Evaluarea deficienţelor fizice în terapia ocupaţională

Evaluarea este un proces de culegere de date, identificare de probleme, formulare de ipoteze şi luare de decizii pentru intervenţia terapeutică. Se face cu ajutorul unor metode cum ar fi: anamneza, interviul, observaţia, teste standardizate şi nestandardizate.

In terapia ocupaţională evaluarea performanţei ocupaţionale şi a componentelor acesteia stă la baza stabilirii obiectivelor şi strategiei tratamentului.

Evaluarea parcurge mai multe etape:

- evaluarea iniţială, înaintea începerii tratamentului
- reevaluările periodice, pe parcursul aplicării tratamentului.

Evaluarea iniţială este esenţială pentru stabilirea planului de tratament. Reevaluările au ca scop aprecierea eficienţei tratamentului în stabilirea unor ajustări în planul tratamentului, în eliminarea obiectivelor imposibile de realizat, în eliminarea obiectivelor deja atinse şi adăugarea altora noi.

Raţionamentul clinic este metoda prin care se stabilesc strategiile de tratament, în funcţie de problemele identificate în timpul evaluării; tratamentul va fi adaptat specificului individual al bolnavului.

Se desfăşoară în şase stadii:

1. Obţinerea informaţiilor din documentele medicale ale pacientului.
2. Selectarea planului de evaluare pe baza diagnosticului, prognosticului şi capacităţii pacientului de a coopera şi a participa la evaluări.
3. Implementarea planului de evaluare şi realizarea testelor selectate pentru pacient.
4. Definirea problemelor şi cauzelor posibile.
5. Definirea obiectivelor de tratament pe baza listei de probleme a pacientului.
6. Aprecierea eficienţei planului de evaluare şi fezabilitatea rezultatelor evaluării.

Evaluarea iniţială cuprinde:

- aprecierea obiectivelor pacientului;
- abilitatea funcţională;
- deficitul în sfera performanţei ocupaţionale.

Deasemeni de vor efectua:

- evaluarea mediului social, cultural şi fizic al pacientului;
- identificarea factorilor de mediu cu rol facilitator, dar şi cu rol nefavorabil.

Structura tratamentului pe aceste baze solicită maximum de participare a pacientului la procesul de tratament.

Metode de evaluare:

1.Documentul medical (foaia de observație) furnizează date privind:

- diagnosticul;
- prognosticul;
- istoricul bolii;
- regimul de tratament curent;
- date sociale (condiții de viață şi de muncă);
- date psihologice;
- alte tratamente recuperatorii urmate;
- evoluția şi tratamentul zilnic.

Pe baza acestor informații se vor selecta procedeele de evaluare.

2.Interviul serveşte la aflarea modului în care pacientul percepe rolul ocupațional, nevoile pe care le are, obiectivele pe care şi le propune; terapeutul va trebui să dea relații pacientului despre terapia ocupațională şi rolul ei în programul de reabilitare.

Terapeutul va culege informații despre familie şi comunitatea în care trăieşte pacientul, despre rolul său în activitatea profesională, istoricul de educație şi muncă, preocupările din timpul liber şi mediul de viață în care bolnavul se va reîntoarce la externare.

Sunt importante şi informațiile despre felul în care bolnavul îşi petrece timpul liber.

3.Orarul zilnic. Pacientul va fi solicitat să dea date amănunțite despre modul în care îşi desfăşura activitatea într-o zi sau într-o săptămână, înainte de debutul bolii, interesează:

- ora trezirii;

- activități din cursul dimineții – pe ore;

- igiena;

- îmbrăcatul;

- activități: profesionale, casnice, de petrecere a timpului liber;

- îngrijirea copiilor;

- odihna;

- activități sociale;

- cina;

- activități din cursul serii – pe ore;

- activități de relaxare;

- pregătirea pentru culcare;

- somnul din cursul nopții.

Se va nota durata fiecărei activități. Dacă pacientul are tulburări de memorie/comunicare datele se vor obține de la membrii familiei.

