

**UNIVERSITATEA „BABEȘ – BOLYAI,, CLUJ-NAPOCA
FACULTATEA DE PSIHOLOGIE ȘI ȘTIINȚE ALE EDUCAȚIEI**

**APLICAȚII ALE TERAPIEI OCUPAȚIONALE LA COPII CU PARALIZIE
CEREBRALĂ**

REZUMATUL TEZEI DE DOCTORAT

Conducător științific :

Prof. univ. dr. PREDA VASILE

Doctorand : SCHUSTER ANDREEA

2011

CUPRINS

CAPITOLUL 1 ASPECTE TE TEORETICE	3
1.1.Introducere și problematica cercetării	3
1.2.Starea curentă a literaturii de specialitate	4
CAPITOLUL 2 METODOLOGIA CERCETĂRII	8
CAPITOLUL 3 STUDII ORIGINALE	20
3.1 Studiul de caz numărul 1	20
3.2 Studiul de caz numărul 2	23
3.3. Studiul de caz numărul 3	26
3.4. Studiul de caz numărul 4	29
3.5. Studiul de caz numărul 5	31
3.6. Studiul de caz numărul 6	34
3.7. Studiul de caz numărul 7	37
3.8. Studiul de caz numărul 8	40
3.9. Studiul de caz numărul 9	43
3.10. Studiul de caz numărul 10	46
CAPITOLUL 4 CONCLUZII ȘI DISCUȚII	49
4.1. Discutarea rezultatelor	49
4.2. Valoarea, limitele și perspectivele investigațiilor	52
BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ	55

Concepte cheie : terapie ocupațională, ocupație, recuperare, reabilitare, paralizie cerebrală, dezvoltare

CAPITOLUL 1 ASPECTE TEORETICE

1.1. Introducere și problematica cercetării

Terapia ocupațională este un domeniu vast iar definiția acesteia este foarte dificil de cuprins în câteva fraze. Lucrarea dorește să surprindă în primele capitole aspecte legate de definiția terapiei ocupaționale, delimitarea conceptuală, istoric, baze filosofice, teorii și modele.

Un capitol aparte este dedicat ocupației, concept central în terapia ocupațională. Aspecte legate de practica terapiei ocupaționale, de modul în care se desfășoară evaluarea și intervenția reprezintă de asemenea o parte importantă a tezei.

Cadrul de aplicabilitate a terapiei ocupaționale este unul larg iar cercetarea își propune un studiu realizat în domeniul intervenției terapeutice la copilul cu nevoi speciale, mai precis la copilul cu paralizie cerebrală.

Sunt detaliate informații teoretice referitoare la modul în care se intervine prin terapie ocupațională la copilul cu paralizie cerebrală, la problemele legate de disfuncționalitatea membrilor superioare, iar ultimul capitol este dedicat sublinierii rolului pe care îl au jocul și jucăriile în dezvoltarea funcționalității mâinilor.

A doua parte a lucrării care cuprinde cercetarea propriu-zisă, descrie inițial componentele designului de cercetare, precum și formula folosită pentru structurarea cazurilor.

Prezentarea studiilor realizate pentru cele zece cazuri alese este detaliată pe etape.

Fiecare caz cuprinde: date de identificare, istoricul cazului, conceptualizarea cazului, planul de intervenție, formularea obiectivelor terapeutice, rezultatele și urmărirea evoluției pacientului.

În final, capitolul „Concluzii și discuții”, cuprinde discutarea rezultatelor, valoarea, limitele și perspectivele investigațiilor.

Cercetarea realizată prin intermediul studiilor de caz dorește să pună în evidență modalitatea de intervenție prin terapie ocupațională destinată copilului cu dizabilități precum și rezultatele obținute, pentru a demonstra faptul că această terapie este benefică și contribuie la remedierea anumitor disfuncții. Această terapie ajută la înlăturarea barierelor existente în cadrul participării individului la viața de zi cu zi.

Terapia ocupațională reprezintă încă un domeniu insuficient studiat în țara noastră, și pe măsură ce tot mai mulți specialiști își vor îndrepta atenția către această zonă, se va obține și recunoașterea adecvată a profesiei.

1.2.Starea curentă a literaturii de specialitate

“Terapia ocupațională este profesia care se preocupă de promovarea sănătății și stării de bine prin intermediul ocupației. Scopul primar este de a permite indivizilor participarea la activitățile cotidiene. Este o profesie ce aparține de domeniul sănătății și care are la bază concepția conform căreia o activitate cu scop poate promova sănătatea și starea de bine în toate aspectele vieții cotidiene”. (World Federation of Occupational Therapists , 2008).

Punctul de plecare în terapia ocupațională este de a face posibil ca oamenii să poată participa la ocupațiile vieții cotidiene. O ocupație este “ un grup de activități care au o însemnătate personală, care sunt numite în cadrul unei culturi și sprijină participarea în societate”.(European Network of Occupational Therapy in Higher Education, 2008)

Ocupația poate fi categorisită ca : autoîngrijire, productivitate și/sau petrecere a timpului liber. Participarea la ocupații promovează identitatea, sănătatea și starea de bine a oamenilor. Aceștia pot fi restricționați de la participarea la ocupații datorită disfuncțiilor în structura sau funcționarea corpului care sunt cauzate de condiții de sănătate fizică sau mentală și/sau datorate restricțiilor create de mediul fizic, social, atitudinal sau legislativ. Terapeuții ocupaționali înțeleg și folosesc potențialul terapeutic al participării la ocupații sau activități pentru a spori abilitățile și îndemânările, și permițând astfel realizarea ocupațiilor pe care oamenii și le aleg. Alternativ sau adițional, terapeutul ocupațional lucrează și pentru a modifica aspecte ale mediului dacă este necesar pentru a sprijini participarea.

“ Terapia ocupațională (TO) este forma de tratament care folosește activități și metode specifice , pentru a dezvolta, ameliora sau reface capacitatea de a desfășura activitățile necesare vieții individului, de a compensa disfuncții și de a diminua deficiențele fizice.”(American Occupational Therapy Association ,2008).

Scopul este primordial cel medical (de promovare a sănătății și stării de bine) și apoi cel economic-social, urmărindu-se efectul terapeutic prin muncă, prin activitate.

În acest sens, terapia ocupațională stimulează încrederea în sine a bolnavilor și dezvoltarea firească a personalității ,organizează un program de mișcări dirijate în condiții de lucru, constată capacitățile și înclinațiile restante ale bolnavului, corelează recuperarea medicală cu cea profesională ,realizează reinsertația cât mai rapid cu putință în viața socială ,economică și profesională.

La ora actuală , doi termeni sunt acceptați ca definind același lucru : terapie ocupațională și ergoterapie . Ergoterapia este cuvântul grecesc, care în traducere liberă înseamnă terapie prin muncă sau altfel spus, “starea de sănătate obținută prin muncă “– adică credințele de bază ale terapiei ocupaționale. În timp, conceptele s-au modificat, iar starea de sănătate obținută prin muncă este acum obținută prin intermediul activității. Multe țări au preluat termenul “ergoterapie” , chiar dacă limba respectivă nu conține cuvinte grecești. Nu există o regulă în funcție de care s-a preluat folosirea celor doi termeni. De exemplu țările scandinave Norvegia și Danemarca folosesc termenul “ergoterapie” în timp ce Suedia a ales traducerea directă a termenului în “terapie prin muncă”- “arbetsterapi”. America și Asia folosesc termenul “terapie ocupațională” în timp ce Franța, Austria, folosesc denumirea -“ergoterapie”. (www.enothe.com)

“Terapiile ocupaționale sunt de mai multe feluri ,dar pentru handicapați, cele mai semnificative se referă la ludoterapie, muzicoterapie, terapie prin dans și ergoterapie.” (Emil Verza; 1994)

“Terapia ocupațională este o metodă sintetică, globală, specială a kinetoterapiei care se preocupă de integrarea familială, socială și profesională a handicapaților , și care cere o particularitate comandată și întreținută psihic .(Tudor Sbenge, 1987)

Alexandru Popescu (citat de Dan M., 2005) arată că : „în terapia ocupațională ocuparea timpului liber are menirea să deștepte interesul bolnavului pentru activități oarecare, pe acest principiu bazându-se playterapia, artterapia, cultterapia, kinetoterapia; și că în terapia ocupațională care are la bază semnificația intrinsecă a muncii remunerate în procesul de reinserție profesională și socială a bolnavului acesta participă la activități ca : țesutul, confecționarea unor obiecte, activități agrozootehnice, cultura plantelor și florilor „.

La noi , acest domeniu a fost introdus prima dată în spitalele de psihiatrie sau în diferite instituții de reabilitare socială - penitenciarele, vizând mai mult latura socială și economică .

Odată cu restructurarea sistemului de asistență socială și protecție a copilului precum și cu apariția organizațiilor nonguvernamentale cu arie de activitate socială, au început să apară centrele de integrare prin terapie ocupațională, sau ergoterapia ca metodă terapeutică folosită pentru a realiza reabilitarea și reinserția socială a persoanelor cu dizabilități.

Pentru mulți ani, cuvântul “ocupație” nu a fost parte a vocabularului zilnic folosit de către terapeuții ocupaționali. Definierea acestui concept este o provocare deoarece cuvântul este parte a limbajului comun, ce are sensuri pe care profesia nu le poate controla. Termenul “ocupație” și

conceptele relaționate “activitate”, “sarcină”, “angajare”, “muncă” sunt folosite în multe feluri în cadrul terapiei ocupaționale. Fondatorii terapiei ocupaționale au folosit termenul “ocupație” pentru a descrie o modalitate “potrivită” de a folosi timpul, și care includea munca și activitățile recreaționale. (Meyer, 1922/1977). Acest termen a suferit examinări și redefiniri continue odată cu maturizarea profesiei.” Asociația Canadiană a Terapeuților Ocupaționali definește ocupația ca fiind “grupuri de activități și sarcini cotidiene, numite, organizate și care au valoare și semnificație pentru indivizii dintr-o cultură”. O altă definiție a ocupației, propusă mai recent de către Clark, Larson și Wood (2003) se referă la “ activitățile care comprimă întreaga noastră experiență de viață și care pot fi numite într-o cultură”. Terapia ocupațională la copiii cu nevoi speciale reprezintă domeniul în care s-a axat cercetarea.

Serviciile de terapie ocupațională destinate copiilor pot include intervenția directă centrată pe modificarea proceselor biologice, fiziologice, psihologice sau neurologice ale copilului. Intervenția mai poate include și exersarea unor noi practici, obiceiuri, abilități sau comportamente pentru a le permite participarea la contexte noi și relevante. Consultarea cu părinții sau îngrijitorii este o componentă esențială a intervenției în cadrul acestei grupe de vârstă. Uneori intervenția se centrează pe compensare, adaptare sau modificarea contextului, iar terapeutul poate sugera adaptarea cerințelor sarcinii, folosirea unui echipament adaptativ sau folosirea tehnologiei de asistare. Prevenirea dizabilității, educația și promovarea sănătății sunt esențiale pentru terapia ocupațională la copii.

Pe măsură ce înțelegerea dizabilității a trecut de la modelul medical , care era centrat pe boală, incapacitate fizică și simptome, la un model social , centrat pe acces și participare la activități, există o recunoaștere tot mai amplă a faptului că participarea la activitățile zilnice este vitală pentru dezvoltarea copilului. Coster (1998) oferă un punct de vedere al participării sociale cu referire directă la copil :,, măsura în care un copil este capabil de a-și orchestra implicarea sau participarea la ocupații în anumit context care este pozitiv, satisfăcător personal și acceptabil pentru adulții din societatea care este responsabilă pentru acesta,,.

Copiii cu dizabilități reprezintă un segment de risc în ceea ce privește participarea la activitățile zilnice, iar pe măsură ce aceștia cresc, vor reprezenta un segment de risc în ceea ce privește participarea la ocupațiile adulte .

Disfuncțiile neurologice la copii, includ toate tulburările care afectează dezvoltarea neurologică a copilului. Afecțiunea poate apărea înainte de naștere, în timpul nașterii sau după

naștere. Dezvoltarea neurologică afectează abilitatea copiilor de a participa la aproape toate ocupațiile acestora. Printre ocupațiile copiilor se pot enumera: auto-îngrijirea, jocul, învățarea, interacțiunea cu familia sau cei de aceeași vârstă, iar pentru cei mai mari, traiul în comunitate sau ocupațiile vocaționale. Evaluarea și intervenția sunt realizate în colaborare cu părinții, educatorii sau personalul de îngrijire.

Există o serie de factori personali ce influențează performanța ocupațională a copiilor cu disfuncții neurologice. Analiza performanței ocupaționale pentru acești copii necesită cunoștințe în ceea ce privește funcționarea sistemului nervos central, procesarea senzorială și adaptarea, dezvoltarea controlului motor și o apreciere a complexității dezvoltării la copii. Dezvoltarea este un proces în care maturizarea neurologică interacționează cu condițiile de mediu (Gilfoyle, Graddy și Moore, 1990). Aceste interacțiuni între sistemul neurologic și mediu creează feedback-uri ce modifică ambele componente.

Paralizia cerebrală nu este o afecțiune specifică ci mai degrabă o grupare de sindroame clinice care afectează mișcarea, tonusul muscular și coordonarea ca rezultat al unei leziuni asupra creierului imatur. Nu este considerată a fi o boală. Paralizia cerebrală este clasificată a fi o encefalopatie statică și uneori este diagnosticată în acest fel. Encefalopatie este termenul utilizat pentru a descrie o tulburare generalizată a funcționării cerebrale, care poate fi acută sau cronică, progresivă sau statică. Paralizia cerebrală este întotdeauna acompaniată de o întârziere în achiziționarea etapelor de dezvoltare motorie.

Mâna este o unealtă puternică care are ca scop primar explorarea și manipularea obiectelor. Dezvoltarea mâinii în slujba manipulării obiectelor urmează un lung curs. Este una dintre modalitățile în care copilul experimentează succesul și percepția competenței. Bruner (1973) subliniază că, competența include nu doar interacțiunea socială ci și măiestrie asupra obiectelor. Primul an de viață este o perioadă în care întinderea mâinii după un obiect sau atingerea acestuia sunt perfectate, iar paternurile de bază ale prinderii sunt dezvoltate.

Mâna este unealta minții. Mentea este cea care direcționează și ghidează mâna. Explorarea sau manipularea obiectelor este rezultatul dorinței noastre de a cuceri lumea fizică.

CAPITOLUL 2 – METODOLOGIA CERCETĂRII

1. Formularea problemei :

Terapia ocupațională reprezintă un domeniu vechi și totodată nou în România. Mulți sunt cei care aplică această terapie, însă întrebarea care se pune este legată de practicarea corectă a acesteia, conform unor principii și metode bine stabilite, a unor scheme terapeutice anterior delimitate în urma unor evaluări corecte și științifice.

Lipsa unor cercetări practice în domeniu determină întrebarea constituită în problemă : Are intervenția prin intermediul terapiei ocupaționale rezultate notabile la copiii cu paralizie cerebrală?

Legat de prezentul studiu, întrebările au fost :

„Cum acționează intervenția prin intermediul terapiei ocupaționale pentru a realiza recuperarea anumitor resturi funcționale în sferile de dezvoltare la copiii cu paralizie cerebrală?„

„De ce este terapia ocupațională considerată a fi benefică ?„

„Cum se poate gândi acest tip de intervenție terapeutică ținând cont de rigorile științifice?„

Formularea teoriei

Teoria propusă este una legată de individ și este necesară pentru generalizarea rezultatelor studiului. Vom folosi metoda generalizării analitice, prin care teoria concepută va avea rol de șablon după care se vor compara rezultatele empirice ale studiului.

Intervenția prin terapie ocupațională la copiii cu paralizie cerebrală va duce la recuperarea anumitor resturi funcționale în sferile de dezvoltare (motricitate, cognitiv și autoservire).

2. Obiectivele cercetării

Obiectiv general :

- Evaluarea eficienței programelor de intervenție prin terapie ocupațională , adresate copiilor cu diagnosticul – paralizie cerebrală , evidențiată prin studii de caz longitudinale de 2 ani, ca o soluție la deficiențele pe care acești copii le manifestă în cadrul dezvoltării (cognitive, motrice și a autoservirii).

Obiective specifice :

- Evaluarea globală a fiecărui participant la studiu (evaluarea psihologică, evaluarea „dizabilității,, , evaluarea terapeutic ocupațională)
- Identificarea vârstelor de dezvoltare pe arii comportamentale precum și a nivelului de dezvoltare pentru fiecare copil în parte.

- Formularea planurilor de intervenție specifică care să aibă în vedere învățarea de către copiii participanți la cercetare, a unor deprinderi motorice, cognitive și de autoservire .
- Dezvoltarea nivelului de funcționare al fiecărui copil prin învățarea unor comportamente funcționale.
- Evaluarea eficienței programelor de intervenție personalizate având în vedere realizarea sau nu a obiectivelor terapeutice formulate.

3. Ipoteza cercetării :

- Implementarea unor metode specifice terapiei ocupaționale facilitează dobândirea și generalizarea unor achiziții cuprinse în sfera comportamentelor : cognitiv, motric și de autoservire , la copilul cu paralizie cerebrală.

4. Prezentarea metodei

Unitatea de analiză.

Unitatea primară de analiză este reprezentată de individ. Vom recurge la colectarea informațiilor provenite de la un număr de zece cazuri alese. Aceștia sunt copii cu vârste cuprinse între 5 și 13 ani (la data debutului intervenției) , cu diagnosticul medical : paralizie cerebrală.

Cazurile au fost alese după următoarele criterii :

- Diagnosticul medical principal
- Motivația și disponibilitatea părinților de a aduce copilul la terapie în mod regulat

Caracteristicile cercetării :

- Studiul de caz este folosit ca strategie de cercetare
- Cercetarea se dorește a fi un studiu pe cazuri multiple.
- Cercetare longitudinală, cu o durată de 2 ani de zile , în intervalul ianuarie 2009-decembrie 2010

Metode de colectare a datelor utilizate :

- Observația indirectă (cercetarea documentelor personale ale copilului în vederea colectării de informații referitoare la : Istoricul medical și psihologic, Diagnosticul medical și psihologic)

- Observația structurată (folosită în cadrul evaluării psihologice și a celei specifice terapiei ocupaționale (Foaie de observație clinică (anexa 2)
- Observația continuă (observația secvențelor comportamentale asupra cărora este axată intervenția terapeutică în perioada de 2 ani alocată studiului).
- Interviuul directiv (anexa 1) (pentru a colecta datele necesare formulării: Istoricului personal și social, Profilului abilităților specifice terapiei ocupaționale, Listei de probleme, Stabilirii aspectelor tari și punctelor pozitive ale copilului).

