

**ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД  
«УКРАЇНСЬКИЙ КАТОЛИЦЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

Факультет наук про здоров'я  
Кафедра фізичної терапії та ерготерапії

Магістерська робота  
на тему:

**Формування навичок самостійного одягання у осіб після перенесеної  
травми шийного відділу спинного мозку**

**Виконала:**

студентка 6-го курсу, групи ЗФТ18/М  
Спеціальності фізична терапія, ерготерапія  
Кузьо Тетяна Вікторівна

**Науковий керівник:**

К.н.з фіз. виховання та спорту  
Рокошевська Віра Вікторівна

---

Роботу рекомендовано до захисту на  
засіданні кафедри фізичної терапії та  
ерготерапії

Протокол № 9 від «12» травня 2020 р.

Зав. кафедри \_\_\_\_\_

Львів 2020

### Анотація

**Кузьо Т. В. Формування навичок самостійного одягання у осіб після перенесеної травми шийного відділу спинного мозку** – магістерська робота зі спеціальності 227. Фізична терапія, ерготерапія – Український католицький університет, Львів, 2020 р.

В роботі розглядаються можливості самостійного одягання особами після перенесеної травми шийного відділу спинного мозку з використанням модифікованих методик. На основі проведеного попереднього анкетування було виявлено основні моменти, які впливають на формування навички самостійного одягання у даної категорії людей. Був розроблений посібник з рекомендаціями, який включав методики одягання і роздягання з покроковим описанням. Після застосування цих методик було виявлено покращення у виконанні самостійного одягання та збільшення рівня задоволення виконанням. Це дає змогу говорити про можливість використання розробленого посібника для формування навички самостійного одягання у осіб після перенесеної травми шийного відділу спинного мозку.

**Ключові слова:** ерготерапія, травма шийного відділу спинного мозку, активність повсякденного життя, самостійне одягання, рекомендації.

### Anotation

**Kuzo T.V. Formation of self-dressing skills in persons with cervical spinal cord injury** - Master's thesis in Specialty 227. Physical therapy, occupational therapy - Ukrainian Catholic University, Lviv, 2020.

Possibilities of self-dressing of persons with cervical spinal cord injury using modified techniques are considered in the thesis. Based on the preliminary questionnaire, the main points that influence the formation of self-dressing skills in this category of people were identified. A recommendation manual was developed that included techniques of step-by-step dressing and undressing. Using these techniques were detected improvements in self-dressing performance and increased satisfaction. This makes it possible to speak about the possibility of using the developed manual for forming the self-dressing skills in persons with cervical spinal cord injury.

**Keywords:** occupational therapy, cervical spinal cord injury, activities of daily life, self-dressing, recommendations.

## ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ .....	4
ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ НАВИЧКИ САМОСТІЙНОГО ОДЯГАННЯ У ОСІБ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОЇ ТРАВМИ СПИННОГО МОЗКУ . 8	8
1.1. Поняття травми спинного мозку та анатомія спинного мозку .....	8
1.2. Втручання ерготерапевта при травмі спинного мозку.....	18
1.3. Одягання осіб після перенесеної травми спинного мозку .....	22
1.4. Висновок до розділу 1 .....	32
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	34
2.1. Методи дослідження .....	34
2.2. Організація дослідження.....	38
РОЗДІЛ 3. МОДИФІКОВАНІ МЕТОДИКИ САМОСТІЙНОГО ОДЯГАННЯ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЇХ ВПРОВАДЖЕННЯ .....	39
3.1. Визначення факторів, які впливають на самостійне одягання та користування одягом.....	39
3.2. Модифіковані методики самостійного одягання осіб після перенесеної травми шийного відділу спинного мозку .....	44
3.3. Визначення рівня функціональних можливостей .....	56
3.4. Ефективність методик самостійного одягання.....	60
ВИСНОВКИ .....	67
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ: .....	69
ДОДАТКИ .....	77

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

Vx – верхній (використовується у значенні «верхня частина тіла»).