Al doilea orar zilnic culege date despre schemele de activitate după **debutul bolii.** Se va nota cine îl ajută pe pacient să-şi desfăşoare activitățile zilnice şi câtă asistență necesită.

Din compararea celor două orare se vor trece concluzii despre nevoile, obiectivele şi etaloanele la care se raportează pacientul, satisfacțiile şi insatisfacțiile, relațiile interpersonale şi motivația pe care o are pentru a participa active la procesul terapeutic.

Obiectivele tratemntului se vor ierarhiza pe baza priorităților şi nevoilor pacientului.

Terapeutul are ocazia să vadă dacă pacientul este o persoană activă, antrenată în activitatea zilnică va cunoaşte rolurile interesele, activitățile pacientului şi se vor aprecia posibilitățile reale de a se reface capacitatea funcțională.

4.Observația. Unele aspecte ale evaluării se vor baza pe observarea pacientului în cursul interviului, în tratament şi reevaluare. Se observă postura, schema de mers, felul în care se îmbracă, prezența unor diformități, expresia feței, tonul vocii, modul în care vorbeşte şi gesticulează, eventualele atitudini antalgice (care calmează durerea).

Terapeutul va observa şi modul în care bolnavul desfăşoară activități de autoîngrijire, casnice, de mobilizare şi transfer, pe care le execută în mediul real sau simulate. Se va determina nivelul de independență, viteza de execuție, abilitatea, necesarul de echipamente speciale şi posibilitatea tratamentului ulterior.

5.Procedee de evaluare formală. Evaluarea corectă a performanței este o responsabilitate majoră a terapiei ocupaționale. Pentru evaluare se utilizează teste standardizate şi probe nestandardizate. Evaluarea câştigă în obiectivitate dacă se folosesc instrumente.

Evaluarea standardizată utilizează teste pe baza cărora se stabilesc nişte scoruri. Pe baza unor norme se compară scorul persoanei evaluate cu cel al grupului etalon. Folosirea testelor standardizate permite o evaluare cantitativă, obiectivă, consistentă şi valabilă. Se folosesc în domeniul deprinderilor motorii a dexterităților normale deprinderilor profesionale, inteligenței, funcțiilor senzoriale – motorii, personalității.

Probele nestandardizate folosesc evaluarea subiectivă şi nu au criterii pentru stabilirea unui scop. Rezultatele şi interpretarea testelor nestandardizate depind de experiența testatorului (exemplu evaluarea forței musculare).

Terapia biomecanică, mijloace terapeutice. In mod tradițional, terapia ocupațională foloseşte artele şi meseriile ca modalități terapeutice. In 1934 Willard şi Shackmann afirmau că " în terapia ocupațională contracția musculară şi mişcarea articulară sunt obținute prin folosirea de către pacient a segmentului lezat, în cursul unor activități constructive." Fizioterapeutul foloseşte ca mijloace terapeutice agenți fizici şi exercițiile fizice, iar terapia ocupațională foloseşte activități practice complementare. De aceea, este bine ca terapia ocupațională să fie precedată de fizioterapie.

In ultimii ani terapia ocupațională nu se limitează numai la folosirea artelor şi meseriilor ca

mijloace terapeutice; pe lângă acestea se folosesc şi exerciții terapeutice, agenți fizici, tehnici de facilitate şi de inhibiție, mijloace care aparțin în mod tradițional terapiei şi kinetoterapiei. Acestea sunt folosite deoarece stimulează dezvoltarea abilității de a desfăşura activități practice.

Activități practice. Unul din principiile de bază ale terapiei ocupaționale stabilit de Dunton în 1918 este acela că activitățile ocupaționale trebuie să aibă o finalitate utilitară sau mintală. Activitățile practice au un scop autonom şi intrinsec, pe lângă funcția motoare necesară îndeplinirii unei sarcini. O angajare individuală în activități practice concentrează atenția pe scopul activității şi mai puțin pe gesturile necesare pentru realizarea obiectivului propus.