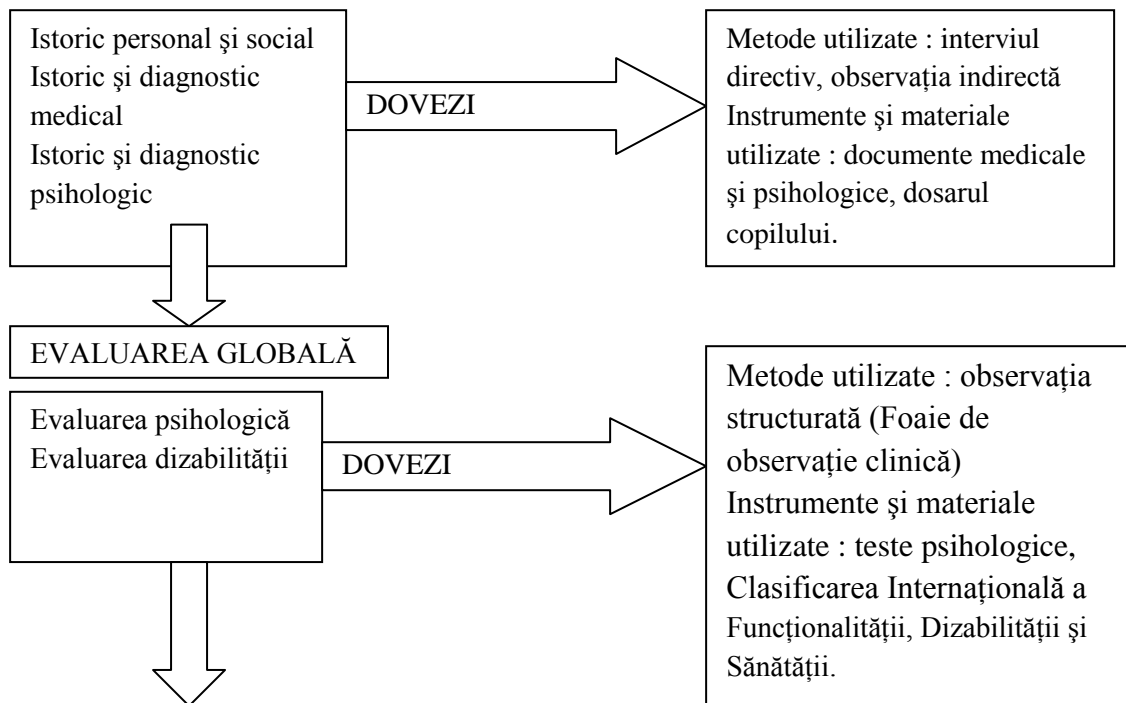
Instrumente/Materiale utilizate:

- Documente medicale (scrisori medicale, bilete de ieșire din spital, investigații medicale).
- Documente psihologice (evaluări psihologice).
- Instrumente utilizate în cadrul evaluării psihologice : Matricele Progressive Raven Color și Standard, Scala de evaluare a dezvoltării Denver .
- Instrumente utilizate în cadrul evaluării specifice terapiei ocupaționale : Indexul Barthel (anexa 3), Fișa de Evaluare a Activităților Zilnice (anexa 4), Bilanțul articular al membrelor superioare (anexa 6) ,Fișa de analiză a abilităților mâinii (anexa 7), Fișa de evaluare inițială – terapie ocupațională (anexa 8).
- Instrumente utilizate pentru formularea „diagnosticului,, dizabilității : Clasificarea Internațională a Funcționalității, Sănătății și Dizabilității.
- Materiale utilizate pentru identificarea nivelului de dezvoltare și pentru a ghida formularea obiectivelor terapeutice : Ghidul de dezvoltare timpurie Portage.
- Materiale utilizate în cadrul intervenției terapeutice : fișe de lucru (anexele 9-38), jucării (anexa 39), obiecte personale, obiecte din mediul înconjurător, fișa de înregistrare a progresului (anexa 40)

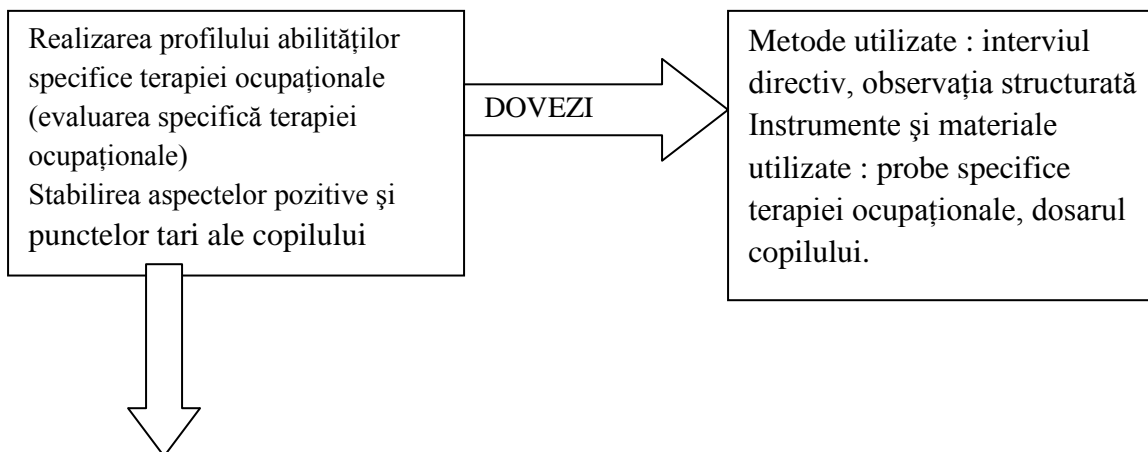
5. Designul cercetării - formula folosită pentru structurarea cazurilor

Pentru fiecare dintre cele zece studii de caz alese s-a urmărit structurarea acestora pe următoarea formulă :

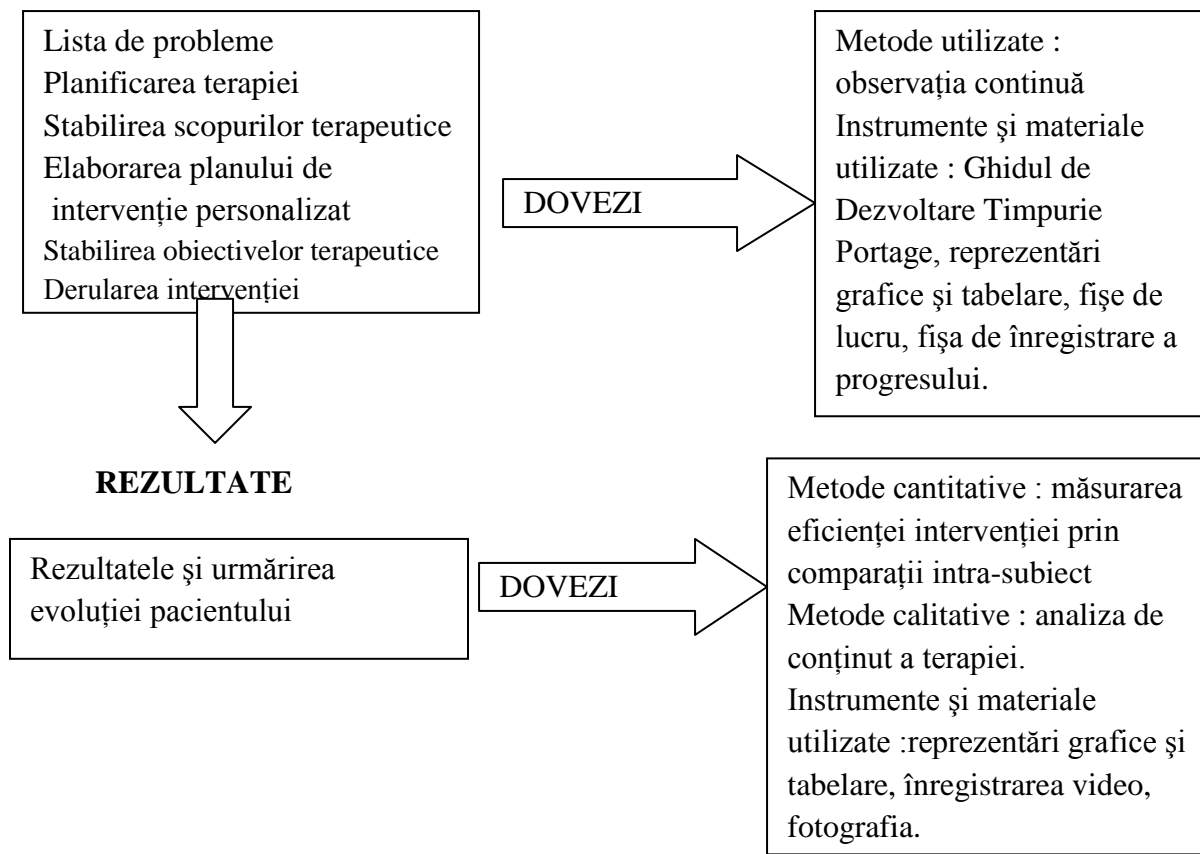
ISTORICUL CAZULUI



CONCEPTUALIZAREA CAZULUI- O ABORDARE DIN PERSPECTIVA TERAPIEI OCUPAȚIONALE



PLANUL DE INTERVENȚIE – O ABORDARE DIN PERSPECTIVA TERAPIEI OCUPAȚIONALE



Procedura utilizată :

1. **Istoricul cazului** are în compoziție colectarea informațiilor provenite din mai multe surse și este compus din : istoricul personal și social, istoricul și diagnosticul medical și istoricul și diagnosticul psihologic. Toate aceste date ajută la familiarizarea cu cazul și reprezintă un punct de plecare pentru structurarea terapiei.

Pentru a strânge aceste informații s-au folosit metode și surse precum : observația indirectă, interviul directiv, actele medicale și psihologice prezentate de către aparținători.

Pentru a formula un **istoric personal și social** s-a folosit un interviu directiv pentru aparținători (Anexa 1), cu întrebări deschise, în care îi este oferită părintelui posibilitatea de a povesti ceea ce el cunoaște despre dizabilitatea copilului precum și modul în care a evoluat copilul de-a lungul anilor. În cadrul acestui interviu, s-au folosit întrebări –cheie precum :

- Ați întâmpinat probleme deosebite în timpul sarcinii sau la naștere?
- Când și cum ați sesizat faptul că ceva nu este în regulă cu copilul dumneavoastră?
- Când a fost diagnosticat din punct de vedere medical?

- Ce demersuri ați întreprins pentru recuperarea copilului dumneavoastră?
- Ce greutăți întâmpinați în legătură cu copilul?
- Credeți că intervenția terapeutică este de ajutor pentru copil?

Istoricul medical se formulează atât din informațiile oferite de către părinte în cadrul interviului cât și din dovezile medicale prezentate de către acesta la cererea terapeutului. Copilul cu paralizie cerebrală are în general foarte multe internări în spital, atât datorită curelor recuperatorii efectuate anual sau bianual cât și evaluărilor medicale realizate. Biletele de ieșire din spital reprezintă surse valoroase din care se poate extrage informația de natură medicală.

Diagnosticul medical, care este în competența medicului, există deja notificat în documentele medicale ale copilului. Cercetarea de față are în vedere cazurile diagnosticate cu paralizie cerebrală, indiferent de tipul acesteia.

Istoricul și diagnosticul psihologic este realizat din surse de informație similare celor descrise mai sus, adică din buletine de examinare psihologică aduse de către părinți.

Diagnosticul psihologic există deja notificat în cadrul buletinelor psihologice prezentate de către aparținători.

Evaluarea psihologică are la bază completarea unei Foi de observație clinică (Anexa2), care cuprinde puncte de referință precum : descrierea generală, starea generală, comportamentul copilului din timpul examinării: atitudinea față de situația de examinare, atitudinea față de sine, modul de lucru, reacția la itemii testului, reacția la eșec, reacția la laudă, limbajul, vizual-motor, compararea sarcinilor verbale cu cele nonverbale.

În cadrul evaluării psihologice , pentru stabilirea nivelului intelectual s-au folosit probele: Matricele Progresive Raven Color și Standard. Deoarece MP Raven Color se pot aplica începând de la vârsta de 5 ani și șase luni, pentru cazurile care aveau o vârstă cronologică mai mică s-a aplicat Scala de Evaluare a Dezvoltării Denver, rezultând o evaluare a ariilor de dezvoltare .

Evaluarea psihologică prezintă în conținut și o descriere calitativă a proceselor psihice rezultată în urma observației directe în cadrul diverselor sarcini .

Pentru a realiza **evaluarea dizabilității** s-a folosit ca instrument de lucru Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății. Această clasificare complexă reprezintă un ghid în ceea ce privește stabilirea priorităților terapeutice ocupaționale, reușind totodată identificarea problemelor pe care le are individul și care sunt în legătură cu dizabilitatea sa.

2. Conceptualizarea cazului - o abordare din perspectiva terapiei ocupaționale este o etapă premergătoare intervenției specifice în cadrul terapiei ocupaționale.

Aceasta debutează cu evaluarea ariilor ocupaționale. Această evaluare este una complexă, iar metodele folosite sunt : interviul directiv și observația structurată.

Evaluarea în terapia ocupațională este un proces planificat în scopul obținerii unei imagini cât mai exacte asupra nivelului de funcționare al unui individ.

Obiectivul general al oricărei evaluări constă în strângerea de informații necesare, care să sprijine individul în atingerea unui nivel maxim de funcționare al capacităților sale.

Abordarea folosită atât în cadrul evaluării cât și în intervenție este cea numită abordarea de la vârf la bază. Aceasta începe prin stabilirea discrepanțelor în ceea ce privește performanța de la cel mai înalt nivel, adică rolul social. Se centrează apoi spre sarcinile necesare pentru susținerea rolurilor sociale cu valoare pentru individ (nivelul activităților/limitărilor în activitate din cadrul Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății), pentru ca apoi interesul să fie transferat pe abilitățile generice care sprijină activitățile și performanța în cadrul rolului social (nivelul structurilor și funcțiilor corporale din cadrul Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății).

Raționamentul care fundamentează această abordare este că , deși dizabilitatea nu poate fi vindecată întotdeauna, activitățile și participarea socială pot fi îmbunătățite prin realizarea adaptată a sarcinilor și acțiunilor asociate cu aceste activități și roluri

Ariile ocupaționale evaluate sunt : activitățile zilnice, jocul și loisirul, educația. Apoi, în sistem piramidal se va trece la evaluarea abilităților de performanță și a factorilor ce țin de individ.

Pentru evaluarea specifică terapiei ocupaționale s-au folosit : Indexul Barthel – un test care cuprinde cele mai importante activități zilnice : hrănirea, baia, îngrijirea corporală, îmbrăcatul, toaleta, folosirea toaletei, transferul, mobilitatea. Pentru fiecare item se poate obține un punctaj care reflectă gradul de independență al copilului pentru fiecare activitate în parte. Prin însumarea scorurilor se poate obține un procentaj de reușită la test care reflectă gradul de independență al copilului în ceea ce privește activitățile zilnice. (Anexa 3)

Deoarece Indexul Barthel nu este suficient pentru a avea o imagine completă asupra modului în care copilul realizează sau nu activitățile zilnice, s-a utilizat și instrumentul numit Fișa de evaluare a activităților zilnice (Anexa 4), care prezintă foarte detaliat o serie de activități

zilnice, oferind posibilitatea gradării nivelului de independență pentru fiecare activitate. În urma finalizării evaluării activităților zilnice, s-au identificat o serie de activități –problematice care au fost apoi structurate într-un tabel și oferite părinților pentru a identifica ei înșiși ordinea importanței pe care acestea o au. Importanța pe care părinții o conferă unei activități în defavoarea alteia este foarte importantă pentru stabilirea priorităților terapeutice.(Anexa 5)

Pentru evaluarea jocului, a activităților de timp liber și a educației s-au folosit interviul structurat cu aparținătorii , și de asemenea observația directă .

După efectuarea acestor evaluări globale s - a continuat cu evaluarea abilităților de performanță precum și a factorilor de țin de individ. Astfel s-a realizat evaluarea motricității grosiere precum și bilanțul articular al membrelor superioare (Anexa 6).

Legat de aceste abilități de performanță, membrul superior, în special mâna ocupă o parte importantă a evaluării. Se folosește fișa de analiză a abilităților mâinii (Anexa 7)

Etapa realizării profilului abilităților specifice terapiei ocupaționale este de fapt o etapă în care informația obținută în urma evaluării este concentrată în acest profil pentru a putea avea o imagine de ansamblu a cazului. (Anexa 8) . Acest profil permite și stabilirea aspectelor pozitive și a punctelor tari pe care copilul le are.

Fiecare caz a mai beneficiat și de un alt tip de evaluare, având la bază Ghidul de dezvoltare timpurie Portage. Aceasta evaluare a fost făcută pentru că, pe baza acesteia au fost stabilite obiectivele terapeutice. Metoda Portage a fost elaborată inițial pentru a servi educației la domiciliu însă, observând eficiența acesteia, s-a hotărât ulterior aplicarea ei la copiii cu nevoi speciale.

Portage este aplicabil copiilor cu nevoi speciale între 0 și 6 ani și cuprinde 6 arii de dezvoltare: stimularea sugarului, socializare, autoservire , cognitiv, motor și limbaj. Comportamentele manifestate deja într-una din arii sau în mai multe arii de dezvoltare servesc ca abilități necesare pe baza cărora copilul poate executa o abilitate nouă într-o altă arie de dezvoltare. În acest fel, dezvoltarea este cumulativă , ceea ce un copil învață astăzi este bazat pe abilitățile pe care le posedă deja. Evaluarea pe baza Fișei Portage se realizează inițial pentru a stabili nivelul de dezvoltare la care se situează copilul, iar apoi la fiecare 6 luni pentru a putea nota evoluția acestuia. După fiecare evaluare se stabilesc obiectivele terapeutice (achizițiile propuse pentru copil într-o perioadă de 6 luni). Obiectivele sunt stabilite în cadrul ariilor de dezvoltare : autoservire, cognitiv și motor, considerate importante în ceea ce privește intervenția prin terapie

ocupatională. Evaluarea făcută la fiecare 6 luni are în vedere toate ariile comportamentale, deoarece copiii incluși în studiu frecventează și alte terapii, putând astfel evidenția anumite progrese și în sfera limbajului sau a socializării.

3. Planul de intervenție - o abordare din perspectiva terapiei ocupaționale este de fapt conceptualizarea terapiei care urmează a fi aplicată. Acesta constă în stabilirea unui program terapeutic din diverse domenii de acțiune ale terapiei ocupaționale, care ține seama de nivelul educațional al copilului, caracteristicile deficienței, statutul prezent, mediul cultural în care trăiește și motivația sa pentru schimbare.