МКФ – Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я.

H – нижній (використовується у значенні «нижня частина тіла»).

СМ – спинний мозок.

ADLs – activities of daily living – активності повсякденного життя.

ASIA – American Spinal Injury Association - Американська асоціація травми спинного мозку.

C – від лат. collum — «шия» – позначається шийний відділ спинного мозку.

COPM – Canadian occupational performance measure - Канадська оцінка виконання діяльності.

IADLs – instrumental activities of daily living – інструментальні активності повсякденного життя.

ISNCSCI – International Standards for Neurological Classification of SCI  
Міжнародний стандарт неврологічної класифікації ураження спинного мозку.

FIM – Functional Independence Measure – оцінка функціональної незалежності.

L – від лат. lumbus — «поперек» – позначається поперековий відділ спинного мозку.

MMT – Manual Muscle Testing – мануальне м'язове тестування.

S – від лат. sacrum — «криж» – позначається крижовий відділ спинного мозку.

T – від лат. thorax — «грудна клітка» – позначається грудний відділ спинного мозку.

SCIM – Spinal Cord Independence Measure - Тестування функціональних можливостей пацієнта.

## ВСТУП

За даними Всесвітньої організації охорони (2013) здоров'я щорічно в світі травму спинного мозку отримують від 250 тис. до 500 тис. людей.

Ушкодження шийного відділу спинного мозку може призвести до тяжких фізичних та психоемоційних наслідків, інвалідизації. Порушуються функції верхніх та нижніх кінцівок, зникає чутливість нижче рівня ураження, виникає дисфункція сечового міхура та кишківника (Maynard та ін., 1997). Самообслуговування для цих осіб стає досить енерго- та часозатратним або й взагалі неможливим (Harrast, 2005; Schönherr та ін., 2005). Одягання є частиною щоденного процесу самообслуговування – активності повсякденного життя (Mlinac і Feng, 2016; Mosby, 2013). Більш високий рівень ураження спинного мозку супроводжується більшою кількістю проблем, пов'язаних з вибором і користуванням одягом (Howe, 2012; Laleh та ін., 2015). Але опанування навички самостійного одягання у осіб після перенесеної травми шийного відділу спинного мозку позитивно впливає на задоволеність життям (Ide-Okochi та ін., 2013; Ramezani і Mazraeh, 2018; van Leeuwen та ін., 2012). Необхідність навчання самостійному одяганню осіб після перенесеної травми шийного відділу спинного мозку відмічають і в Україні (Крук, 2006 та ін.), але наукових праць на цю тему поки немає.

Відповідно, актуальною є необхідність визначити фактори, що впливають на формування навички самостійного одягання у осіб після перенесеної травми шийного відділу спинного мозку, враховуючи культурні, економічні, соціальні особливості нашої країни та розробити рекомендації щодо підбору одягу та покрокового одягання-роздягання для цієї категорії людей. Наступне виконання розроблених рекомендацій стане одним з кроків до покращення виконання активностей повсякденного життя, соціалізації та повернення до роботи. Що в кінцевому результаті зможе забезпечити досить високу якість їхнього життя, а саме це - є метою реабілітації. Крім того, повернення людей до професійної діяльності є економічно вигідним для держави.

**Мета дослідження:** Розробити та апробувати методику самостійного одягання для осіб після перенесеної травми шийного відділу спинного мозку.

**Завдання роботи:**

1. На основі літературних джерел вивчити та проаналізувати можливі фактори, що впливають на самостійне одягання у осіб після перенесеної травми шийного відділу спинного мозку та існуючі методики самостійного одягання;
2. Дослідити проблемні моменти, які виникають у осіб після перенесеної травми шийного відділу спинного мозку в українських реаліях.
3. Розробити посібник з методиками самостійного одягання для осіб після перенесеної травми шийного відділу спинного мозку.
4. Апробувати ефективність представлених в посібнику методик самостійного одягання для осіб після перенесеної травми шийного відділу спинного мозку в умовах України.