Activitățile practice utilizate în terapia ocupațională au un scop terapeutic. Steinbeck afirmă că pacientul antrenat într-o activitate practică este motivat să execute mişcarea pe o perioadă mult mai lungă, decât un exercițiu analitic.

Activitățile practice din terapia ocupațională au următoarele obiective terapeutice:

- să dezvolte şi să mențină forța, rezistența, toleranța la efort, mobilitatea, coordonarea.
- să utilizeze mişcări automate şi voluntare în timpul executării unor sarcini direcționate spre un anumit scop;
- să utilizeze deprinderile profesionale ale bolnavului;
- să amelioreze senzația, percepția şi funcția cognitivă;
- să îmbunătățească socializarea şi să susțină echilibrul emoțional al pacientului;
- să crească independența bolnavului în desfăşurarea rolurilor sale ocupaționale.

In selectarea activităților practice cu importanță pentru pacientul se va porni de la configurația activităților individuale ale pacientului. (Cynkin) A fost conceput un model care include informații despre istoricul educațional şi profesional al pacientului; interesele personale, preocupările din timpul liber. Dacă pacientul este un bolnav ambulator aflat într-o fază avansată de recuperare, orarul zilnic prezent va fi comparat cu cel anterior instalării deficitului.

Informațiile se vor obține de la pacient, familie, prieteni, apropiați. Acestea cuprind:

Numele…. Vârsta….. Sexul

Istoricul educațional

1. Până la ce nivel a urmat studii

2. Ce fel de scoli a absolvit
3. Subiectele de interes din şcoală
4. Subiectele pe care nu i-au plăcut
5. Dacă i-a plăcut sau nu şcoala
6. Activitățile din timpul liber în anii de şcoală
7. Grupul social la care aparținea subiectul
8. Nivelul educațional al părinților
9. Eventualele planuri de viitor privind educația
10. Proiecte privind cariera profesională

Istoricul profesional

1. Ultima meserie practicată
2. Profesii anterioare
3. Pregătire profesională specială
4. Ce agreează şi ce nu din meseria pe care o practică
5. Ce meserie i-ar plăcea cel mai mult
6. Preferință de a lucra singur sau împreună cu alții
7. Dacă lucrează singur sau în echipă
8. Relațiile cu colegii de muncă
9. Cine supraveghează desfăşurarea activităților profesionale
10. Planuri de viitor privind munca şi eventual schimbarea meseriei

Activități din timpul liber

1. Interesul privind sportul, jocurile, alte hobby-uri
2. Participări la activități, jocuri sportive, hobby-uri
3. Alte activități de care ar fi interesat

Influențe culturale

1. Grupul cultural în care pacientul se identifică
2. Descrierea tradițiilor culturale semnificative pentru pacient (practici religioase, sărbători de

familie, festivități, îmbrăcăminte)

3. Credințe specifice despre sănătate şi boală
4. Descrierea lucrurilor care au mare importanță şi sunt valoroase pentru pacient (maşini, bijuteriile, jucării, tablouri, tradiții de familie sau noțiuni abstracte: onestitatea, integritatea morală etc.)

Orarul zilnic. Se va nota orarul zilnic al pacientului într-o zi tipică din săptămână şi într-o zi de week-end, detaliat, oră de oră.

Rolurile ocupaționale. Se vor înregistra toate rolurile ocupaționale ale pacientului: ex. Monitor, soț, frate etc.

Balanța activităților. Se va nota procentual timpul utilizat de pacient pentru fiecare din acțiunile ocupaționale (autoîngrijire, activități casnice, îngrijirea copiilor etc.) sarcinile pe care pacientul trebuie să le îndeplinească în raport cu etapa de viață în care se află.

Analiza activităților. Pentru a selecta cele mai adecvate activități terapeutice, trebuie făcută o analiză atentă a activităților pacientului. Activitățile practice trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

- să fie orientate spre un anumit scop;

- să aibă importanță pentru pacient;

- să implice participarea mintală şi fizică a pacientului;

- să fie adaptabilă, gradabilă, adecvată vârstei pacientului;

- să dezvolte deprinderi care să favorizeze creşterea performanțelor ocupaționale.