Planul de intervenție este organizat astfel încât ajută copilul să achiziționeze deprinderi adecvate capacităților sale individuale și relevante pentru modul său de viață prezent și viitor, să elimine sau să reducă comportamentele care creează obstacole în calea învățării sau sunt social inacceptabile și minimalizează eșecurile sau problemele rezultate din dizabilitatea acestuia.

Acțiunea terapeutului se bazează pe ideea că: activitățile practice și voluntare, desfășurate de copil, determină dezvoltarea personalității, fapt ce, în final, duce la o mai bună adaptare a sa la mediu. Pentru realizarea acestui scop general, este proiectat planul de intervenție, menit să provoace la copil formarea sau creșterea performanțelor sale.

Procesul de terapie ocupațională are drept scop rezolvarea problemelor specifice individului pentru a-l ajuta să realizeze o adaptare optimă la mediul său de viață.

După încheierea evaluării terapeutul deține o imagine exactă a profilului ocupațional al copilului.

Lista de probleme este identificată în urma analizei profilului abilităților specifice terapiei ocupaționale și al informațiilor obținute în urma evaluării.

Stabilirea scopurilor și obiectivelor terapeutice este strâns legată de lista de probleme. Este importantă o ordonare a problemelor identificate în funcție de prioritățile maxime ale copilului. Aceste priorități sunt identificate împreună cu părintele sau chiar cu copilul atunci când situația permite.

În stabilirea obiectivelor terapeutice se ține cont de :

- Nevoile și dorințele subiectului
- Cunoștințele legate de sistemul de valori al subiectului
- Informațiile existente referitoare la o anumită maladie sau deficiență, cu consecințele lor pe plan fizic sau psihic.
- Cunoștințele legate de metodele de terapie ocupațională și medicală existente.

- Informațiile disponibile despre mediul pentru care copilul urmează să fie pregătit din punct de vedere educațional, profesional sau comunitar.
- Scopurile și cadrul general al programului de recuperare, multidisciplinar, în care persoana urmează a fi integrată.

Obiectivele terapeutice au fost formulate cu ajutorul Ghidului de dezvoltare timpurie Portage , pentru o perioadă de 6 luni (obiective pe termen mediu), fiecare obiectiv fiind la rândul său defalcat în comportamente țintă (subobiective sau obiective pe termen scurt), acestea fiind formulate pentru 1 lună, în termeni concreți, cuantificabili și măsurabili. Obiectivele au fost stabilite în cadrul a 3 arii de dezvoltare : autoservire, cognitiv, motor. Acestea au fost formulate în termeni verbali măsurabili și observabili. Obiectivele formulate trebuie să răspundă la 4 întrebări: cine ? (copilul), ce face?(comportamentul observabil pe care dorim să și-l însușească copilul) , în ce condiții? (tipul de ajutor pe care îl vom da copilului), cu ce grad de succes?(deoarece învățăm copilul o nouă deprindere, nu va fi suficientă o singură manifestare a acesteia, ci trebuie repetată pentru a o însuși definitiv).

Când învață copilul o nouă abilitate, este necesar să îi acordăm acestuia tipuri și grade variate de ajutor . Acest ajutor este descris în condiția obiectivului comportamental și care este folosit pentru stabilirea progresivității dificultății în analiza sarcinii. Tipurile de ajutor care pot fi acordate se împart în 3 categorii : ajutor fizic, ajutor verbal și ajutor vizual.

Ajutorul fizic reprezintă orice tip de ajutor care implică ținerea , sprijinirea sau ghidarea copilului de către adult . Acesta este adesea folosit pentru învățarea abilităților motorii.

Ajutorul verbal implică spunerea unor cuvinte care să-l ajute pe copil să îndeplinească sarcina.

Analiza de sarcină este divizarea obiectivelor pe termen mediu în obiective secvențiale mai mici , comportamente țintă sau obiective țintă. Aceasta defalcare a obiectivului pe termen mediu reprezintă de fapt obiectivele pe termen scurt. Analiza sarcinii este efectuată prin alegerea diferitelor tipuri de ajutor care trebuie acordat copilului și aranjarea acestora în ordinea dificultății crescânde.

Odată ce au fost stabilite scopurile și obiectivele terapeutice, se pot hotărî care sunt mijloacele și tehnicile de intervenție ce urmează a fi utilizate, adică elaborarea unui plan terapeutic. Acesta cuprinde sinteza activităților desemnate în vederea realizării unui nivel de performanță al funcționării deprinderilor și capacităților copilului. Planificarea și derularea terapiei urmează un circuit clar stabilit în terapia ocupațională. Obstacolele întâmpinate în cadrul

terapiei sunt notificate în dosarele terapeutice urmând a fi luate în calcul dacă se optează pentru reconsiderarea obiectivelor.

Selecționarea și adaptarea echipamentelor folosite necesită din partea terapeutului un efort substanțial de imaginație, în vederea proiectării unor mijloace și dispozitive adaptate nevoilor copilului. Fiecare copil deficient posedă anumite cerințe speciale, care trebuie stabilite cu prioritate, înaintea adaptării sau construirii unui anumit echipament pentru acesta. Modificările realizate unui obiect folosit în activitatea de terapie, pot fi temporare sau permanente, în funcție de progresele realizate de copil.

6. Rezultatele și urmărirea evoluției cazului reprezintă etapa finală a intervenției terapeutice.

Acestea se pot concluziona doar printr-o evaluare continuă a programelor de terapie ocupațională în vederea măsurării eficienței intervenției procedurilor utilizate de terapeut. Evaluările intermediare se folosesc pe parcursul aplicării planului terapeutic și constau în măsurarea rezultatelor obținute prin atingerea obiectivelor intermediare proiectate. O astfel de evaluare intermediară a fost folosită și în lucrarea de față, evaluându-se la fiecare 6 luni atingerea obiectivelor formulate precum și evoluția copilului raportată la Ghidul de dezvoltare timpurie Portage.

Evaluarea finală se referă la analiza rezultatelor procesului terapeutic în ansamblul său. Prin această acțiune se pune, în fapt, în evidență succesul sau eșecul demersurilor realizate de specialist pentru a veni în sprijinul nevoilor copilului prin intermediul terapiei ocupaționale.

Rezultatele obținute vor fi în final raportate la obiectivele cercetării, iar evoluția va fi urmărită pe parcursul perioadei de doi ani stabilită la debutul terapiei.

Procesul de recuperare prin terapie ocupațională la persoanele cu dizabilități este un proces continuu, care trebuie reluat în permanență la diferite vârste, în funcție de nevoile specifice ale individului, în diversele momente ale vieții sale. Numai printr-o reluare ciclică a procesului în cauză, terapeutul poate contribui efectiv la stabilirea unui nivel de dezvoltare al persoanei cu dizabilități, cât mai apropiat de normal posibil.

Analiza datelor :

Se vor folosi metode cantitative de analiză a datelor : comparația avansului în cadrul vârstelor de dezvoltare – comparații intra-subiect.

Metode calitative de analiză a datelor: analiza de conținut a intervenției terapeutice.

Instrumente și materiale utilizate : reprezentări grafice și tabelare, înregistrarea video, fotografia.

4. Prezentarea rezultatelor

Rezultatele se vor prezenta sub forma unei concluzii la fiecare caz în parte precum și într-un capitol separat, în care acestea vor fi raportate la obiectivele și teoria cercetării.

CAPITOLUL 3 STUDII ORIGINALE

3.1. Studiul de caz numărul 1

- **Date de identificare :**

Numele și prenumele : C. A.

Data nașterii : 1.03.1995

Data debutului terapiei : ianuarie 2009

Beneficiar servicii ambulatorii de recuperare în cadrul - Centrul de Plasament pentru Copilul cu Dizabilități Speranța Sibiu

- **Rezultate**

Evoluția autoservirii în urma intervenției terapeutice

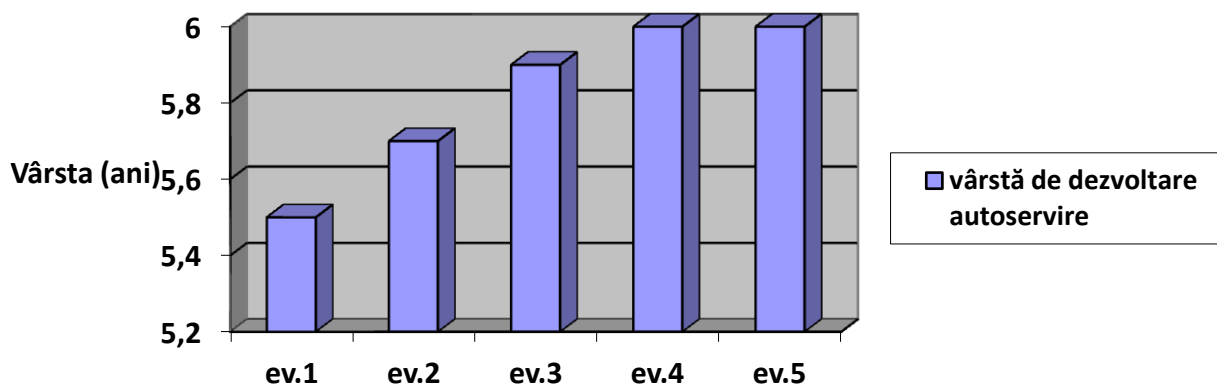


Figura 3.1.1. Evoluția autoservirii în urma intervenției terapeutice

Evoluția cognitivă în urma intervenției terapeutice

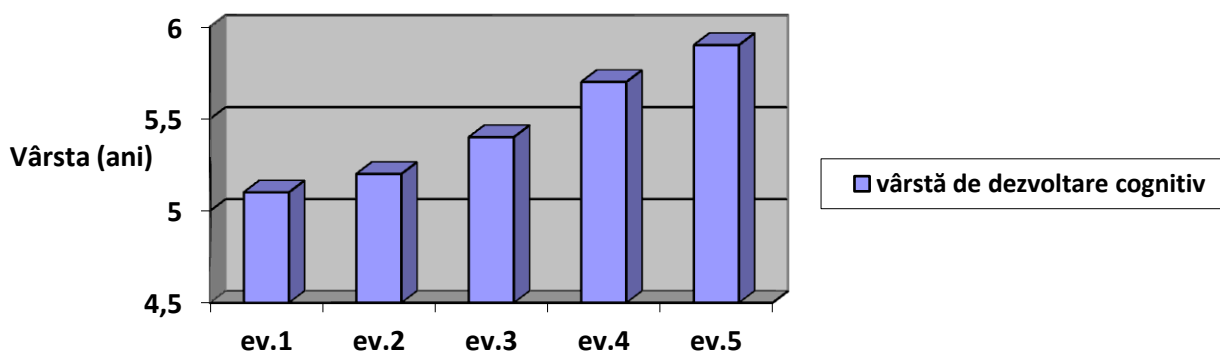


Figura 3.2.2. Evoluția cognitivă în urma intervenției terapeutice

Evoluția motricității în urma intervenției terapeutice

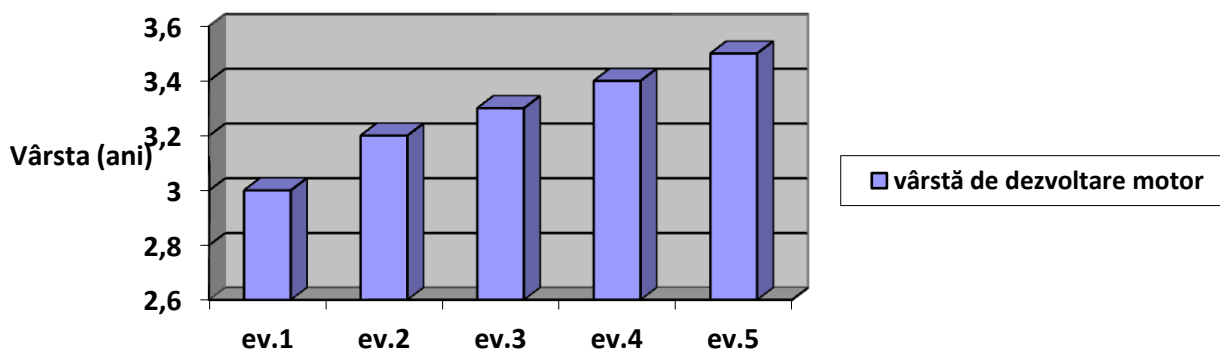


Figura 3.1.3. Evoluția motricității în urma intervenției terapeutice

La debutul terapiei, vârsta cronologică a lui C.A. era 13 ani și 6 luni iar vârsta de dezvoltare identificată era 5 ani și 1 lună. În cursul terapiei evoluția vârstei de dezvoltare se face foarte lent, deoarece și progresele se înregistrează foarte lent.

Dacă la debutul terapiei diferența între vârsta cronologică și cea de dezvoltare era de 8 ani și 5 luni, la finalul terapiei aceasta se mărește ajungând la 10 ani și 1 lună.

Evoluția vârstei cronologice comparativ cu vârsta de dezvoltare pe parcursul a doi ani de zile

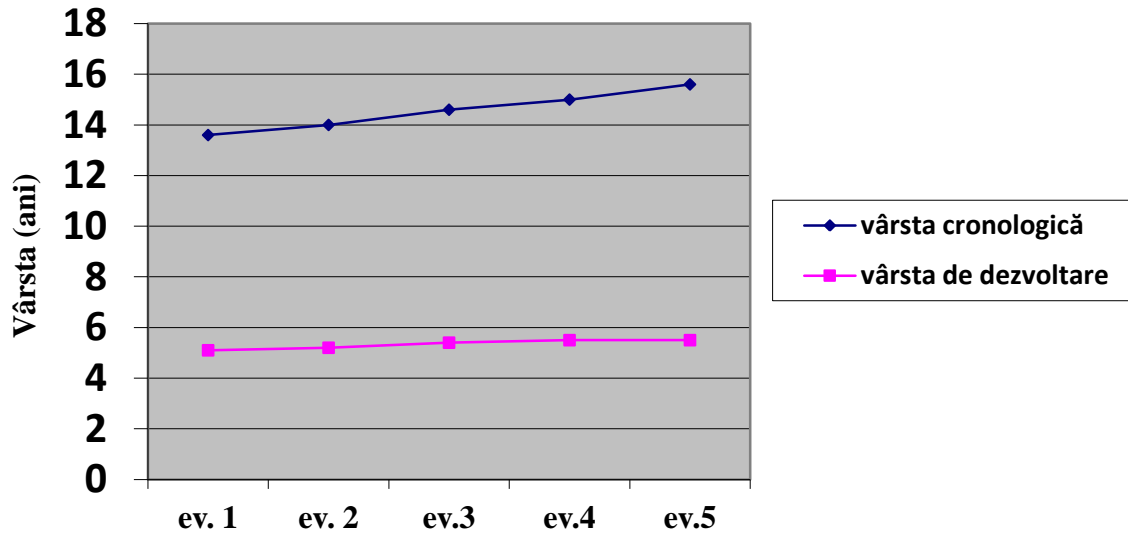


Figura 3.1.4. Evoluția vârstei cronologice comparativ cu vârsta de dezvoltare pe parcursul a doi ani de zile.

Intervenția terapeutică s-a orientat în special pe achiziționarea de deprinderi din sfera comportamentelor : cognitiv, autoservire și motor. Odată cu atingerea obiectivelor formulate se înregistra și progresul în cadrul ariei comportamentale respective.

În ceea ce privește autoservirea, C.A. a pornit de la o vârstă de dezvoltare a autoservirii de 5 ani și 6 luni pentru ca la finalul terapiei să înregistreze o vârstă de dezvoltare de 6 ani.

Legat de comportamentul cognitiv, la debut, vârsta de dezvoltare era de 5 ani și 1 lună pentru ca la final să fie de 5 ani și 9 luni.

Dezvoltarea motorie este cea care a înregistrat valorile cele mai mici încă de la prima evaluare : 2 ani și 11 luni. Tulburările din sfera motricității își pun amprenta asupra dezvoltării globale și interferează în cadrul oricărei activități funcționale. Se înregistrează totuși o evoluție, la final vârsta de dezvoltare motorie situându-se la nivelul a 3 ani și 5 luni.

3.2. Studiul de caz numărul 2

- **Date de identificare:**

Numele și prenumele : F. A.