**Об'єкт дослідження:** відновлення активностей повсякденного життя осіб після перенесеної травми спинного мозку.

**Предмет дослідження:** самостійне одягання осіб зрілого віку з повним ураженням шийного відділу спинного мозку.

**Методи дослідження:**

1. Теоретичний аналіз та узагальнення даних літературних джерел;
2. Анкетування;
3. Клінічно-інструментальні методи (SCIM-III самооцінювання, COPM);
4. Методи математичної статистики.

**Наукова новизна:** вперше розроблено практичні методичні рекомендації для формування навички самостійного одягання у осіб після перенесеної травми шийного відділу спинного мозку в Україні;

**Практичне значення** дослідження полягає в застосуванні методик самостійного одягання модифікованим способом особами після перенесеної травми шийного відділу спинного мозку для формування або покращення навички самостійного одягання, які можуть використовувати безпосередньо особи після перенесеної травми спинного мозку, їх родичі, ерготерапевти та

помічники ерготерапевта, як в домашніх умовах, так і під час реабілітації в стаціонарних умовах.

**Шляхи впровадження:** посібник з методичними рекомендаціями

## **РОЗДІЛ 1. ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ НАВИЧКИ САМОСТІЙНОГО ОДЯГАННЯ У ОСІБ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОЇ ТРАВМИ СПИННОГО МОЗКУ**

### **1.1. Поняття травми спинного мозку та анатомія спинного мозку**

Травма спинного мозку - це пошкодження спинного мозку, що призводить до втрати чутливості і рухового контролю (переклад наш – Т.К.: Gale Encyclopedia of Medicine. 4th ed., 2011).

До механізмів отримання травми спинного мозку відносять дорожньо-транспортні пригоди, падіння (як з великої висоти, так і з висоти власного росту), насильство (в тому числі з використанням вогнепальної зброї), травми під час занять спортом (дайвінг, гімнастика, регбі). При цьому в різних країнах переважають ті, чи інші механізми, що пов'язане з їх географічними та культурними особливостями (Hagen, Rekand, Gilhus, Grønning, 2012). Виділяють наступні клінічні форми ураження спинного мозку: струс, забій, стиснення, гематомієлія, розтрощення із частковим порушенням анатомічної цілісності чи з переривом спинного мозку, крововилив (епідуральний, субдуральний, субарахноїдальний). Неврологічна симптоматика в залежності від клінічної форми може як регресувати (наприклад, струс), так і мати відсутній прогрес у відновленні (Полищук, Корж, Фищенко, 2001). Точного реєстру осіб після перенесеної травми спинного мозку в Україні немає. Але у зв'язку з військовими діями на сході країни можна говорити про збільшення їх кількості.

Спинний мозок складається з 31-32 сегментів: 8 шийних, 12 грудних, 5 поперекових, 5 крижових, 1-2 куприкових та знаходиться в хребтовому каналі. Кількість сегментів спинного мозку не відповідає кількості хребців. Хребет складається з 33-34 хребців: 7 шийних, 12 грудних, 5 поперекових, 5 крижових (зростаються і утворюють крижову кістку) та 3-5 куприкових (Синельников Р.Д., Синельников Я. Р., 1996). Крім того, через нерівномірний ріст спинний мозок є коротшим за хребет. Відповідність в нумерації між сегментами спинного мозку



і хребцями зберігається до рівня третього шийного хребця, нижче є зміщення сегментів. Так на рівні IV шийного хребця знаходиться 5 шийний сегмент, на рівні III грудного хребця — 5 грудний сегмент, поперекові сегменти – на рівні трьох нижніх грудних хребців, і крижові — XII грудного і I поперекового хребців. Нижче закінчення спинного мозку в хребтовому каналі знаходяться корінці сегментів поперекового і крижового відділів, утворюючи «кінський хвіст» (Триумфов, 2007). Надалі говорячи про рівень ураження буде використовуватися нумерація сегментів спинного мозку, а не хребців, таким чином, вказуючи на неврологічний рівень ураження.