Adaptarea activităților se va face la nevoile specifice ale pacientului, de ex. pacientul trebuie învățat să mănânce cu o singură mână, folosind o atelă cu ajutorul căreia să apuce un tacâm.

Gradarea activităților se referă la alegerea unui ritm adecvat şi modificarea sa în funcție de performanța maximă a bolnavului. Se vor evita mişcările nenaturale şi rezistența excesivă opusă mişcărilor, deoarece pacientul nu se va mai concentra pe finalitatea activității, ci pe mişcările componente, ceea ce va reduce satisfacția pacientului privind performanțele activității.

Gradarea activităților are ca scop:

- creşterea forței musculare, a mobilității, rezistenței şi toleranței;
- creşterea coordonării;
- dezvoltarea deprinderilor sociale, cognitive şi de percepție.

a) Forță musculară poate fi gradată prin creşterea rezistenței:

- schimbarea planului mişcărilor din planul fără gravitație în contragravitație şi prin adăugarea de greutăți;
- folosind instrumente cu greutate crescândă;
- gradând textura materialelor, de la moale la rezistent, de la fin , la aspru;
- schimbarea cu o altă activitate mai mult sau mai puțin rezistentă. Ex. Ataşarea de gâtul mâinii a unui săculeț cu nisip creşte rezistența la mişcarea brațului în timpul coaserii macrameului.

b) Mobilitatea articulară. Activitățile pentru menținerea sau creşterea mobilității pot fi gradate prin poziționarea materialului sau a echipamentului, astfel încât să solicite o mai amplă mişcare articulară.

Ex. Poziționarea unei table de şah mari în plan vertical pentru a obține unghiul dorit de flexia a umărului în timpul jocului.

c) Rezistență şi toleranța. Rezistența poate fi gradată prin trecerea de la muncă grea la muncă uşoară şi creşterea duratei activității.

Creşterea toleranței la mers şi poziția ortostatică se face prin creşterea timpului de activitate care se desfăşoară în picioare şi prin creşterea duratei şi distanței în activitatea ce necesită mers.

d) Coordonarea şi controlul muscular pot fi gradate prin reducerea mişcărilor grosiere rezistente şi creşterea mişcărilor de finețe necesare în timpul activităților propuse. Ex. Progresie de la tăiatul lemnelor cu fierăstrăul la folosirea unui ferestrău de bijutier.

e) Deprinderi sociale, percepțiile şi cognitive. Pentru gradarea deprinderilor cognitive, programul de tratament începe cu activități simple, în una sau două etape, care solicită un nivel minimal de judecată, elaborarea de decizii şi capacitatea de rezolvare a problemelor.

Pentru a grada deprinderile sociale, inițial pacientul va fi antrenat în activități în care interacționează numai cu terapeutul, apoi cu încă un alt pacient şi în final va participa la activități în grup.

In cadrul grupului, terapeutul poate să faciliteze progresia pacientului de la etapa de observator la cea de participant şi apoi de lider al grupului. Terapeutul va reduce supravegherea

şi ghidarea pacientului dându-i un grad crescut de independență.

Selecția propriu zisă a activităților

In tratamentul disfuncțiilor fizice se selectează activități care se refacă funcția mobilității. Aceste activități trebuie să aibă anumite caracteristici:

- Trebuie să antreneze mai ales mişcarea, decât poziția articulațiilor afectate, deci să permită contracția şi relaxarea alternativă a muşchilor şi să permită mişcarea articulară pe toată aria de mobilitate.
- Trebuie să asigure repetivitatea mişcărilor de un număr controlabil de ori pentru a fi în beneficiul bolnavului.
- Trebuie să permită gradarea mai multor parametrii, cum ar fi: rezistența, amplitudinea, coordonarea, complexitatea.

In activitățile practice sunt folosite exerciții active şi rezistive; exerciții pasive şi active asistate sunt mult mai greu de aplicat.