Data nașterii : 10.12.2002

Data debutului terapiei : ianuarie 2009

Beneficiar servicii ambulatorii de recuperare din cadrul Centrului de Plasament pentru Copilul cu Dizabilități Speranța Sibiu

- **Rezultate**

Evoluția autoservirii în urma intervenției terapeutice

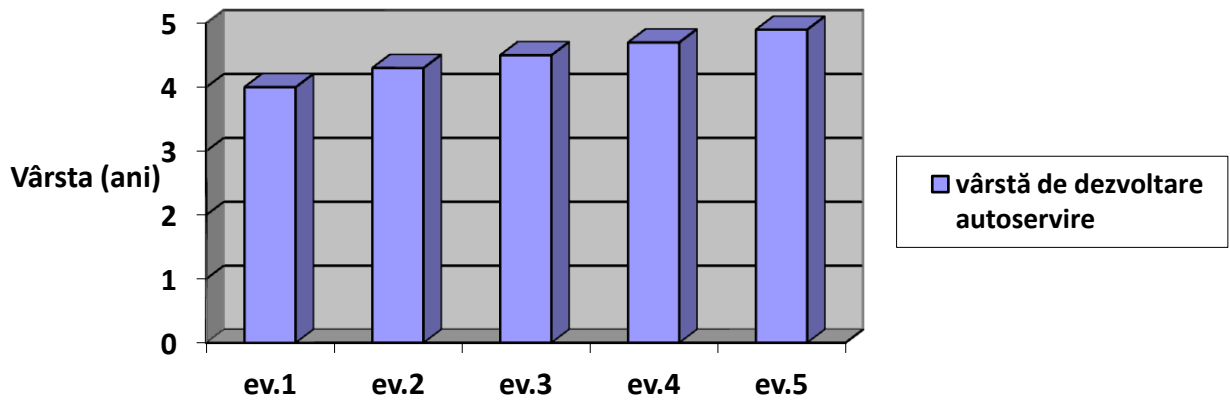


Figura 3.2.1. Evoluția autoservirii în urma intervenției terapeutice

Evoluția cognitivă în urma intervenției terapeutice

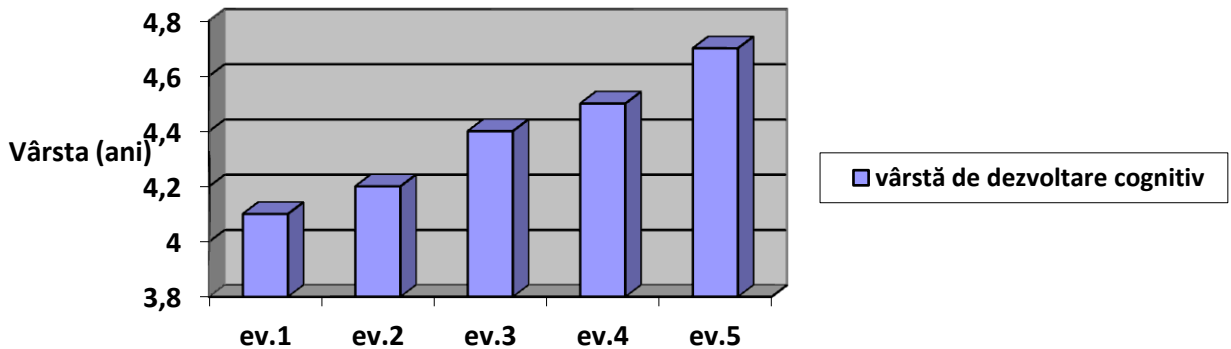


Figura 3.2.2. Evoluția cognitivă în urma intervenției terapeutice

Evoluția motricității în urma intervenției terapeutice

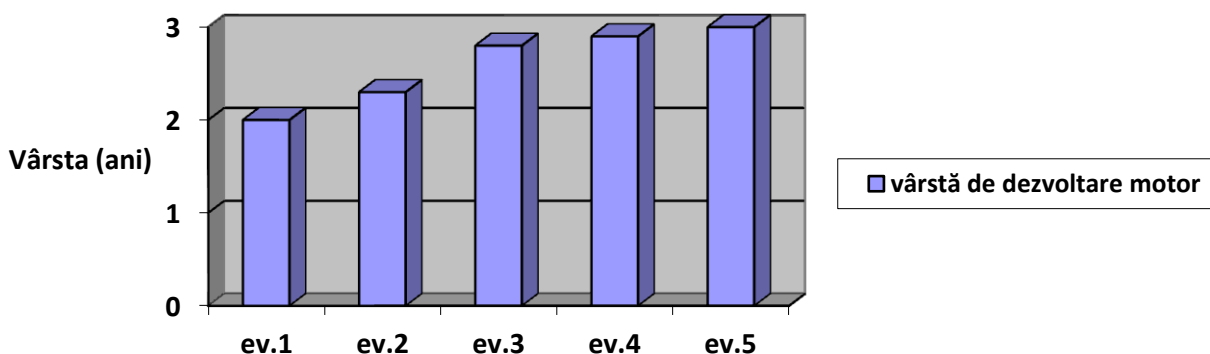


Figura 3.2.3. Evoluția motricității în urma intervenției terapeutice

La debutul terapiei , vârsta cronologică a lui F. A. era 6 ani și 1 lună iar vârsta de dezvoltare identificată era 3 ani și 8 luni.

În cursul terapiei vârsta de dezvoltare evoluează și progrese sunt înregistrate. Dacă la debutul terapiei diferența între vârsta cronologică și cea de dezvoltare era de 2 ani și 3 luni, la finalul terapiei aceasta ajunge la 3 ani și 3 luni deoarece achizițiile la un copil cu dizabilități se fac mai lent.

Aceste date nu semnifică însă un eșec în cadrul terapiei, deoarece toate obiectivele formulate au fost atinse. Graficul demonstrează o evoluție bună mai ales că discrepanța între vârsta de dezvoltare și cea cronologică nu se mărește foarte mult în acești doi ani.

Evoluția vârstei cronologice comparativ cu vârsta de dezvoltare pe parcursul a doi ani de zile

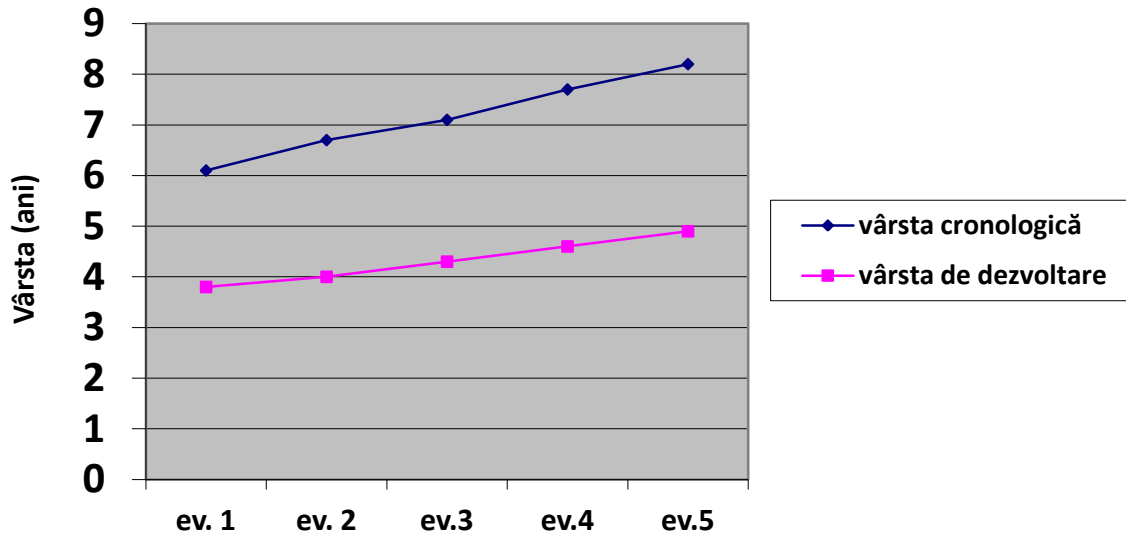


Figura 3.2.4. Evoluția vârstei cronologice, comparativ cu vârsta de dezvoltare pe parcursul a doi ani de zile

Intervenția terapeutică s-a orientat în special pe achiziționarea de deprinderi din sfera comportamentelor : cognitiv, autoservire și motor. Odată cu atingerea obiectivelor formulate se înregistra și progresul în cadrul ariei comportamentale respective.

În ceea ce privește autoservirea, F. A. a pornit de la o vârstă de dezvoltare a autoservirii de 4 ani și pentru ca la finalul terapiei să înregistreze o vârstă de dezvoltare de 4 ani și 9 luni.

Legat de comportamentul cognitiv, la debut, vârsta de dezvoltare era de 4 ani și 1 lună pentru ca la final să fie de 4 ani și 7 luni.

Dezvoltarea motorie este cea care a înregistrat valorile cele mai mici încă de la prima evaluare : 2 ani. Tulburările din sfera motricității își pun amprenta asupra dezvoltării globale și interferează în cadrul oricărei activități funcționale. Se înregistrează totuși o evoluție, la final vârsta de dezvoltare motorie situându-se la nivelul a 2 ani și 11 luni

3.3. Studiul de caz numărul 3

- **Date de identificare :**

Numele și prenumele : N. O.

Data nașterii : 8 ianuarie 2001

Data debutului terapiei : ianuarie 2009

Beneficiar servicii ambulatorii de recuperare din cadrul Centrului de Plasament pentru Copilul cu Dizabilități Speranța Sibiu

- **Rezultate**

Evoluția autoservirii în urma intervenției terapeutice

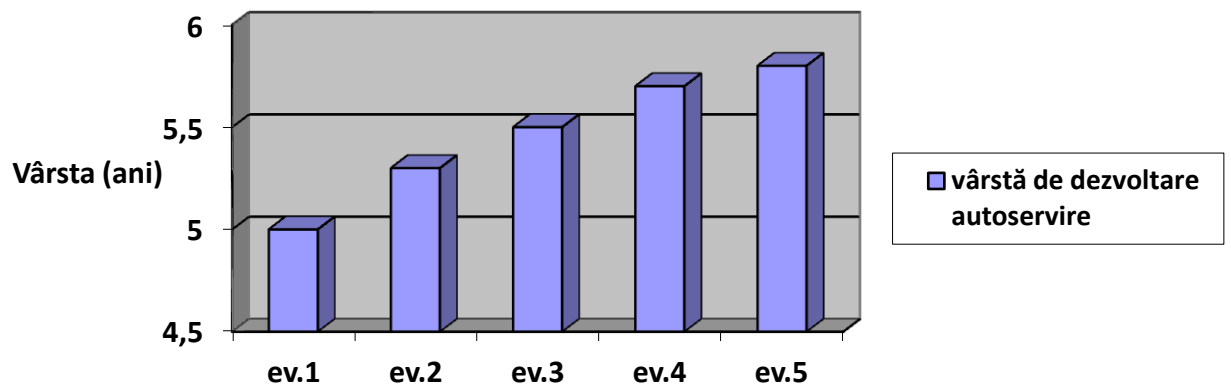


Figura 3.3.1. Evoluția autoservirii în urma intervenției terapeutice

Evoluția cognitivă în urma intervenției terapeutice

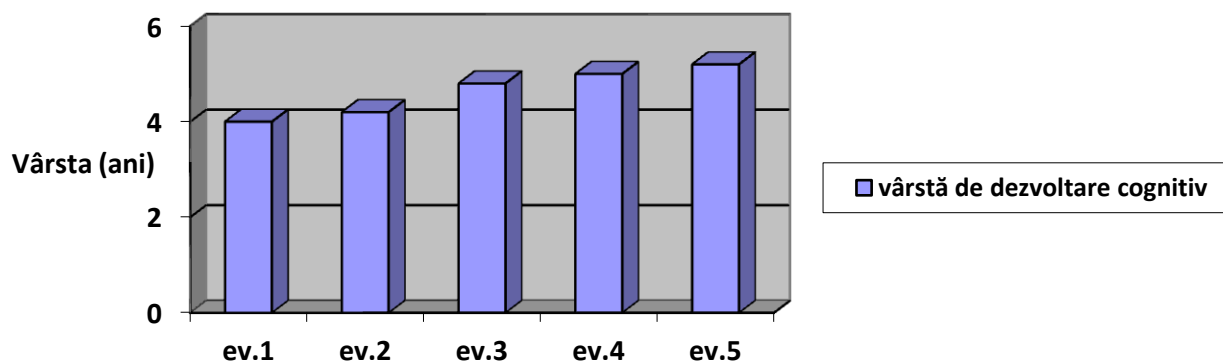


Figura 3.3.2. Evoluția cognitivă în urma intervenției terapeutice

Evoluția motricității în urma intervenției terapeutice

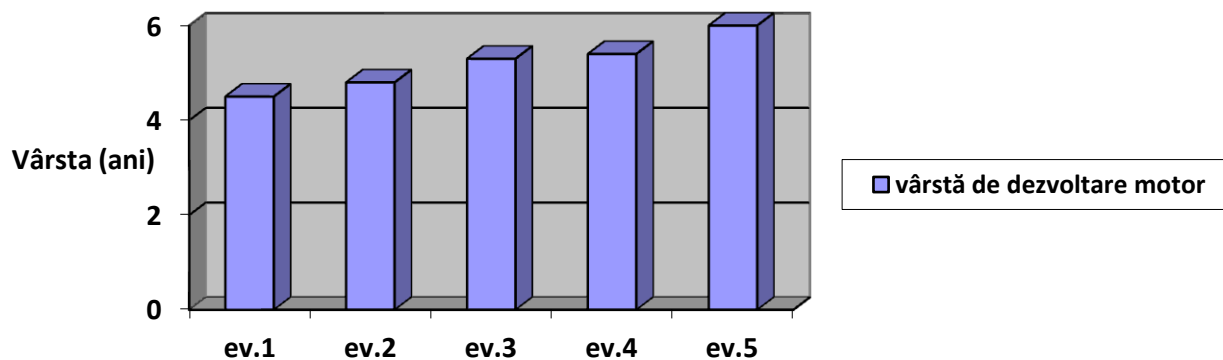


Figura 3.3.3. Evoluția motricității în urma intervenției terapeutice

În cursul terapiei evoluția vârstei de dezvoltare este bună . Dacă la debutul terapiei diferența între vârsta cronologică și cea de dezvoltare era de 3 ani și 7 luni, la finalul terapiei aceasta se mărește ajungând la 4 ani și 1 lună. Această diferență este mai mare deoarece achizițiile la un copil cu dizabilități sunt mai lente iar recuperarea întârzierii în dezvoltare nu se poate face imediat.

Evoluția vârstei cronologice comparativ cu vârsta de dezvoltare pe parcursul a doi ani de zile

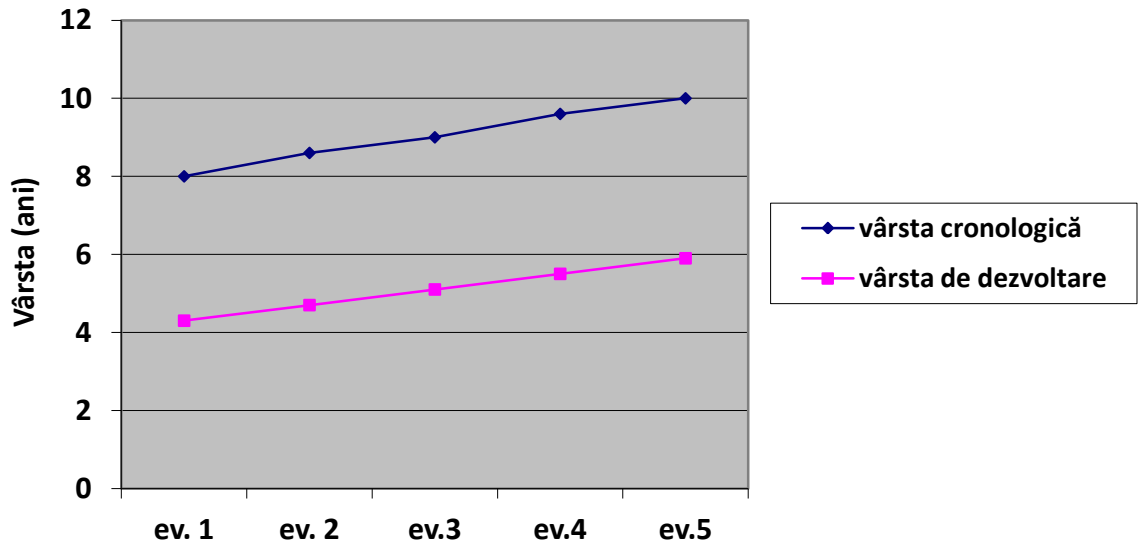


Figura 3.3.4. Evoluția vârstei cronologice comparativ cu vârsta de dezvoltare pe parcursul a doi ani de zile

Intervenția terapeutică s-a orientat în special pe achiziționarea de deprinderi din sfera comportamentelor : cognitiv, autoservire și motor. Odată cu atingerea obiectivelor formulate se înregistra și progresul în cadrul ariei comportamentale respective.

În ceea ce privește autoservirea, N. O. a pornit de la o vârstă de dezvoltare a autoservirii de 5 ani pentru ca la finalul terapiei să înregistreze o vârstă de dezvoltare de 5 ani și 7 luni.

Legat de comportamentul cognitiv, la debut, vârsta de dezvoltare era de 4 ani pentru ca la final să fie de 5 ani și 2 luni.

Dezvoltarea motorie s-a situat la debut la vârsta de 4 ani și 5 luni, pentru ca la final să ajungă la 6 ani.

3.4. Studiul de caz numărul 4

- **Date de identificare :**

Numele și prenumele : T. N.

Data nașterii : 16.01.1997

Data debutului terapiei : ianuarie 2009

Beneficiar servicii ambulatorii de recuperare Centrul de Plasament pentru Copilul cu Dizabilități
Speranța Sibiu

- **Rezultate**

Evoluția autoservirii în urma intervenției terapeutice

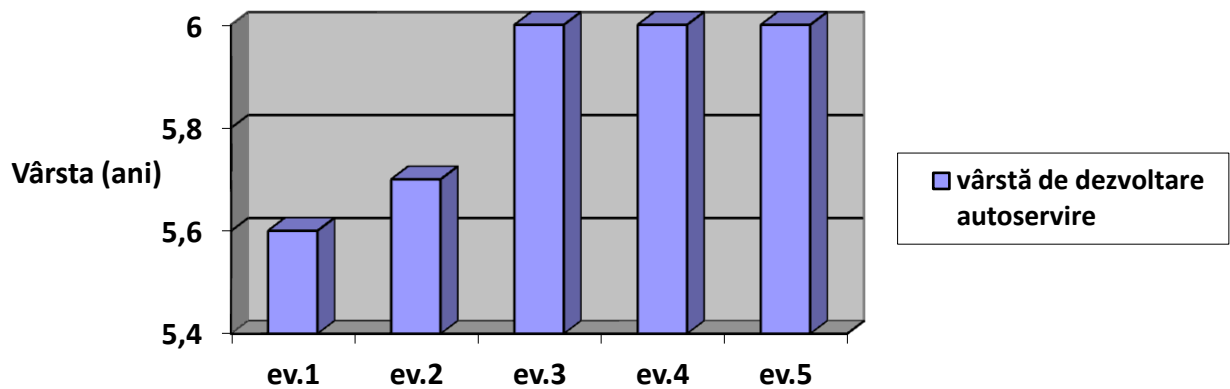


Figura 3.4.1. Evoluția autoservirii în urma intervenției terapeutice

Evoluția motricității în urma intervenției terapeutice

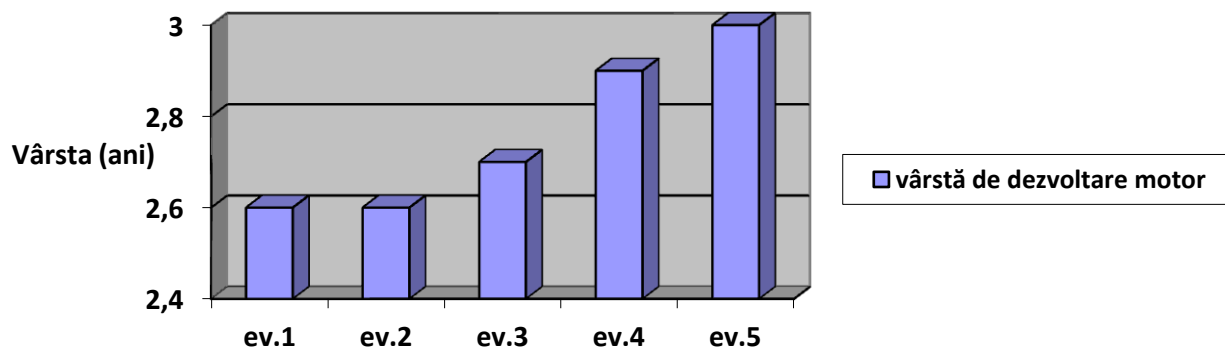


Figura 3.4.2. Evoluția motricității în urma intervenției terapeutice

T.N. este un caz mai special deoarece problemele de tonus muscular îi afectează performanțele în toate aspectele vieții și îi îngreunează participarea la foarte multe activități care sunt posibile din punct de vedere cognitiv. În abordarea acestui caz, nu s-a luat în calcul vârsta de dezvoltare, deoarece evaluările au fost realizate doar în cadrul a două comportamente (autoservire și motor) din cadrul Ghidului Portage.