Спинний мозок забезпечує рефлекторну діяльність, без участі головного мозку (замикання рефлекторної дуги на рівні відповідного сегменту), та провідникову функцію, яка полягає у проведенні нервових імпульсів від головного мозку до периферичних відділів нервової системи і навпаки: низхідні (рухові) та висхідні (чутливі) шляхи (Агаджанян, 2001). Кожен сегмент відповідає за іннервацію певного м'язу чи групи м'язів – міотому, та отримує інформацію від рецепторів, що знаходяться на певній обмеженій ділянці шкіри – дерматомі. В залежності від рівня ураження спинного мозку, будуть змінюватися функціональні можливості пацієнтів: переміщення, самообслуговування, керування транспортними засобами, побутове життя, відносини з оточуючими людьми, професійна діяльність (Harrast, 2005; Nas, Yazmalar, Şah, Aydın, Öneş, 2015). Адже при пошкодженні нервових шляхів, що проходять в спинному мозку, відбувається переривання іннервація відповідних груп м'язів чи ділянок шкіри. При повному поперечному пошкодженні спинного мозку імпульси, які генеруються корою великих півкуль не доходять до свого місця призначення, і як результат м'яз не скорочується, не виконує свою функцію, відбувається параліч м'язу. І навпаки, імпульси від рецепторів не можуть дістатися до кори і передати інформацію про подразника, втрачається чутливість – анестезія (Триумфов, 2007). Відповідно до рівня ураження виділяють наступні поняття:

Тетраплегія (квадриплегія) – порушення або втрата рухових та/або сенсорних функцій через пошкодження нейронних елементів всередині спинно-

мозкового каналу в шийному відділі. Призводить до функціональних порушень верхніх та нижніх кінцівок, тазових органів (Maynard та ін., 1997).

Параплегія - порушення або втрата рухових та/або сенсорних функцій через пошкодження нейронних елементів всередині спинно-мозкового каналу в грудному, поперековому або крижовому відділах. Функція верхніх кінцівок зберігається, але залежно від рівня ураження зникають функції тулуба, нижніх кінцівок, тазових органів (Maynard та ін., 1997).

У випадку неповного поперечного пошкодження спинного мозку перериваються не всі шляхи, і можуть зберігатися певні види рухів та чутливості, спостерігаються тетрапарез (квадрипарез) або парапарез, більш точно це подається в пункті ASIA Impairment Scale (AIS) Міжнародного стандарту неврологічної класифікації ураження спинного мозку (International Standards for Neurological Classification of SCI (ISNCSCI)). Цю класифікацію створено Американською асоціацією травми спинного мозку (ASIA - American Spinal Injury Association) більше 30 років тому. Вона характеризує рівень і тип ураження, рухові можливості, чутливість, дає можливість прогнозувати відновлення та виступає засобом для спілкування та взаєморозуміння між спеціалістами. Останні зміни внесені 2019 року. Відповідно до неї, неврологічний рівень травми визначається як найбільш каудальний сегмент спинного мозку, який має нормальну функцію, що визначається під час тестування. Тобто зі збереженою нормальною чутливістю (відчуття різниці між гостре-тупе та ніжний дотик) та руховою функцією хоча б на оцінку 3 (табл. 1.1). Вище даного сегмента чутливість має зберігатися на нормальному рівні (2 бали), а рух оцінюватися на 5 балів. Чутливість оцінюється наступним чином для кожної точки окремо (Maynard, 1997):

0 – відсутня чутливість;

1 – порушена чутливість (частково збережена або змінена, в тому числі гіперестезія);

2 – нормальна чутливість;

NT – не тестовано.