Activitățile selectate trebuie să suscite interesul pacientului; activitatea va fi mult mai eficientă dacă se oferă solicitarea pacientului.

Activități facilitatoare sunt activități simulate create de terapeut pentru a realiza o etapă intermediară a tratamentului. Nu sunt considerate activități practice deoarece nu au un scop intrinsec, o finalitate practică prin care să angajeze participarea fizică şi mintală a pacientului. Ele au scopul de a antrena nişte scheme de mişcare, nişte deprinderi senzorial motorii, perceptuale şi cognitive necesare bolnavului pentru a activa acasă şi în comunitate.

Modalitățile complementare sunt metode preliminare activităților practice şi au ca scop pregătirea pacientului pentru performanța ocupațională.

Infirmitate, dizabilitate (incapacitate), handicap

Pentru a întelege activitatea motrica adaptata, trebuie sa cunoastem câte ceva, despre infirmitate, incapacitate si handicap, factorii ce conditioneaza aparitia disfunctiilor, tipologia lor, modul de refacere sau readaptare (unde este posibil), precum si ce fel de activitati motrice sunt permisibile unor astfel de factori determinanti.

Infirmitatea - definitie, clasificare (tipologie)

Pierderea sau anormalitatea unei structuri anatomice, functii fiziologice sau psihologice, cu o deviere de la standardele normale, reprezinta **infirmitatea**.

Infirmitatea nu este o boala.

Ea poate fi temporala sau permanenta, putând afecta un organ sau un sistem.

Dizabilitate - definitie (tipologie)

Dizabilitatea (incapacitatea) reprezinta o restrictie sau pierdere, temporara sau permanenta a capacitatii de a performa o activitate în mod normal, datorata unei disfunctii.

Dizabilitatea este în raport de infirmitate si nu invers (dizabilitatea nu exista fara infirmitate, în timp ce infirmitatea poate exista si fara incapacitate).

Handicapul - definitie, clasificare (tipologie)

Handicapul este un dezavantaj social al unui individ, determinat de o infirmitate sau o incapacitate (dizabilitate), ce limiteaza sau opreste îndeplinirea unui rol normal al individului în societate, raportat la vârsta, sex, factori sociali.

Organizatia Mondiala a Sanatatii (OMS) a elaborat o scala de gravitate a handicapului si în paralel, perspectivele de revenire la viata normala.

0	Poate performa orice activitate	0	Fara vreo incapacitate
1	Exista dificultati în performarea unor activitati, poate performa fara ajutor dar ceva mai dificil si nu se încadreaza în 2-9	1	Are potential de revenire
2	Performeaza o activitate ajutat de instrumente si nu intra în 3-9	2	Are potential de ameliorare, fenomenul diminuând pe parcurs
3	Performeaza o activitate doar ajutat si are nevoie de o persoana fizica si nu intra în 4-9	3	Are potential de a fi asistat, este stationar prin aparate, instalatii
4	Performarea unei activitati total dependent de alta persoana, excluzându-se 5-9	4	Incapacitate stabila, nu are perspective de ameliorare, dar nici de agravare
5	Incapacitate crescuta, îi trebuie amenajari în mediu, instalatii si nu intra în 6-9	5	Desi boala va progresa, incapacitatea lui poate sa devina suportabila cu ajutorul ortezelor, instalatiilor
6	Incapacitate completa, total	6	Incapacitatea se deterioreaza

	incapabil sa faca vreo activitate		progresiv, ne existând perspective de stabilizare
7	Necodificat, categorie omisa	7	Necodificat
8	Nu se aplica	8	Perspectiva ne determinabila
9	Necodificat	9	Necodificat

Handicapul apare când se produce o discordanta între capacitatea individului si posibilitatea lui de adaptare sociala, reprezentând un raport de evaluare sociala, educationala si economica a unui individ la necesitatea sociala.

Clasificarea handicapurilor se bazeaza pe circumstantele care plaseaza individul cu dezavantajul sau, fata de semeni.