Intervenția terapeutică s-a orientat în special pe achiziționarea de deprinderi din sfera autoservirii și motricității. Stimularea cognitivă nu a reprezentat o prioritate terapeutică deoarece T.N. nu manifestă probleme marcante în sfera proceselor cognitive. Odată cu atingerea obiectivelor formulate se înregistrează și progresul în cadrul ariei comportamentale respective.

În ceea ce privește autoservirea, T.N. a pornit de la o vârstă de dezvoltare a autoservirii de 5 ani și 6 luni pentru ca la finalul terapiei să înregistreze o vârstă de dezvoltare de 6 ani.

Dezvoltarea motorie este cea care a înregistrat valorile cele mai mici încă de la prima evaluare : 2 ani și 6 luni. Tulburările din sfera motricității își pun amprenta asupra dezvoltării globale și interferează în cadrul oricărei activități funcționale. Se înregistrează totuși o evoluție, la final vârsta de dezvoltare motorie situându-se la nivelul a 2 ani și 11 luni.

3.5. Studiul de caz numărul 5

- **Date de identificare :**

Numele și prenumele (inițiale) : M. D.

Data nașterii : 4.11.2001

Data debutului terapiei : ianuarie 2009

Beneficiar servicii ambulatorii de recuperare Centrul de Plasament pentru Copilul cu Dizabilități Speranța Sibiu

- **Rezultate**

Evoluția autoservirii în urma intervenției terapeutice

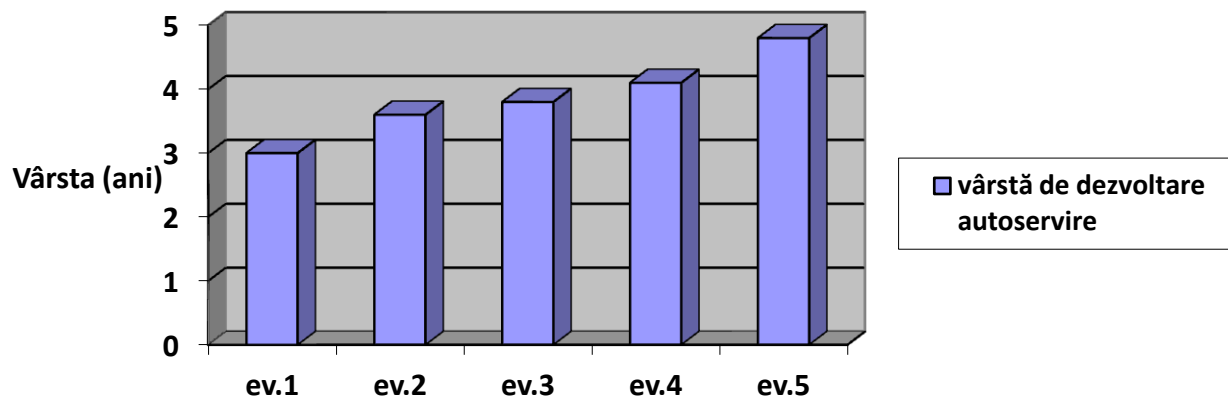


Figura 3.5.1. Evoluția autoservirii în urma intervenției terapeutice

Evoluția cognitivă în urma intervenției terapeutice

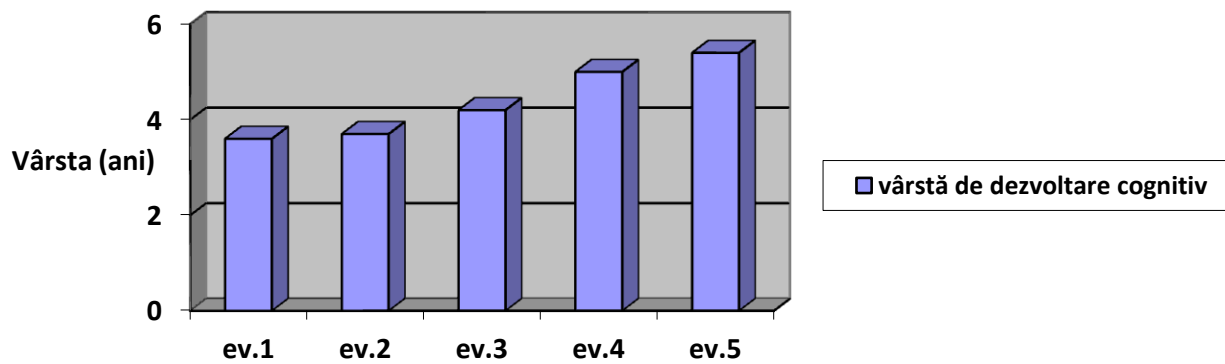


Figura 3.5.2. Evoluția cognitivă în urma intervenției terapeutice

Evoluția motricității în urma intervenției terapeutice

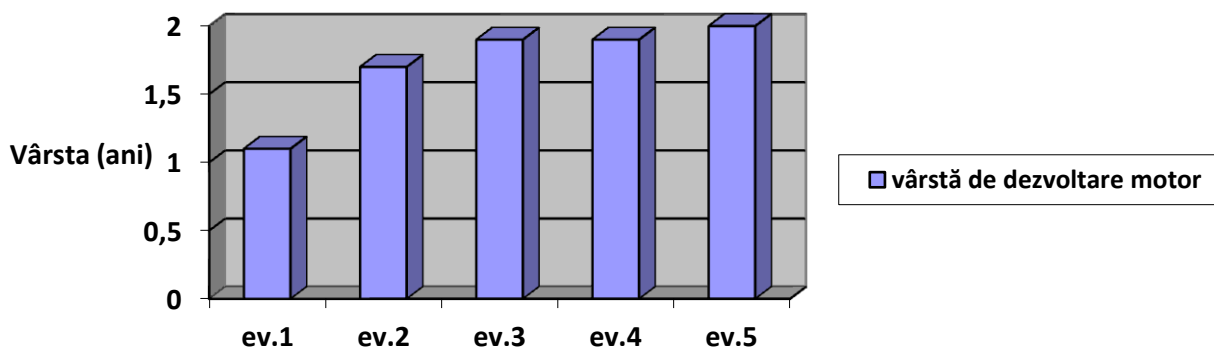


Figura 3.5.3. Evoluția motricității în urma intervenției terapeutice

La debutul terapiei , vârsta cronologică a M. D. era 7 ani și 2 luni iar vârsta de dezvoltare identificată era 3 ani și 3 luni fiind o discrepanță mare între cele două vârste.

În cursul terapiei evoluția vârstei de dezvoltare se face într-un ritm bun însă discrepanța inițială între vârsta de dezvoltare și cea cronologică era deja destul de mare. Dacă la debutul terapiei diferența între vârsta cronologică și cea de dezvoltare era de 3 ani și 3 luni, la finalul terapiei aceasta se mărește ajungând la 4 ani și 3 luni.

Evoluția vârstei cronologice comparativ cu vârsta de dezvoltare pe parcursul a doi ani de zile

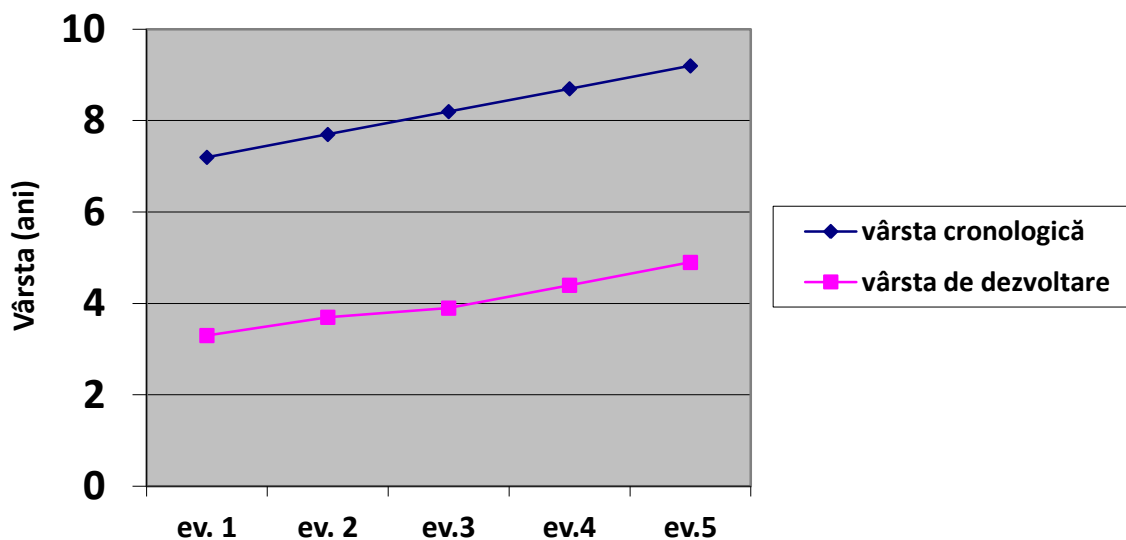


Figura 3.5.4. Evoluția vârstei cronologice comparativ cu vârsta de dezvoltare pe parcursul a doi ani de zile

Intervenția terapeutică s-a orientat în special pe achiziționarea de deprinderi din sfera comportamentelor : cognitiv, autoservire și motor. Odată cu atingerea obiectivelor formulate se înregistra și progresul în cadrul ariei comportamentale respective.

În ceea ce privește autoservirea, M. D. a pornit de la o vârstă de dezvoltare a autoservirii de 3 ani pentru ca la finalul terapiei să înregistreze o vârstă de dezvoltare de 4 ani și 8 luni.

Legat de comportamentul cognitiv, la debut, vârsta de dezvoltare era de 3 ani și 6 luni pentru ca la final să fie de 5 ani și 4 luni.

Dezvoltarea motorie este cea care a înregistrat valorile cele mai mici încă de la prima evaluare : 1 an și 1 lună. Tulburările din sfera motricității își pun amprenta asupra dezvoltării globale și interferează în cadrul oricărei activități funcționale. Se înregistrează totuși o evoluție, la final vârsta de dezvoltare motorie situându-se la nivelul a 2 ani, mai ales datorită progreselor făcute în cadrul motricității fine.

3.6. Studiul de caz numărul 6

- **Date de identificare :**

Numele și prenumele : R. S.

Data nașterii : 3 ianuarie 2002

Data debutului terapiei : ianuarie 2009

Beneficiar servicii ambulatorii de recuperare Centrul de Plasament pentru Copilul cu Dizabilități

Speranța Sibiu

- **Rezultate**

Evoluția autoservirii în urma intervenției terapeutice

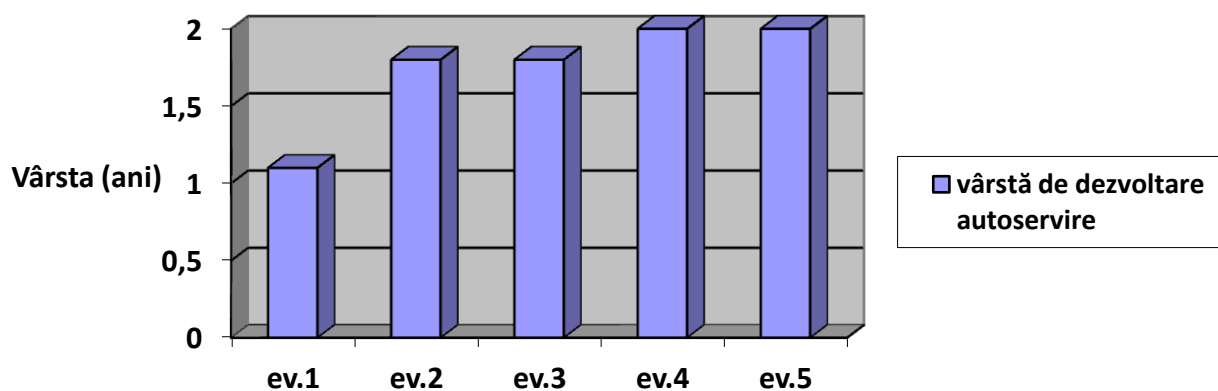


Figura 3.6.1. Evoluția autoservirii în urma intervenției terapeutice

Evoluția cognitivă în urma intervenției terapeutice

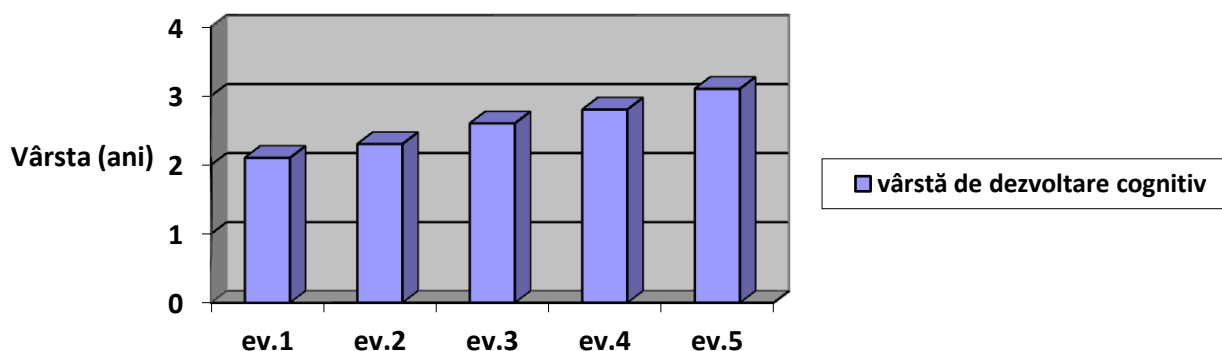


Figura 3.6.2. Evoluția cognitivă în urma intervenției terapeutice

Evoluția motricității în urma intervenției terapeutice

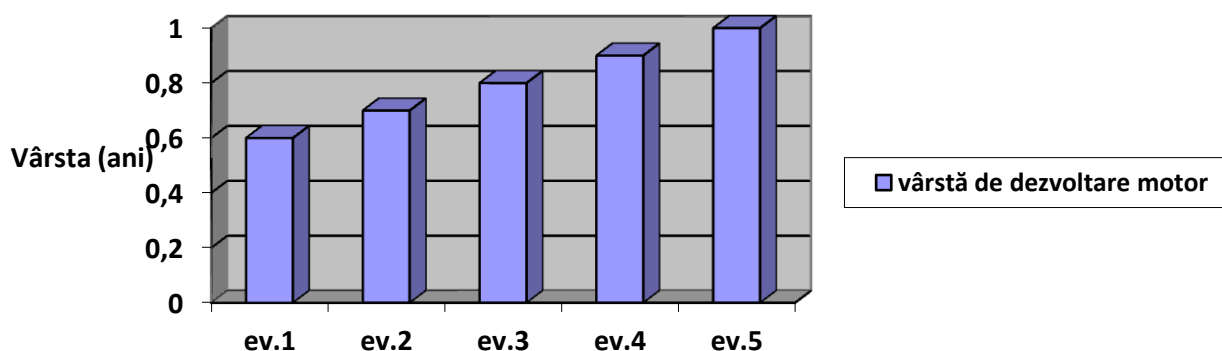


Figura 3.6.3. Evoluția motricității în urma intervenției terapeutice

La debutul terapiei , vârsta cronologică a lui R.S. era 7 ani iar vârsta de dezvoltare identificată era de 1 an și 5 luni. Iată deci o discrepantă foarte mare între cele două vârste.

În cursul terapiei evoluția vârstei de dezvoltare se face foarte lent, deoarece și progresele se înregistrează foarte lent.

Dacă la debutul terapiei diferența între vârsta cronologică și cea de dezvoltare era de 5 ani și 5 luni, la finalul terapiei aceasta se mărește ajungând la 6 ani și 7 luni.

În acest caz , deficiența mentală severă își pune amprenta asupra vitezei cu care se fac achizițiile.

Evoluția vârstei cronologice comparativ cu vârsta de dezvoltare pe parcursul a doi ani de zile

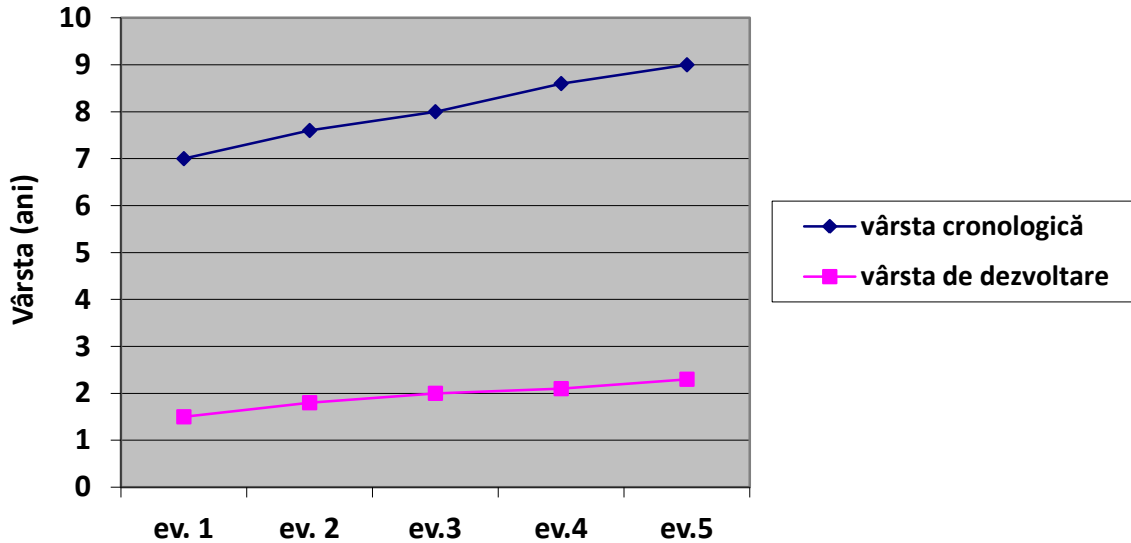


Figura 3.6.4. Evoluția vârstei cronologice comparativ cu vârsta de dezvoltare pe parcursul a doi ani de zile

Intervenția terapeutică s-a orientat în special pe achiziționarea de deprinderi din sfera comportamentelor : cognitiv, autoservire și motor. Odată cu atingerea obiectivelor formulate se înregistra și progresul în cadrul ariei comportamentale respective.