Таблиця 1.1

## Оцінка рухової функції (шкала ММТ)

Оцінка (бал)	Характеристика
0	Плегія
1	Пальпаторне або візуальне скорочення
2	Активний рух по повній амплітуді, але без протидії сили гравітації
3	Активний рух по повній амплітуді проти дії сили гравітації
4	Активний рух по повній амплітуді проти помірною опору
5	(Норма) Активний рух по повній амплітуді проти сильного опору

Так, ASIA в даних стандартах описує 28 точок для тестування чутливості та 10 основних – ключових м'язів, що відповідають 10 міотомам з двох сторін (табл. 1.2.). Тестування проводиться в рострально-каудальній послідовності (Kalsi-Ryan, 2018; Maynard, 1997).

Таблиця 1.1

## Відповідності між сегментами та міотомами

Сегмент СМ	Інервація м'язів (Рухова функція)
C <sub>5</sub>	Згиначі ліктя (biceps, brachioradialis)
C <sub>6</sub>	Розгиначі зап'ястя (extensor carpi radialis longus and brevis)
C <sub>7</sub>	Розгиначі ліктя (triceps)
C <sub>8</sub>	Згиначі пальців (flexor digitorum profundus)
T <sub>1</sub>	Відвідні м'язи мізинця (abductor digiti minimi)
L <sub>2</sub>	Згиначі стегна (iliopsoas)
L <sub>3</sub>	Розгиначі коліна (quadriceps)
L <sub>4</sub>	Дорсальні згиначі (tibialis anterior)
L <sub>5</sub>	Довгі розгиначі пальців (extensor hallucis longus).)
S <sub>1</sub>	Плантарні згиначі (gastrocnemius, soleus)

Крім неврологічного рівня ураження, результатом оцінки також являється характер ураження: повне чи неповне (табл. 1.3) та зона часткового збереження (Kalsi-Ryan, 2018). Що в свою чергу впливає на прогноз та планування реабілітаційного процесу лікарями реабілітаційної медицини, фізичними терапевтами та ерготерапевтами відповідно до наявних функціональних можливостей пацієнта.

Таблиця 1.3

### Шкала ураження (ASIA Impairment Scale (AIS))

<i>ASIA A</i>	<b>Повне ураження.</b> Жодна рухова або сенсорна функції не зберігається нижче рівня травми (і в крижових сегментах S4 - S5)
<i>ASIA B</i>	<b>Неповне сенсорне.</b> Сенсорні, але не рухові функції зберігаються нижче неврологічного рівня, включаючи крижові сегменти S4 - S5 (легкий дотик або укол шпилькою на S4-5 або глибокий анальний тиск) і жодна рухова функція не зберігається більше трьох рівнів нижче рухового рівня ураження з обох боків тіла.
<i>ASIA C</i>	<b>Неповне рухове.</b> Рухова функція зберігається нижче неврологічного рівня в більшості каудальних сегментах, наявність довольного анального скорочення АБО критерії неповного сенсорного ураження (див вище) і має деякі збережені рухові функції більше ніж на 3 рівні нижче іпсилатерального рухового рівня з обох боків (сюди входять ключові та неключові м'язи). Для AIS C - менше половини ключових м'язів нижче неврологічного рівня мають оцінку більше/ рівно 3)
<i>ASIA D</i>	<b>Неповне рухове.</b> Критерії неповного рухового ураження, описаного вище, з принаймні половиною (« $\geq$ » половиною або більше) ключових м'язів нижче неврологічного рівня, що мають оцінку 3 і більше
<i>ASIA E</i>	<b>Норма.</b> Якщо рухові та сенсорні функції були перевірені за ISNCSCI визначаються як нормальні в усіх сегментах, і пацієнт

Таблиця 1.3. Продовження

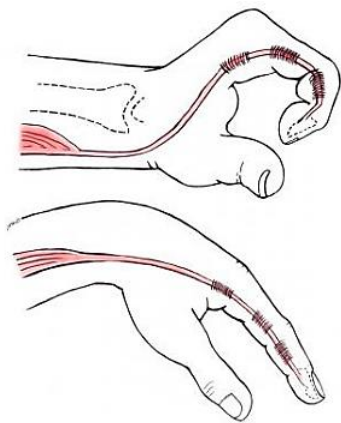
**Шкала ураження (ASIA Impairment Scale (AIS))**

	мав попередній дефіцит. Пацієнти без початкового діагнозу травма спинного мозку не оцінюються за AIS.
ASIA A – повне ушкодження, ASIA B - D - неповне ушкодження.	