Tipuri de handicap cu raportarea la scala OMS

- Handicap de orientare - pierderea capacitatii de a se orienta singur fata de ambient

0 individul nu are tulburari de orientare

1 daca are unele impedimente, se compenseaza cu alte performante

2 prezinta unele tulburari aleatoare intermitente

3 tulburari partial compensate între 1 si 2, dar care în anumite situatii nu pot folosi instrumente ajutatoare

4 tulburari moderate, care nu intra între 5-9, la care compensarile nu au rezultate satisfacatoare

5 tulburari de orientare severe care nu intra în 6-9 care pot fi compensate fiziologic de "înlocuitori" de orientare (orbii au simtul tactil foarte bun)

6 lipsa orientarii - când deficitul de orientare are mai multe cauze

7 dezorientare totala - necesita institutionalizare

8 inconstient

9 nespecificat

- Handicapul independentei fizice - capacitatea individului de a sustine o existenta - independenta obisnuita

0 complet independent fizic

1 independent cu ajutor: cârje, baston

2 independenta adaptata, amenajari speciale ale mediului de viata

3 dependenta situationala - incapacitatea severa pe unele situatii, dar posibila pentru altele pentru ajutor

4 dependenta la intervale mai lungi - o data în zi, sau mai rar

5 dependenta la intervale scurte (la ore) nu se poate îmbraca, nu poate face baie

6 dependenta doar la intervale critice - apar des, sau neclarificat

7 dependenta de îngrijire speciala, zi si noapte, continuu (batrâni, gutosi, afectiuni motorii grave, incontinenti)

8 dependenta de îngrijire intensiva

9 nespecificat

- Handicap de mobilitate - deficitul de abilitate de a se misca în ambientul sau se suprapune cu handicapul independentei fizice dar devine analitic prin aporturile de miscare

0 nimic

1 restrictii variabile ale mobilitatii în diferite momente (sciatica, reumatism, astm, afectiuni cardiace)

2 deficit de miscare în afara casei (mijloace de transport) - nu intra în 3-9

3 mobilitate redusa în afara casei, datorat unor stari de boala severe (pulmonari, debili)

4 restrictii de vecinatate

5 restrictii în interiorul locuintei, cu limitari marcate de efort - se pot mobiliza greu în casa

6 restrictii în camera (foarte greu)

7 restrictii în scaun (sta mai mult în pat)

8 restrictie totala de mobilitate (nu poate parasi patul)

9 nespecificat

- Handicapul ocupational - pierderea capacitatii individului de a-si ocupa timpul într-o maniera obisnuita în raport cu vârsta, sexul, pregatirea

0 desfasoara ocupatii diferite

1 intermitent nu poate avea ocupatii (migrena, alergii, traumatisme)

2 ocupatii limitate - nu poate avea ocupatii permanente

3 ocupatii adaptate la locul de munca, necesita ajutorul altei persone si nu intra în 4-9

4 ocupatii reduse - pot sa munceasca doar pe durate scurte, fasra sa faca fata solicitarilor mari

5 ocupatii restrictive - numai anumite ocupatii

6 ocupatii îngradite - numar redus si durata redusa si adaptata

7 fara ocupatie

8 neocupational - nu se poate pune problema în sensul rational

9 nespecifica

- Handicapul de integrare sociala - determina capacitatea unui individ de a mentine relatii obisnuite

0 integrat social normal

1 participare sociala inhibata

2 participare restrânsa la social, datorita unor incapacitati datorate vietii sociale - casatoria, sexul - si nu intra în 3-9

3 participare diminuata - nu poate sa lege cunostinte, se limiteaza numai la familie si vecini, sunt retardati mintal

4 relatii "sarace" - numai familia lui

5 relatii reduse, tulburari comportamentale severe - numai cu familia lui

6 relatii perturbate sever - nu are relatii cu nimeni

7 alienat total - categorie care nu poate avea relatii cu nimeni

8 izolat social - nu poate fi testat

9 nespecificat

- Handicapul economic - se refera la aspectele venitului oficial al pacientului, la care se adauga si ajutoarele sociale