În ceea ce privește autoservirea, R.S. a pornit de la o vârstă de dezvoltare a autoservirii de 1 an și 1 lună pentru ca la finalul terapiei să înregistreze o vârstă de dezvoltare de 2 ani.

Legat de comportamentul cognitiv, la debut, vârsta de dezvoltare era de 2 ani și 1 lună pentru ca la final să fie de 3 ani și 1 lună.

Dezvoltarea motorie este cea care a înregistrat valorile cele mai mici încă de la prima evaluare : 6 luni. Tulburările din sfera motricității își pun amprenta asupra dezvoltării globale și interferează în cadrul oricărei activități funcționale. Se înregistrează totuși o evoluție, la final vârsta de dezvoltare motorie situându-se la nivelul a 11 luni, datorită achizițiilor făcute în cadrul motricității fine.

3.7. Studiul de caz numărul 7

- **Date de identificare :**

Numele și prenumele : C. P.

Data nașterii : 6 decembrie 2000

Data debutului terapiei : ianuarie 2009

Beneficiar servicii ambulatorii de recuperare din cadrul Centrului de Plasament pentru Copilul cu Dizabilități Speranța Sibiu

- **Rezultate**

Evoluția autoservirii în urma intervenției terapeutice

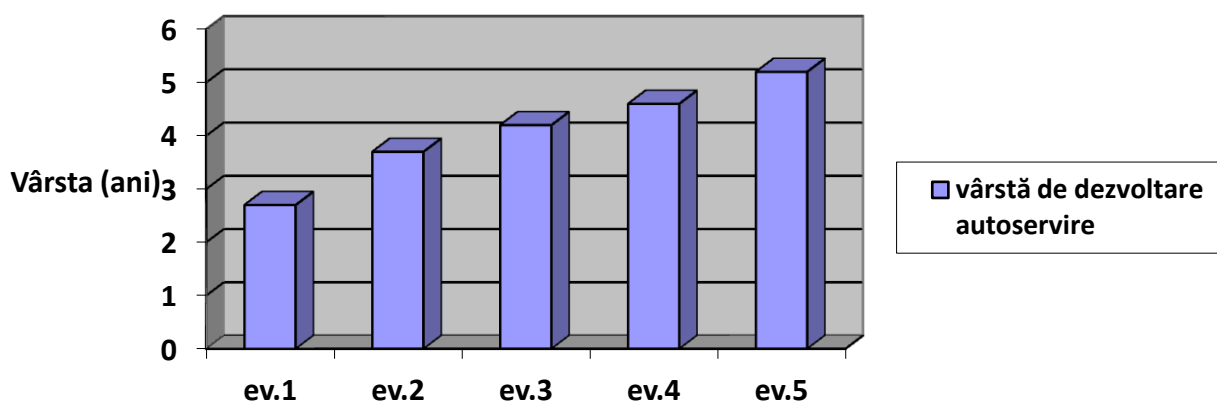


Figura 3.7.1. Evoluția autoservirii în urma intervenției terapeutice

Evoluția cognitivă în urma intervenției terapeutice

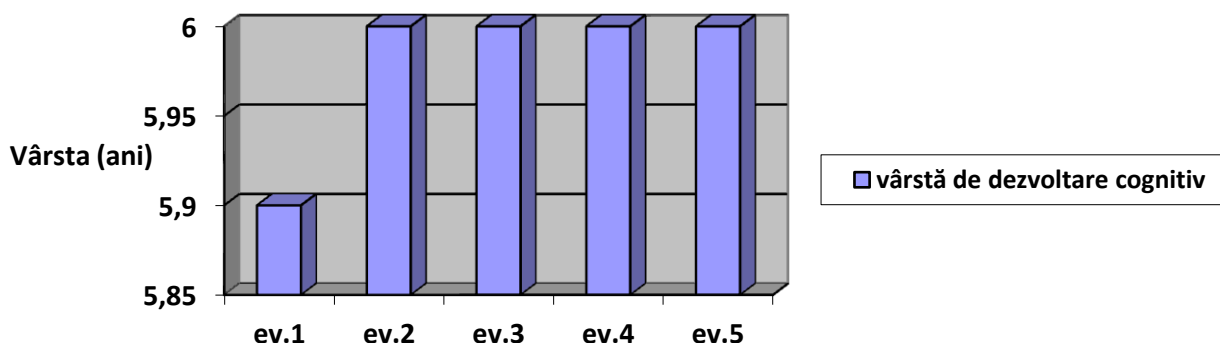


Figura 3.7.2. Evoluția cognitivă în urma intervenției terapeutice

Evoluția motricității în urma intervenției terapeutice

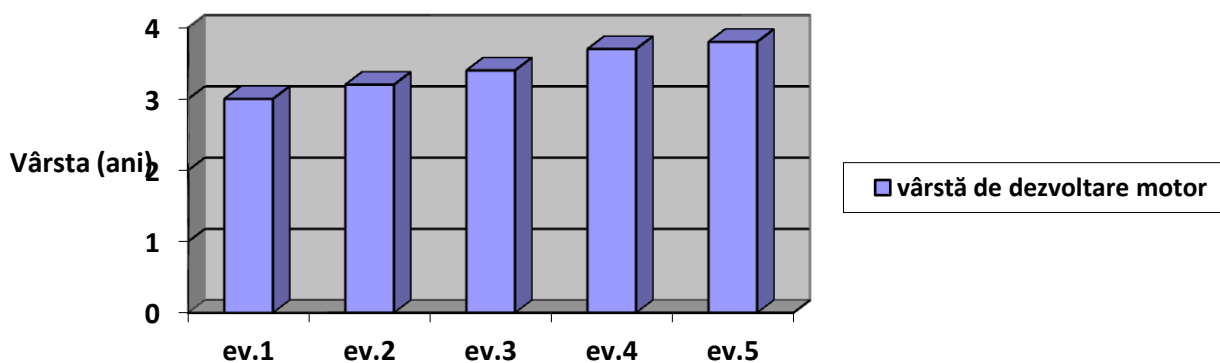


Figura 3.7.3. Evoluția motricității în urma intervenției terapeutice

La debutul terapiei , vârsta cronologică a lui C.P. era 8 ani și 1 lună iar vârsta de dezvoltare identificată era 4 ani și 8 luni. În cursul terapiei evoluția vârstei de dezvoltare se face foarte lent, deoarece și progresele se înregistrează foarte lent.

Dacă la debutul terapiei diferența între vârsta cronologică și cea de dezvoltare era de 3 ani și 3 luni, la finalul terapiei aceasta se mărește ajungând la 4 ani și 7 luni.

Aceste date nu semnifică însă un eșec în cadrul terapiei, deoarece toate obiectivele formulate au fost atinse.

Evoluția vârstei cronologice comparativ cu vârsta de dezvoltare pe parcursul a doi ani de zile

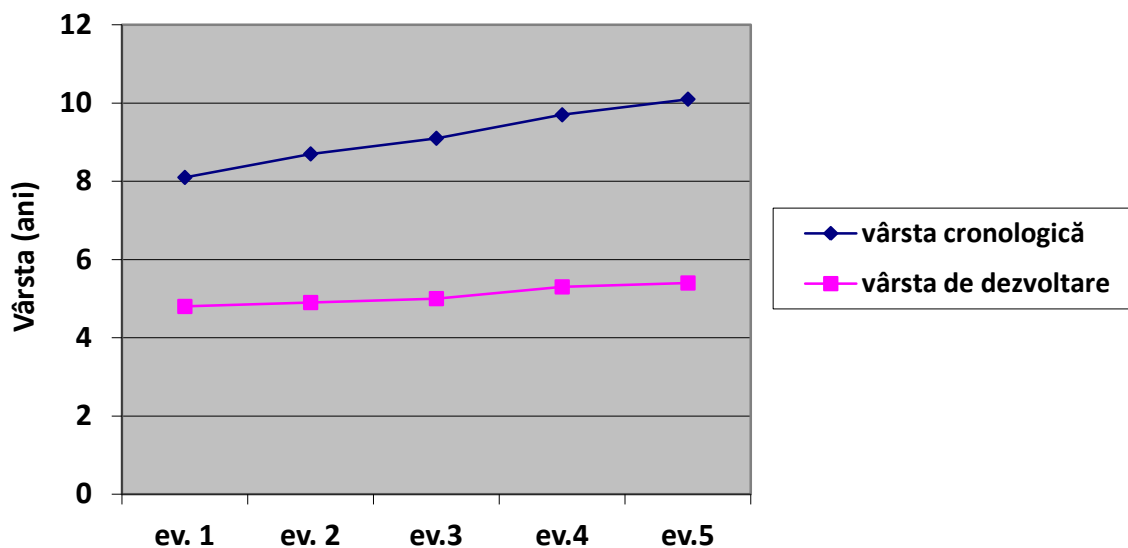


Figura 3.7.4. Evoluția vârstei cronologice comparativ cu vârsta de dezvoltare pe parcursul a doi ani de zile

Intervenția terapeutică s-a orientat în special pe achiziționarea de deprinderi din sfera comportamentelor : cognitiv, autoservire și motricitate. Odată cu atingerea obiectivelor formulate se înregistra și progresul în cadrul ariei comportamentale respective.

În ceea ce privește autoservirea, C.P. a pornit de la o vârstă de dezvoltare a autoservirii de 2 ani și 7 luni pentru ca la finalul terapiei să înregistreze o vârstă de dezvoltare de 5 ani și 2 luni.

Legat de comportamentul cognitiv, la debut, vârsta de dezvoltare era de 5 ani și 9 luni pentru ca la final să fie de 6 ani .

Dezvoltarea motorie este cea care a înregistrat valorile cele mai mici încă de la prima evaluare : 3 ani. Tulburările din sfera motricității își pun amprenta asupra dezvoltării globale și interferează în cadrul oricărei activități funcționale. Se înregistrează totuși o evoluție, la final vârsta de dezvoltare motorie situându-se la nivelul a 3 ani și 8 luni.

3.8. Studiul de caz numărul 8

- **Date de identificare :**

Numele și prenumele : A. D.

Data nașterii : 18. decembrie 2004

Data debutului terapiei : ianuarie 2009

Beneficiar servicii ambulatorii de recuperare Centrul de Plasament pentru Copilul cu Dizabilități
Speranța Sibiu

- **Rezultate**

Evoluția autoservirii în urma intervenției terapeutice

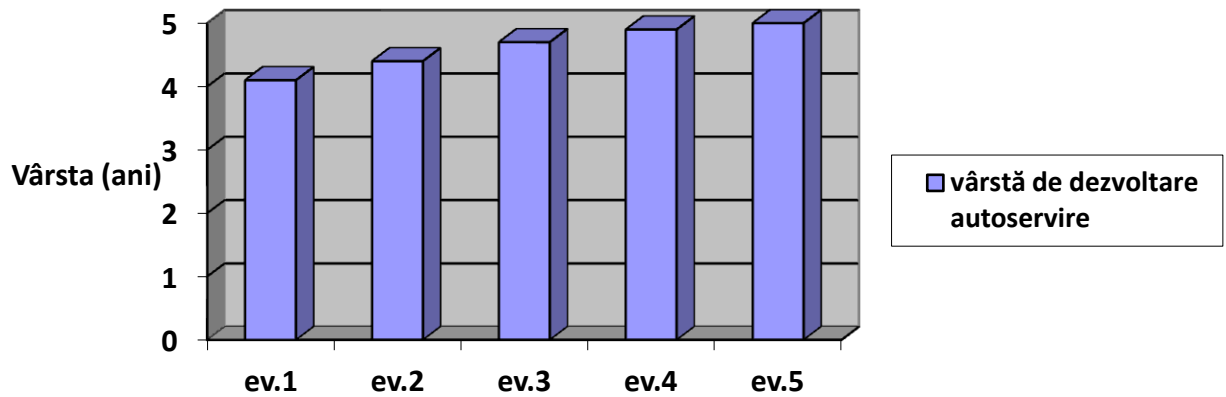


Figura 3.8.1. Evoluția autoservirii în urma intervenției terapeutice

Evoluția cognitivă în urma intervenției terapeutice

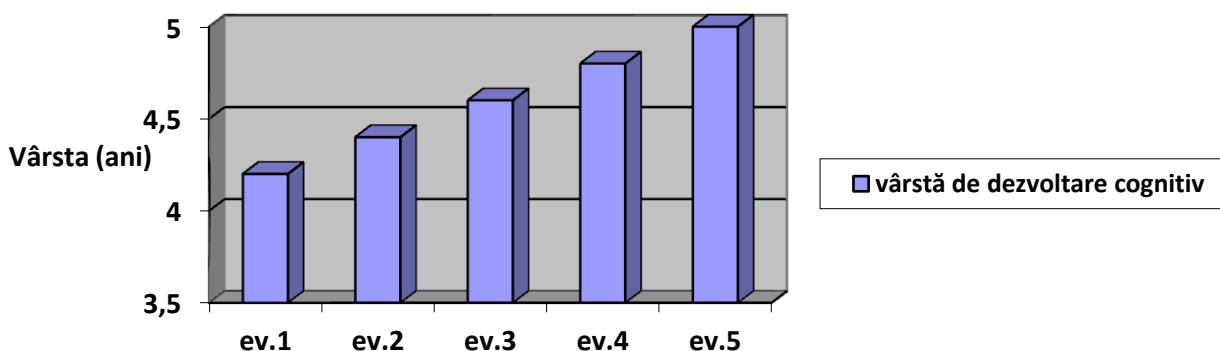


Figura 3.8.2. Evoluția cognitivă în urma intervenției terapeutice

Evoluția motricității în urma intervenției terapeutice

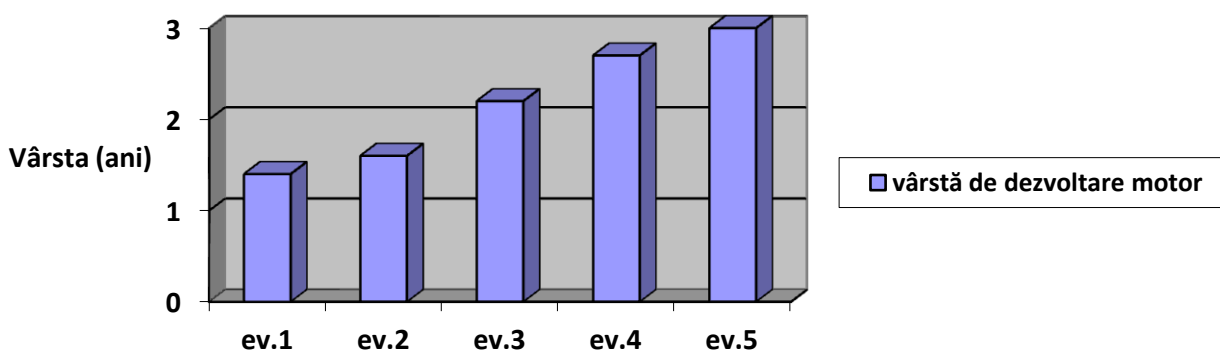


Figura 3.8.3. Evoluția motricității în urma intervenției terapeutice

La debutul terapiei , vârsta cronologică a lui A.D. era 6 ani și 1 lună iar vârsta de dezvoltare identificată era 3 ani și 8 luni . Iată deci o discrepanță nu foarte mare între cele două vârste.

În cursul terapiei evoluția vârstei de dezvoltare lent însă cu progrese sigure. Dacă la debutul terapiei diferența între vârsta cronologică și cea de dezvoltare era de 2 ani și 3 luni, la finalul terapiei aceasta se mărește puțin, ajungând la 3 ani și 3 luni. Evoluția este bună, A.D. prezintă un pronostic bun în cadrul dezvoltării ulterioare.

Evoluția vârstei cronologice comparativ cu vârsta de dezvoltare pe parcursul a doi ani de zile

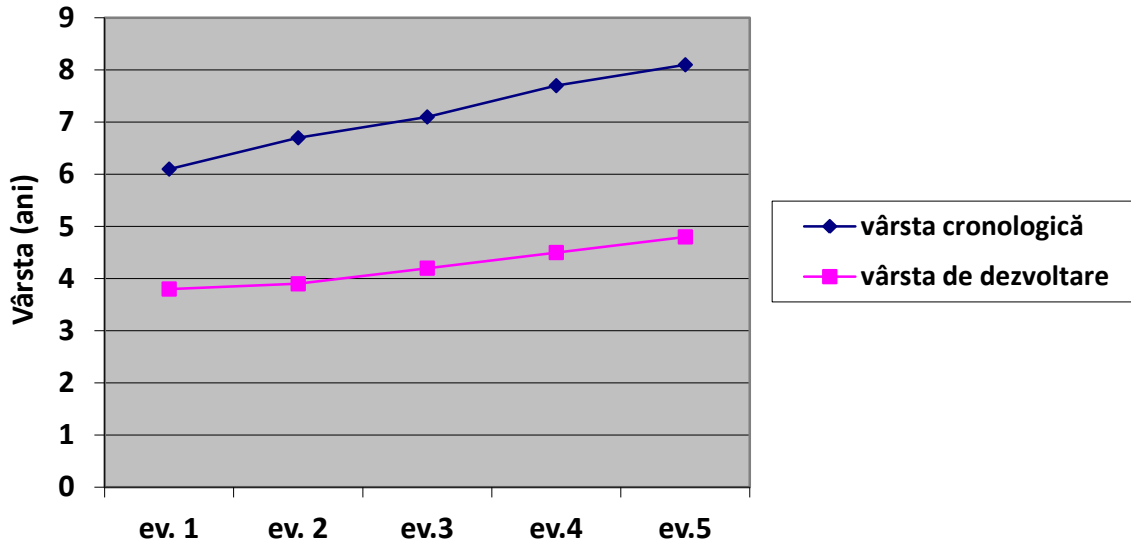


Figura 3.8.4. Evoluția vârstei cronologice comparativ cu vârsta de dezvoltare pe parcursul a doi ani de zile

Intervenția terapeutică s-a orientat în special pe achiziționarea de deprinderi din sfera cognitivului, autoservirii și motricității. Odată cu atingerea obiectivelor formulate se înregistrează și progresul în cadrul ariei comportamentale respective.

În ceea ce privește autoservirea, A.D. a pornit de la o vârstă de dezvoltare a autoservirii de 4 ani și 1 lună pentru ca la finalul terapiei să înregistreze o vârstă de dezvoltare de 5 ani .

Legat de comportamentul cognitiv, la debut, vârsta de dezvoltare era de 4 ani și 2 luni pentru ca la final să fie de 5 ani.

Dezvoltarea motorie este cea care a înregistrat valorile cele mai mici încă de la prima evaluare : 1 an și 4 luni. Tulburările din sfera motricității își pun amprenta asupra dezvoltării globale și interferează în cadrul oricărei activități funcționale. Se înregistrează totuși o evoluție, la final vârsta de dezvoltare motorie situându-se la nivelul a 3 ani. Trebuie menționat că acest avans a fost înregistrat în special în sfera motricității fine.