Для повного поперечного ураження клінічна картина буде різнитися залежно від рівня. Неврологічний рівень C<sub>1</sub>-C<sub>4</sub> характеризується тетраплегією. При цьому для рівнів ураження C<sub>1</sub>-C<sub>3</sub> зазвичай необхідна респіраторна підтримка, ШВЛ. При рівневі C<sub>4</sub> вже можливий контроль спонтанного дихання. Такі пацієнти повністю залежні від оточуючих. Керування кріслом колісним можливе у разі наявності електроприводу та спеціальних допоміжних пристосувань (для керування підборіддям або ротом), Також мають бути висока спинка, підлокітники, підголівник та ремені безпеки. Користування різними технічними засобами при можливості голосового управління (Nas, Yazmalar, Şah, Aydın, Öneş, 2015; Harrast, 2005).

Особи з неврологічним рівнем ураження C<sub>5</sub> можуть контролювати своє дихання та відповідно до класифікації ASIA стає можливим виконання згинання та супінація в ліктьовому суглобі, що збільшує функціональні можливості. Крім того, вони можуть використовувати певний «сирий» вид тенодезного хвату. Хоча при тетраплегії C<sub>5</sub> спостерігається параліч м'язів розгиначів зап'ястя, тому розгинання зап'ястя для того, щоб викликати згинання пальців є неможливим. Однак, можливим є використання супінації передпліччя для маніпулювання положенням зап'ястя та пальців. Пронація передпліччя викликає розгинання пальців під дією сили гравітації, тоді як зміна положення передпліччя на супінацію буде викликати пасивне розгинання зап'ястя та згинання пальців. Даний вид тенодезного хвату менш функціональний ніж при активному розгинанні зап'ястя, але може бути корисним. Для самостійного прийому їжі, пиття, одягання, виконання інших видів активності повсякденного життя можливе використання ортезів та допоміжних засобів. Також крісло колісне

може мати як електропривід та модифікований джойстик, так і бути кріслом активного типу з ручним керуванням. Але все ще в більшості видів діяльності особам з рівнем ураження C<sub>5</sub> може бути потрібна допомога (Bromley, 2006; Nas, Yazmalar, Şah, Aydın, Öneş, 2015).



Особи з рівнем ураження C<sub>6</sub> можуть застосовувати тенодезний хват, який забезпечує грубу, але, тим не менш, корисну функцію руки. Вони мають параліч м'язів згиначів пальців, але при цьому в них зберігається активне розгинання зап'ястя. Як результат, при розгинанні зап'ястя виникає пасивне згинання пальців (за рахунок натягу сухожилків), а згинання зап'ястя та дія

**Рис.1.1.** Тенодезний хват: зверху - активне розгинання зап'ястя з пасивним згинанням пальців; внизу - згинання зап'ястя та пасивне розгинання пальців.

силю тягіння викликають розгинання пальців (рис. 1.1). Можливе керування кріслом колісним активного типу. Також, зазвичай, особи з рівнем ураження C<sub>6</sub> незалежні в харчуванні, гігієні та одяганні (простого одягу) у разі використання допоміжних засобів чи модифікованих способів. Допомога може бути потрібна у разі виконання переміжної катетеризації (особливо жінкам) (Bromley, 2006; Nas, Yazmalar, Şah, Aydın, Öneş, 2015).