0 bogat, cu resurse în exces

1 îndestulat - venit confortabil, care poate face amenajari

2 îndestulat - nu are nevoie de ajutor

3 îndestulare modificata - se poate întretine, fara însa a-si permite medicamente

4 venit precar - nu poate sa-si întretina familia, nu poate saa faca fata fara ajutor din afara

5 deficit economic - nici ajutoarele nu fac fata

6 sarac - complet dependent din afara institutionalizarii

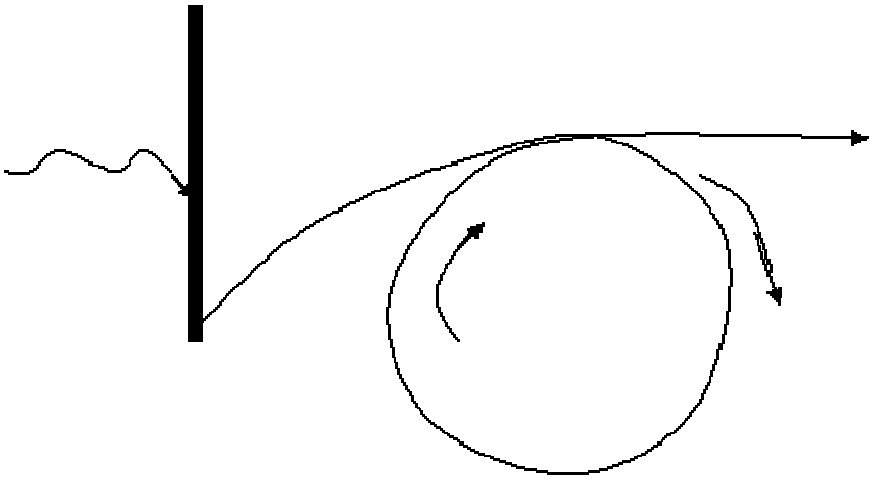
7 complet sarac - nimeni nu îl ajuta

8 inactiv economic - batrânii, copii mici, retardatii mintali

9 nespecificat

Integrarea persoanelor cu handicap

O sintagma majora a lumii civilizate, deci si a tarii noastre, o constituie problemele cu care se confrunta persoanele cu handicap, si anume: integrarea în învatamânt, profesionalizarea si câstigarea independentei din punct de vedere social si economic.



Exemplele din viata de zi cu zi ne-au demonstrat, ca unele persoane au avut o viata normala, pâna când o boala sau un accident au determinat aparitia handicapului.

1.Viata 2. Reanimarea 5. Acceptarea starii de fapt normala
(Revenirea la viata) (viata merge înainte)

4. Readaptarea

functionala . Plonjarea într-o

noua ipostaza

functionala

Handicap, boala, accidentul

- se descopera handicapul
- revolta personala
- refuzul tratamentului
- tratamentul pasiv, pasivo-activ
- revenirea încrederii în fortele proprii

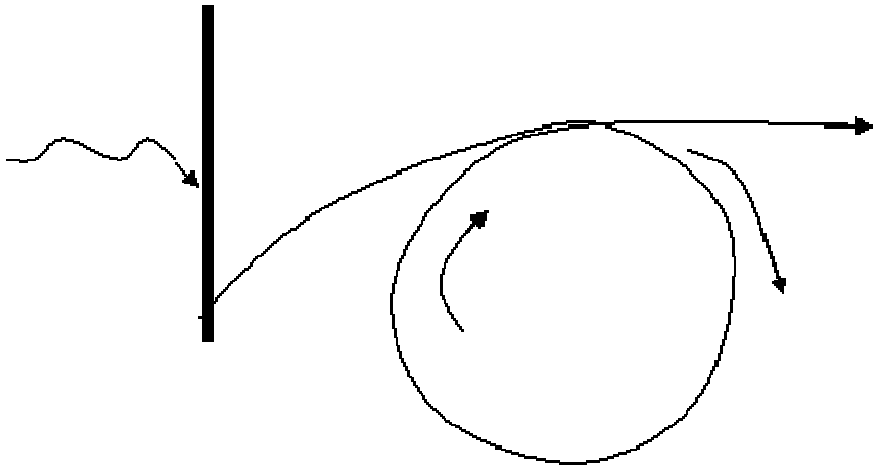


Fig.: Integrarea persoanelor cu handicap (dupa V. Marcu, M. Dan, M. Milea)