3.9. Studiul de caz numărul 9

- **Date de identificare :**

Numele și prenumele : N. S.

Data nașterii : 24.06.2003

Data debutului terapiei : ianuarie 2009

Beneficiar servicii ambulatorii de recuperare din cadrul Centrului de Plasament pentru Copilul cu Dizabilități Speranța Sibiu

- **Rezultate**

Evoluția autoservirii în urma intervenției terapeutice

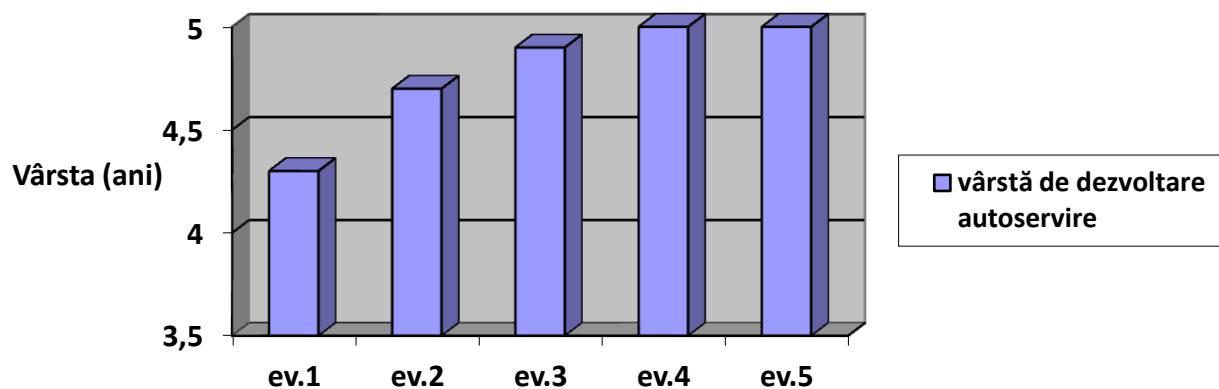


Figura 3.9.1. Evoluția autoservirii în urma intervenției terapeutice

Evoluția cognitivă în urma intervenției terapeutice

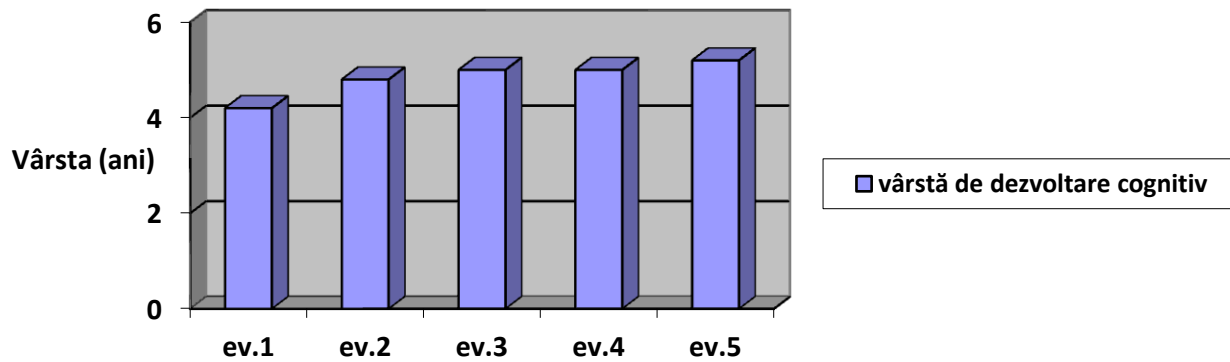


Figura 3.9.2. Evoluția cognitivă în urma intervenției terapeutice

Evoluția motricității în urma intervenției terapeutice

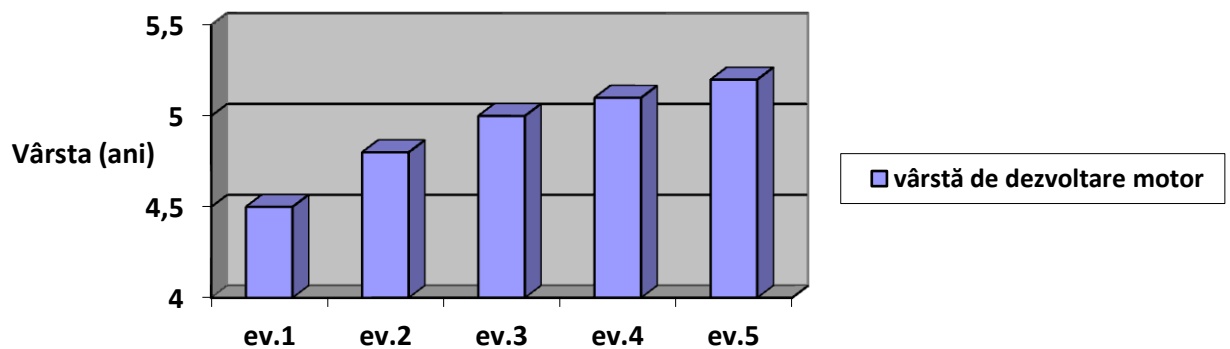


Figura 3.9.3. Evoluția motricității în urma intervenției terapeutice.

La debutul terapiei , vârsta cronologică a lui N.S. era 5 ani și 6 luni iar vârsta de dezvoltare identificată era 4 ani și 5 luni. Iată deci o discrepanță mică între cele două vârste.

În cursul terapiei evoluția vârstei de dezvoltare se face foarte lent, ducând astfel la mărirea întârzierii în dezvoltare.

Dacă la debutul terapiei diferența între vârsta cronologică și cea de dezvoltare era de 1 an și 1 lună, la finalul terapiei aceasta se mărește ajungând la 2 ani și 3 luni.

Toate obiectivele formulate au fost atinse, însă lentoarea în achiziții a dus la mărirea intervalului.

Evoluția vârstei cronologice comparativ cu vârsta de dezvoltare pe parcursul a doi ani de zile

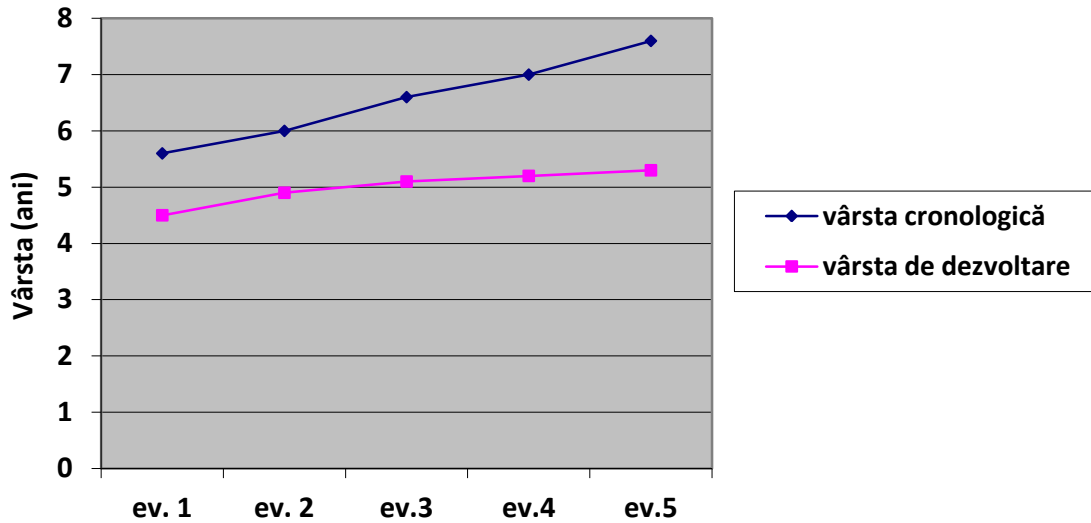


Figura 3.9.4. Evoluția vârstei cronologice comparativ cu vârsta de dezvoltare pe parcursul a doi ani de zile

Intervenția terapeutică s-a orientat în special pe achiziționarea de deprinderi din sfera cognitivului, autoservirii și motricității. Odată cu atingerea obiectivelor formulate se înregistra și progresul în cadrul ariei comportamentale respective.

În ceea ce privește autoservirea, N.S. a pornit de la o vârstă de dezvoltare a autoservirii de 4 ani și 3 luni pentru ca la finalul terapiei să înregistreze o vârstă de dezvoltare de 5 ani.

Legat de comportamentul cognitiv, la debutul terapiei, vârsta de dezvoltare era de 4 ani și 2 luni pentru ca la final să fie de 5 ani și 2 luni.

În ceea ce privește dezvoltarea motorie, vârsta de dezvoltare la debutul terapiei era de 4 ani și 5 luni pentru ca la final să fie 5 ani și 2 luni.

3.10. Studiul de caz numărul 10

- **Date de identificare:**

Numele și prenumele : A. A.

Data nașterii : 13.06.2003

Data debutului terapiei : ianuarie 2009

Beneficiar servicii ambulatorii de recuperare din cadrul Centrului de Plasament pentru Copilul cu Dizabilități Speranța Sibiu

- **Rezultate**

Evoluția autoservirii în urma intervenției terapeutice

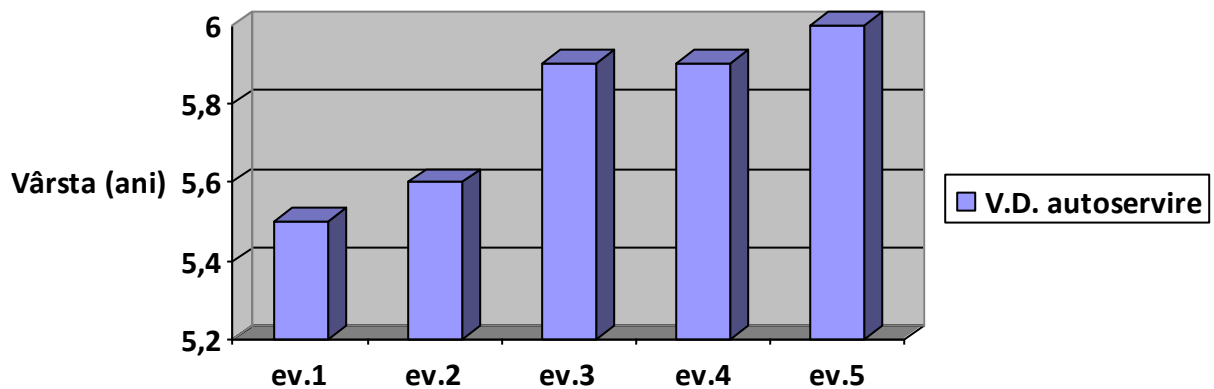


Figura 3.10.1. Evoluția autoservirii în urma intervenției terapeutice

Evoluția cogniției în urma intervenției terapeutice

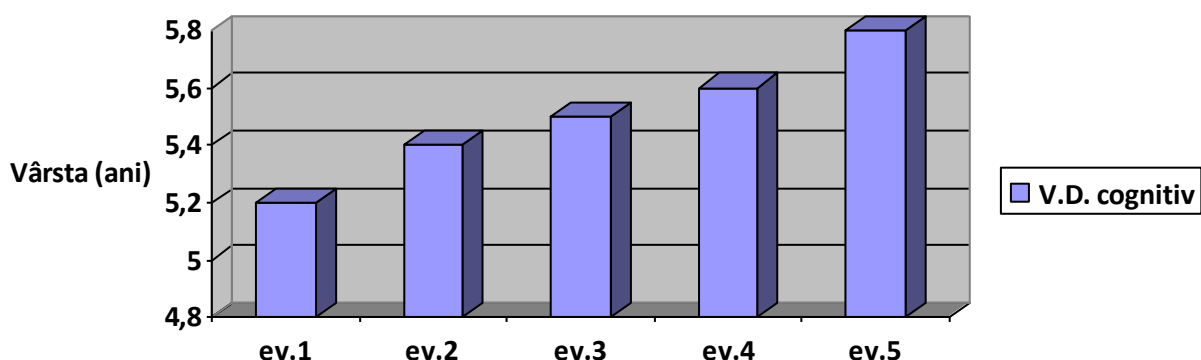


Figura 3.10. 2. Evoluția cogniției în urma intervenției terapeutice

Evoluția motricității în urma intervenției terapeutice

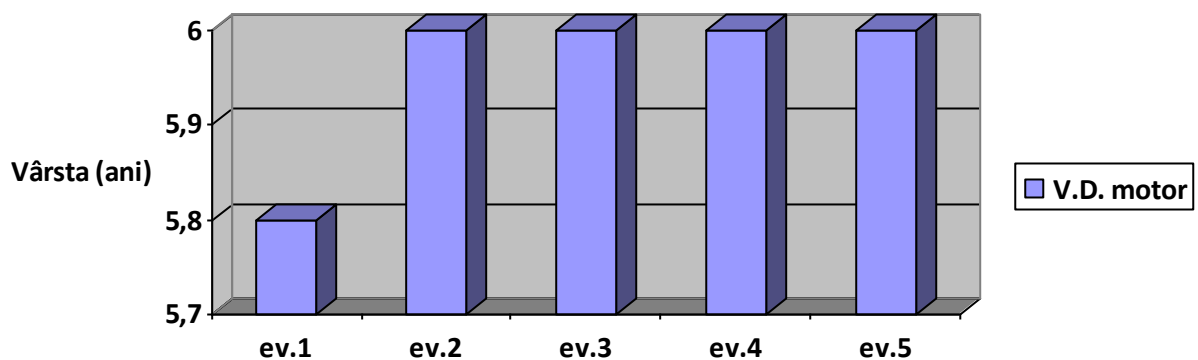


Figura 3.10.3. Evoluția motricității în urma intervenției terapeutice

La debutul terapiei , vârsta cronologică a lui A.A. era 5 ani și 6 luni iar vârsta de dezvoltare identificată era 4 ani și 8 luni. Întârzierea în dezvoltare nu era marcantă și era dată de fapt de întârzierea existentă în cadrul limbajului.

În cursul terapiei vârsta de dezvoltare se face foarte lent, iar la finalul terapiei întârzierea în dezvoltare este mai pregnantă.

Dacă la debutul terapiei diferența între vârsta cronologică și cea de dezvoltare era de 10 luni, la finalul terapiei aceasta se mărește ajungând la 2 ani și 3 luni. Deși toate obiectivele terapeutice au fost realizate, dezvoltarea s-a făcut foarte lent.

Evoluția vârstei cronologice comparativ cu vârsta de dezvoltare pe parcursul a doi ani de zile

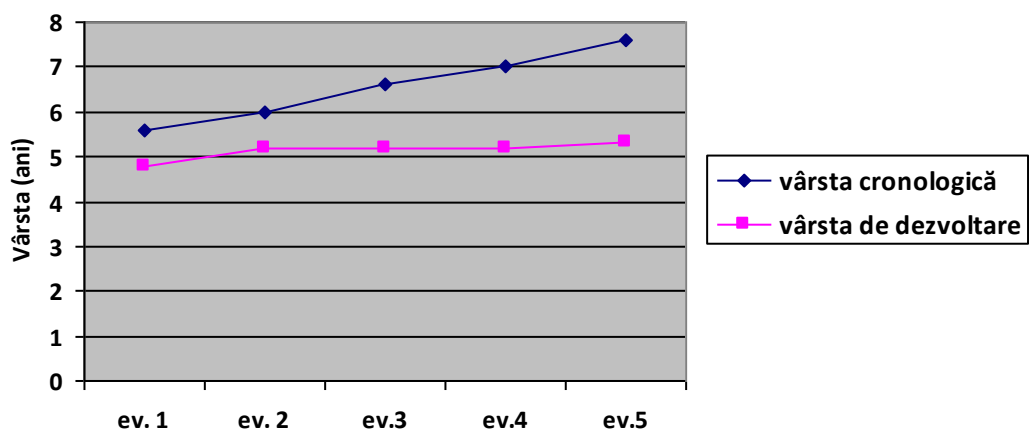


Figura 3.10.4. Evoluția vârstei cronologice comparativ cu vârsta de dezvoltare pe parcursul a 2 ani

Intervenția terapeutică s-a orientat în special pe achiziționarea de deprinderi din sfera cognitivului, autoservirii și motricității. Odată cu atingerea obiectivelor formulate se înregistra și progresul în cadrul ariei comportamentale respective. În ceea ce privește autoservirea, A.A. a pornit de la o vârstă de dezvoltare a autoservirii de 5 ani și 5 luni pentru ca la finalul terapiei să înregistreze o vârstă de dezvoltare de 6 ani. Legat de comportamentul cognitiv, la debut, vârsta de dezvoltare era de 5 ani și 2 luni pentru ca la final să fie de 5 ani și 8 luni. Dezvoltarea motorie era situată la vârsta de dezvoltare 5 ani și 8 luni iar la finalul terapiei la 6 ani.

CAPITOLUL 4 - CONCLUZII ȘI DISCUȚII

4.1. Discutarea rezultatelor

Teoria de la care s-a pornit în realizarea celor zece studii de caz menționa că intervenția prin terapie ocupațională la copiii cu paralizie cerebrală duce la recuperarea anumitor resturi funcționale în sferile de dezvoltare .

Ce am promovat și obținut la acești copii prin intermediul terapiei ocupaționale ?

În primul rând, prin obiectivele terapeutice formulate, am permis sau facilitat copiilor participarea la activitățile zilnice.

Formulând aceste obiective terapeutice, am oferit de fapt copiilor activități cu scop care au promovat la rândul lor starea de bine în toate aspectele vieții de zi cu zi.

Atingerea obiectivelor terapeutice formulate a dus la achiziționarea unor comportamente noi care au produs o creștere a vârstei de dezvoltare. Această creștere indică recuperarea anumitor resturi funcționale în sferile de dezvoltare. Orice avans în cadrul vârstelor de dezvoltare se reflectă în gradul de funcționalitate al copilului.

În tabelul de mai jos se va evidenția modificarea vârstei de dezvoltare pentru fiecare subiect al cercetării. Această modificare survine în urma atingerii obiectivelor terapeutice formulate pentru fiecare caz în parte.

Tabelul 4.1.

