12. Raver SA, Childress DC. Family-Centered Early Intervention. Supporting Infants and Toddlers in Natural Environments. Baltimore, Maryland [Internet]. 2015. Available from: https://brookespublishing.com/wp-content/uploads/2021/07/Family-Centered-EI_Excerpt.pdf
 13. Gabovitch E, Curtin C. Family-Centered Care for Children with Autism Spectrum Disorders: A Review [serial online]. 2009 June; 200945(5):469-498. doi:10.1080/01494920903050755
 14. Cicirello NA. «The Role of Parent Coaching by Pediatric Physical Therapists: An Exploration of Current Practice». Dissertations and Theses. Portland State University [Internet]. 2005. Available from: https://doi.org/10.15760/etd.7060
 15. Porodko MI. Physical rehabilitation and autism. Ivan Franko National University of Lviv Publishing Center [Internet]. 2018. Available from: https://pedagogy.lnu.edu.ua/wp-content/uploads/2015/03/posibnyk-reabilitatsiia-i-autyzm.pdf
 16. Tarasun VV, Kutsenko TO, Nedozyr IV, Skrypnyk TV, Dubrova IM, Loschenykh VP, Dushka AL and Rinder ID. Complex program of development of preschool children with autism "Rozkvit". Gnosis, Polygraph Company, Kyiv, Ukraine [Internet]. 2013. Available from: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/2129/
 17. Order of 27.09.2018. No. 1423 "On Approval of Forms of Documents for Referral of Certain Categories of Persons for Comprehensive Rehabilitation (Habilitation)" [Internet]. Available from: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1160-18#n21

UDC 615.851:616.89-008.48

FAMILY-ORIENTED PHYSICAL THERAPY PROGRAM FOR CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS

L.I. Basenko, K.A. Tymruk-Skoropad

Lviv State University of physical culture, Department of Physical Therapy, Occupational Therapy, Lviv, Ukraine, ORCID ID: 0000-0002-3892-3797, e-mail: liudmylabasenko@gmail.com; ORCID ID: 0000-0001-8152-0435, e-mail: tymruk_k@ukr.net

Abstract. Family-centered physical therapy programs for children with autism involve the child, family members, and professionals working together. They aim to provide support, education, and resources that enable the family to understand and cope with the special needs associated with the rehabilitation of a child with autism. By involving the entire family in the therapy process, such programs help improve communication, enhance the quality of life for the entire family, help the child develop skills to participate in various activities with peers, strengthen family ties and provide a more holistic approach to child care.

Aim. To substantiate the structure and program of family-oriented physical therapy for preschool children with autism spectrum disorders (ASD).

Materials and methods. Analysis of literature sources, including clinical guidelines and recommendations, as well as scientific research on the rehabilitation of patients with autism spectrum disorders; systematic analysis and synthesis, methods of analogy, abstraction and generalization. The experience of rehabilitation and physical therapy of children with ASD, gained by the NGO Agape, which is engaged in the rehabilitation and habilitation of children with disabilities in Khmelnytskyi, was also taken into account.

Results. A child's atypical development and disabilities affect the entire family. Caregivers and family

members may develop feelings of vulnerability and guilt, or they may feel unable to care for their child. In addition, the patient-centered and biopsychosocial approach assumes that decisions about therapy are made by caregivers, as they are the best experts on their needs and abilities. There has also been a shift in emphasis from impairment of body structures and functions to the child's participation in family life and activities with the family, as well as from what the child cannot do to what the child can do. Supporting the child and family through this complex process of rehabilitation and physical therapy with this in mind, and recognizing the family's interests and values, is crucial and helps families feel stronger and more confident as they face daily challenges. Family-centered physical therapy takes all of these approaches into account.

Family-centered physical therapy is a set of activities aimed at involving the family and the family environment in the child's physical therapy process to provide support, necessary skills and resources to both the patient and the family at each stage of therapy, ensuring the best possible results.

All phases of physical therapy involve the child and family members in the evaluation, goal and objective

setting, education, implementation of the planned intervention program, counseling and monitoring, and adjustment of the goal, objectives and physical therapy program.

Conclusions. Family-centered service programs encourage therapists to move from focusing on an isolated impairment and the needs of the child alone to understanding disability within the social model of services and the context of the family and community. A family-centered physical therapy program for children with ASD involves close collaboration between physical therapists, the child, and parents and other family members. This ensures an individualized approach to therapy, increased effectiveness of the sessions, and improved quality of life for the child and the entire family. Active involvement of parents and providing them with the knowledge and skills to conduct sessions at home helps to achieve sustainable results in the child's development and strengthens family ties, increasing the overall level of satisfaction.

Keywords: family-oriented program, parents, family, physical therapy, intervention, children, autism, autism spectrum disorders.

Стаття надійшла в редакцію 18.07.2024 р.
Стаття прийнята до друку 20.09.2024 р.