Persoana care a suferit handicapul, desi poate ca a fost o persoana activa, sau chiar sportiv de performanta, este nevoita sa se adapteze la noile conditii de viata. Aceasta adaptare se face treptat, trecând printr-o etapa prin care, dupa constatarea handicapului, simte o revolta personala, un refuz de viata si de tratament. Este momentul când familia, prietenii si colegii, medicul si psihologul, persoanele avizate în recuperare trebuie sa actioneze convergent, catre "reeducarea" în noua postura a individului, în folosul readaptarii sale la noua viata.

Integrarea în normal si adaptarea socio-culturala la noua situatie se realizeaza si cu ajutorul activitatilor motrice adaptate.

Prezentam mai jos valentele si modul în care activitatea motrica adaptata la situatia de fapt poate contribui la reeducarea si integrarea individului

Conceptul european **A.M.A.** (activitate motrica adaptata)

are la baza 4 domenii:

- recuperare
- educatie
- recreere
- sport

Desi aflate într-o autonomie functionala, cele patru domenii se gasesc permanent într-o interdependenta relationara.

Recuperarea are la baza Kinetoterapia si Terapia Ocupationala. Este menita sa ajute persoana cu handicap sa-si câstige independenta prin formarea, însusirea sau compensarea unor cunostinte, priceperi si deprinderi de autoântretinere, mobilitate, comunicare, activitati casnice si sociale (comunitare).

Educatia are ca obiectiv dezvoltarea calitatilor motrice, formarea si perfectionarea deprinderilor necesare integrarii în viata sociala. La baza obiectivelor stau exercitiile fizice: pentru dezvoltarea motricitatii generale, pentru constientizarea partilor corpului, pentru dezvoltarea calitatilor motrice - viteza, forta, îndemânare si rezistenta.

Recreerea care are la baza odihna activa si ocuparea permanenta a timpului liber cu actiuni de grup sau individuale. Programul de recreere trebuie sa includa complexe de actiuni terapeutice din terapia cognitiva (dar care sa nu depaseasca posibilitatile persoanei cu handicap, pentru a-i putea aduce satisfactii, si nu invers), terapia psihosenzoriala, ludoterapia (prin jocuri specifice), meloterapia (cu ajutorul muzicii ca perceptie de un nou limbaj) si artterapia (cu ajutorul artelor - dans, muzica interpretata, desen, pictura, etc.).

Sportul este cel care confera persoanelor cu handicap, o serie de calitati motrice si caracteriale, prin procesul de instruire specifica si cel competitional, în care sunt realizate relatii de întrajutorare - coleg si de concurenta - adversar.

Ramurile sportive sunt adaptate, în functie de diferitele handicapuri, având regulamente specifice, astfel încât sa satisfaca întru totul practicantul cu handicap. Persoanele cu handicap pot ajunge la adevarate performante sportive pe care si le pot etala în cadrul unor competitii de amploare nationala si chiar internationala, cum ar fi Olimpiadele pentru handicapati. Totodata, acesti sportivi pot fi integrati socio-profesional prin obtinerea calitatii de antrenor pentru sporturi pentru handicapati.

Preocuparea pentru integrarea persoanelor cu handicap situeaza activitatea motrica, adaptata si devenita constient utila si necesara pâna la dependenta, în centrul atentiei, poate mai mult decât la o persoana normala. Exercitiile fizice nu trebuie facute însa la întâmplare, ci dupa un minutios studiu si dupa un program conceput în prealabil cu specialisti (medici, terapeuti, profesori de educatie fizica, psihologi) si sub observatia permanenta a acestora.