Modificări constatate în cadrul vârstei de dezvoltare

Numele	V.D. – ianuarie 2009	V.D. – decembrie 2010
N. S.	4,5 ani	5,3 ani
A. A.	5 ani	5,3 ani
A. D.	3,8 ani	4,8 ani
C. P.	4,8 ani	5,4 ani
R. S.	2,3 ani	3,6 ani
D. M.	3,3 ani	4,9 ani
N. O.	4,3 ani	5,9 ani
F. A.	3,8 ani	4,9 ani
C. A.	5,1 ani	5,5 ani
T. N.	8,8 ani	10,3 ani

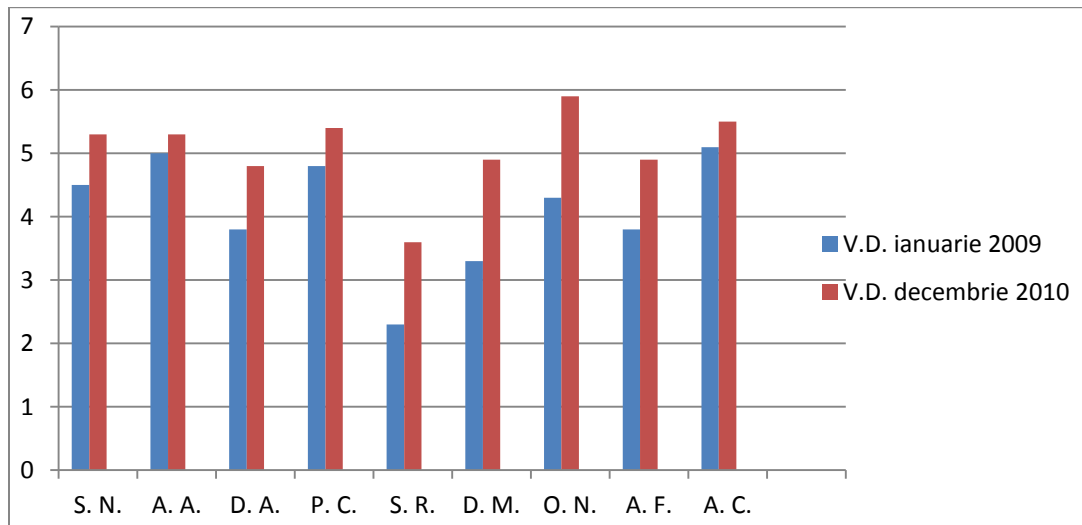


Figura 4.1. Grafic comparativ - Vârsta de dezvoltare la debutul intervenției și la finalul intervenției

S-ar putea spune că diferențele sunt mici pentru cei doi ani de zile în care s-a realizat intervenția terapeutică, însă progresele la un copil cu dizabilități, mai ales având diagnosticul –paralizie cerebrală se fac foarte lent, iar ochiul unui necunoscător abia dacă le sesizează.

Avansul în ceea ce privește dezvoltarea pe achiziții se face lent și disproporționat față de avansul cronologic.

Nu ne putem asuma tot meritul în ceea ce privește modificarea vârstei de dezvoltare deoarece cazurile prezentate au avut parte de o abordare multidisciplinară, fiecare dintre copii beneficiind și de alte terapii recuperatorii (logopedie, educație specială, kinetoterapie, balneofizioterapie, stimulare senzorială).

Paralizia cerebrală presupune în majoritatea cazurilor o dezvoltare inegală a ariilor comportamentale (în funcție de zona afectată). De aceea sunt copiii cu o afectare motorie severă, dar care au însă o dezvoltare intelectuală apropiată de normal, sau sunt copii care au o afectare motorie minoră, dar care au afectat limbajul și procesele psihice. Cazuistica este foarte variată și de aceea s-a ales folosirea metodei studiului de caz. Fiecare caz este unic și intervenția este diferită. Terapia ocupațională abordează de fapt individul și nu diagnosticul. Au fost 10 copii care aveau în comun aceeași patologie, însă obiectivele terapeutice formulate au fost diferite,

adaptările de mediu de care nu toți au avut nevoie, au fost de asemenea diferite, afectările lor au fost diferite, și rezultatele obținute au fost de asemenea diferite.

Motivația de a realiza acest studiu a pornit de la dorința de a expune științific anumite observații din practică și de a aduce pe această cale o contribuție prin realizarea unor modele de bună practică.

Nivelului de funcționare al fiecărui copil, a fost dezvoltat pe parcursul intervenției terapeutice, reușindu-se îmbunătățirea încrederii în forțele proprii ale copilului. O observație pertinentă legată de încrederea în sine la acești copii se referă la un tipar observat : părinții obișnuiesc să ofere o protecție exagerată copilului, ajungând să facă pentru copil și nu împreună cu copilul. Această abordare greșită duce la un grad de independență scăzut precum și la o stimă de sine scăzută. Obiectivele fixate în sfera autoservirii au evidențiat că acești copii sunt capabili să achiziționeze comportamente legate de hrănirea independentă, folosirea cuțitului, realizarea unei sarcini gospodărești simple.

Consider că terapia ocupațională este o intervenție potrivită acestei patologii deoarece abordează atât problemele fizice cât și cele psihice. Spre deosebire de kinetoterapie care uită aspectul psihologic, concentrându-se doar pe reabilitarea fizică sau de psihopedagogia specială care pare să nu ia întotdeauna în calcul problemele anatomice și funcționale ale membrului superior, terapia ocupațională este cea care are în vedere toate aceste aspecte. Este foarte important ca intervenția terapeutică să debuteze cât mai timpuriu în cadrul vârstei cronologice. Cu cât terapia de recuperare începe mai repede, cu atât dezvoltarea va progresa mai bine.

4.2. Valoarea, limitele și perspectivele investigațiilor

- **Valoarea cercetării**

Cercetarea are o valoare metodologică datorită modului de concepere și realizare a studiilor de caz . Acestea sunt bazate pe proiecte terapeutic- recuperatorii-compensatorii personalizate.

Cercetarea are un evident caracter practic –aplicativ privind recuperarea copilului cu paralizie cerebrală prin aplicarea terapiei ocupaționale.

Terapia ocupațională nu are numai o valoare psihologică. Ea contribuie la recuperarea psihosomatică a copilului. Copilul care obosește repede repetând de mai multe ori aceeași mișcare, ajunge să o poată face și sub formă de joc fără a mai obosi. Terapeutul ocupațional trebuie să poată prelungi acțiunea kinetoterapeutului, să vegheze la desfășurarea unor activități variate și eficiente.

Terapia ocupațională este îndreptată spre câștigarea autonomiei copilului, a abilității acestuia de a se autoservi sub toate aspectele și asigurarea unei autonomii cât mai largi.

Scopul terapiei ocupaționale este pregătirea progresivă și rațională a copilului pentru activități cotidiene cu un grad cât mai mare de independență, educarea generală a copilului și a familiei acestuia pentru a ști cum să se poarte cu un copil cu dizabilități și cum să contribuie la educația acestuia.

În privința activităților normale, copilului trebuie să i se confere, libertatea gesturilor, deplasării și apucării de obiecte, în scopul de a i se dezvolta psihomotricitatea. Copilul are nevoie să vadă, să pipăie, să manevreze obiecte cât mai diverse.

În toate activitățile de terapie ocupațională, folosirea jocurilor este primordială. Jocul contribuie la dezvoltarea tuturor simțurilor, a afectivității, inteligenței, psihomotricității, sensibilității; jocurile îl pregătesc pe copil pentru relațiile sociale și îl pun în contact cu artele, cu condiția ca jocurile alese pentru el să fie în concordanță cu posibilitățile restante, ca urmare a deficienței, și să aibă un caracter formativ.

În cazul copiilor deficienți motor toate aceste deprinderi ale unor activități legate de alimentație, vestimentație și viață cotidiană, inclusiv jocurile, se fac cu cât mai mult posibil prin renunțarea la fotolii rulante, cârje sau aparate ortopedice. Contactul cu lumea exterioară este o altă etapă, foarte importantă, în terapia copilului cu dizabilități. Acest contact cu natura, cu plantele, cu animalele îl ajută să se maturizeze și îl îmbogățesc, determinând un anumit progres afectiv și psihomotor.

În concluzie, în proiectarea activităților de terapie ocupațională destinate copiilor cu dizabilități se va ține seama în primul rând de tipul și profunzimea deficienței acestora precum și de necesitatea pregătirii acestora pentru meserii accesibile categoriei de deficiență din care fac parte.

- **Limitele cercetării**

Limitele cercetării sunt legate de alegerea studiului de caz ca metodă de cercetare. Rezultatele obținute nu au valoare statistică și drept urmare nu se pot generaliza .

Se recomandă extinderea cercetării de față, prin alegerea unui eșantion care să fie semnificativ din punct de vedere statistic.

Informațiile care alcătuiesc evaluarea trebuie să provină și din observația copilului în alte contexte (acasă, școală, loc de joacă) și nu doar în mediul clinic. Datorită unor impedimente de ordin obiectiv, acest gen de observație nu s-a putut realiza decât în mediul clinic.

O altă limitare este legată de generalizarea comportamentelor învățate. Această generalizare se realizează prin extinderea la alte contexte sau la alte persoane. Astfel, dacă copilul a învățat în mediul terapeutic să realizeze un puzzle, acest comportament trebuie să fie generalizat prin executarea lui acasă , la grădiniță, împreună cu prietenii de joacă , educatoarea sau părinții. Deși au fost făcute recomandări părinților în acest sens, a fost dificil de surprins dacă această generalizare s-a produs. Un comportament nou, poate fi generalizat dacă este menținut pentru o perioadă mai lungă de timp, în contexte diferite.

O altă limitare a fost legată de vârsta subiecților, pentru că în literatura de specialitate se vorbește despre eficiența unor programe de intervenție timpurie. Cu cât intervenția începe mai devreme cu atât mai multe vor fi achizițiile învățate. De asemenea timpul alocat intervenției (2 ședințe a câte 40 minute) pe săptămână nu este suficient , însă motivele sunt legate de timp și costuri.

- **Perspectivile cercetării**

Observații interesante și care ar putea reprezenta ipoteze de cercetare pentru studii viitoare, au fost făcute în ceea ce privește relația dintre dezvoltarea motorie și gradul de implicare în realizarea de activități . Cu cât afectarea motorie este mai severă, cu atât mai greu este pentru subiect să se implice în realizarea unor activități . Afectările de tonus ale musculaturii care pot fi de natură spastică sau hipotonă influențează postura, iar o poziție anormală îngreunează sau chiar face imposibilă implicarea în activitate. De asemenea afectarea musculaturii membrelor superioare precum și pozițiile patologice ale mâinii caracteristice în boli neurologice îngreunează realizarea de activități cu scop. Se poate lua ca exemplu unul dintre studiile de caz prezentate – T. N. , la care dezvoltarea intelectuală este în limitele normalului, dar cu o afectare motorie spastică, generalizată la nivelul întregului corp. Chiar dacă intelectual, T.N. este capabilă de a realiza foarte multe activități, comanda motorie a acestora este de multe ori greu de realizat.

Terapia ocupațională la copil include orice joc sau orice activitate atrăgătoare care poate contribui la formarea sau ameliorarea sa fizică și psihică.

Factorii de care trebuie să se țină cont în alegerea activităților de terapie ocupațională sunt: vârsta, sexul, afecțiunea, gradul și localizarea leziunii, scopul urmărit, efectele terapiei ocupaționale asupra funcționalității, preocupările și aptitudinile subiectului pentru acest gen de terapie (A. Popescu, 1993).

În sens restrâns, scopul terapiei ocupaționale cu privire la copil este acela de a-l ajuta să se adapteze mediului, de a crea o atmosferă propice dezvoltării capacităților funcționale, în sensul de a face ca această activitate să devină controlată, în limitele permise de deficiența sa.

Programul de activități trebuie să fie astfel ales încât să ofere copilului satisfacție personală și, în același timp, să îi permită o reîntoarcere progresivă la un anumit grad de independență. În cazul copilului imobilizat, terapeutul va căuta jocuri ce se adaptează la poziția copilului, la limitarea mișcărilor, jocuri ce evită obosirea lui sau limitarea timpului de joc.

Bibliografie selectivă

American Occupational Therapy Association (AOTA) (1994)- Uniform terminology for occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 48, 1046-1054

- Bruner , J. (1973) – *The relevance of education* , New York: Norton
- Carlson , M; Clark, F. (1991) – The search for useful methodologies in occupational science. *American Journal of Occupational Therapy*, 45, 235-241
- Coster, W. (1998) – Occupation-centred assessment of children. *American Journal of Occupational Therapy*, 52, 337-344
- Clark, F., Wood, W., și Larson, E.A. (1998). Occupational science : Occupational therapy's legacy for the 21st century. În M. Neistadt, și E. Crepeau (Eds.), *Willard and Spackman's occupational therapy*, Philadelphia : Lippincott
- Dan M. (2005) – *Introducere în terapia ocupațională*, Ed. Universității din Oradea, Oradea
- David D. (2006) – *Metodologia cercetării clinice* , Ed. Polirom, Iași
- Heilman, K.; Valenstein, E. (2003)- *Clinical neuropsychology*, (4th edition), New-York: Oxford University Press Ed
- Holahan, C. J. (1986)- Environmental psychology. *Annual Review of Psychology*, 36, 381-407.
- Holt, K. (1975) – Movement and child development. *Clinics in Developmental Medicine*, 55, 2-5
- Hooper, B. (2006) – Epistemological transformation in occupational therapy: Educational implications and challenges, *Occupational Therapy Journal of Research*, 26:1,15-24
- Kasar, J. ; Muscari, M. (2000)- A conceptual model for the development of professional behaviours in occupational therapists. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 67:1, 42-50.
- Gilfoyle, E., Grady, A., Moore, J. (1990) – *Children Adapt : a theory of sensorimotor –sensory development* , , New Jersey: SLACK Incorporated
- http://www.wfot.org/office_files_/About_occupational_therapy.pdf, ultima accesare iunie 2008
- http://www.wfot.org/office_files/Board_of_Occupational_Therapy/Functional_Analysis_and_Records_Disposition_Authority_2007, ultima accesare iunie 2008
- http://www.wfot.org/officefiles/Definitions_of_occupational_therapy_from_members_countries/2005, ultima accesare iunie 2008
- http://enothe.hva.nl/Description_of_Occupational_Therapy_Education_in_Europe, 2007, ultima accesare iunie 2008
- <http://www.mmssf.ro/website/ro/CORn/E.pdf> , ultima accesare iunie 2008

- [http://www.wfot.org/office_files/occupational_therapists_working_in_mental_health/The Atlas Project](http://www.wfot.org/office_files/occupational_therapists_working_in_mental_health/The_Atlas_Project), ultima accesare iunie 2008
- http://www.enothe.hva.nl/edu/facts_and_figures.htm , ultima accesare iunie 2008
- <http://whqlibdoc.who.int/publications/2001/9241545429.pdf>, ultima accesare iunie 2008
- <http://www.who.int/icidh>, accesat în martie 2008
- <http://aota.org/com> - ultima accesare ,septembrie, 2009
- <http://wfot.org/com> - ultima accesare, ianuarie 2008
- <http://cotec/com> - ultima accesare, ianuarie 2009
- <http://enothe/com> - ultima accesare , ianuarie 2009
- <http://caot/ca> - ultima accesare , ianuarie 2009
- Lederer, J. M. (2007) – Disposition toward critical thinking among occupational therapy students. *American Journal of Occupational Therapy*, 61, 519-526
- Levine, R. (1986)- Historical research: Ordering the past to chart our future. *Occupational Therapy Journal of Research*, 6, 32-42
- Line, J. (1969)- Case method as a scientific form of clinical thinking. *American Journal of Occupational Therapy*, 23, 308-313
- Llorens, L. A. (1970) – Facilitating growth and development : *The promise of occupational therapy*. *American Journal of Occupational Therapy*, 24, 93-101
- Meyer, A. (1922) – The philosophy of occupational therapy. *Archives of Occupational Therapy*, 1, 1-10
- Miclea M. (2003)- *Psihologie cognitivă* , Ed. Polirom, Iași
- Molke , D.; Laliberte-Rudman, D.; Polatajko, H. (2004) – The promise of occupational science: A developmental assessment of an emerging academic discipline. *The Canadian Journal of Occupational Therapy* , 71:5, 269- 281.
- Morse, J. M. (1997)- *Considering theory derived from qualitative research*, California: Sage Ed.
- Mosey , A. (1970) – *Three frames of reference for mental health* , New Jersey: Slack Ed.
- Musu ,I.; Taflan, A. (coord.) (1997) – *Terapia educațională integrată* , Ed. Pro Humanitate, București
- Nelson, D. L. (1988)- Occupation : Form and performance. *American Journal of Occupational Therapy*, 42, 633-641

- Pedretti , L. W. (2006) – *Occupational therapy : Practice skills for Physical dysfunction* (6th edition), Missouri: Mosby Ed. (Elsevier)
- Piaget , J. (1952)- *The origins of intelligence in children*, New-York: International Universities Press
- Polatajko, H. (2004) – Occupational therapy research: a synergy between two sciences. *Occupational Therapy Journal of Research*, 24:4, 122
- Polatajko, H.; Davis, J. ; Hobson, S.; Landry, J. (2004) – Meeting the responsibility that comes with the privilege: Introducing a taxonomic code for understanding occupation, *The Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71: 5, 261-264
- Preda V. (2006) - *Terapii prin mediere artistică* , Presa Universitară Clujeană, Cluj-Napoca
- Preda V. (coord.) (2007) – *Elemente de psihopedagogie specială*, Ed. Eikon, Cluj-Napoca
- Reed, K. L. (1984) – *Models of practice in occupational therapy*, Baltimore: Williams and Wilkins Ed.
- Sbenghe ,T. (1987) – *Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare*, Ed. Medicală, București
- Seig, K. W. (1974)- Applying the behavioral model to the occupational therapy model. *American Journal of Occupational Therapy*, 28, 421-428
- Slater, A. ; Muir, D. (2001) – *Developmental psychology*, Oxford: The Blackwell Reader Ed.
- Strong, J. (2003) – Seeing beyond the clouds: Best practice occupational therapy. *The Canadian Journal of Occupational Therapy*, 70: 4, 197-199
- Turpin, M. (2007)- Recovery of our phenomenological knowledge in occupational therapy. *The American Journal of Occupational Therapy*, 61:4, 469- 473.
- Verza , E. (1994) – *Psihopedagogia specială*, Ed. Didactică și Pedagogică, București
- Vlad – Popovici . D. (coord.)(2005)- *Terapie ocupațională pentru persoane cu deficiențe*, Ed. Muntenia, Constanța
- White, R. W. (1971) – The urge toward competence. *American Journal of Occupation Therapy*, 25, 271-274
- Wicker, A. W. (1979) – *An introduction to ecological psychology*, Cambridge: Cambridge University Press
- Willard and Spackman's (2008) – *Occupational therapy*, Philadelphia: Lippincot Williams &Wilkins Ed.

Williamson, G. (1982) – A heritage of activity: Development of theory. *American Journal of Occupational Therapy*, 36, 716-722

Yin R. K. (2005)- *Studiul de caz* , Ed. Polirom, Iași