Особи з неврологічним рівнем C<sub>7</sub>-C<sub>8</sub> у більшості видів повсякденної діяльності є незалежними, включаючи переміщення (пересідання на різновисокі поверхні), так як додаються функції розгинання в ліктьовому суглобі (C<sub>7</sub>) та згинання пальців (C<sub>8</sub>). Для C<sub>7</sub> можливе використання тенодезного хвату також, як і для C<sub>6</sub>. Користування кріслом колісним активного типу, керування адаптованим автомобілем (Nas, Yazmalar, Şah, Aydın, Öneş, 2015)).

Особи з неврологічним рівнем ураження T<sub>1</sub>-T<sub>12</sub> незалежні у активності повсякденного життя, мобільності (крісло колісне активного типу), менеджменті сечового та кишківника.

При ураженні поперекового відділу спинного мозку характерна повна незалежність у повсякденному житті, менеджменті сечового та кишківника,

можливе використання ортезів на нижні кінцівки, милиць чи ходунків при переміщеннях. Може бути рекомендоване користування кріслом колісним при переміщеннях на довгі дистанції при ураженні L<sub>1</sub>-L<sub>2</sub> (Nas, Yazmalar, Şah, Aydın, Öneş, 2015).

Особи після перенесеної травми крижового відділу повністю незалежні у всіх видах діяльності, іноді може бути необхідним використання ортезів при ходьбі (Harrast, 2005).

Як бачимо, найбільше проблем та найменше можливостей, пов'язаних з пересуванням, самообслуговуванням та іншими видами активностей, мають особи після перенесеної травми шийного відділу спинного мозку, і саме вони потребують найбільшої допомоги. Для ураження грудного, поперекового або крижового відділів характерна повна самостійність в самообслуговуванні, що пов'язане зі збереженою функцією верхніх кінцівок. Хоча для ураження рівнів T<sub>1</sub>-T<sub>6</sub> ще можуть спостерігатися проблеми з утриманням тулуба та балансом (Ozelie та ін., 2012), що впливатиме на швидкість та можливість виконання певних дій.

Крім того не слід забувати про ризики виникнення ускладнень. У випадках ураження спинного мозку вище рівня T<sub>6</sub> відбувається порушення контролю між симпатичною та парасимпатичною нервовими системами. Внаслідок чого підвищується активність симпатичної системи нижче рівня ураження, що супроводжується розладами в роботі серцево-судинної, бронхолегеневої систем, терморегуляції. Крім порушення серцевого ритму можуть виникати явища ортостатичної гіпотензії, автономної дисрефлексії, тромбоемболії (Hagen, 2015). Ортостатична гіпотонія спостерігається у випадках зміни положення з лежачого, при цьому виникає запаморочення, головний біль, блідість, втрата свідомості та ін. Це пояснюється втратою рефлекторної вазоконстрикції після ушкодження спинного мозку, особливо шийного та верхнього грудного відділів (Sezer, Akkuş, Uğurlu, 2015).

Явище автономної дисрефлексії виникає у випадках ураження спинного мозку вище рівня T<sub>6</sub>, як відповідь на подразнення нижче рівня травми

(наповненість сечового міхура, здуття кишечника, анальні тріщини, пролежні, врослі нігті, менструації та ін.). Цей стимул призводить до дії симпатичної системи та звуження судин нижче неврологічного рівня, гіпертонії, а надмірна парасимпатична активність провокує розширення судин вище рівня ураження. Саме цим пояснюється головний біль, закладеність носа, пітливість та ін. (Sezer, Akkuş, Uğurlu, 2015).

Через гіподинамію збільшуються ризики венозного застою та порушення згортання крові. При цьому виникнення тромбоемболій характерне впродовж першого року після травми, далі відсоток клінічно значущих випадків значно зменшується (Hagen, 2015).

Більшість ускладнень з боку бронхолегеневої системи характерні для ураження шийного відділу, і особливо вище C<sub>4</sub>, що пов'язано з порушенням іннервації дихальних м'язів, в тому числі діафрагми. Це призводить до зниження життєвої ємності легень, непродуктивного кашлю. До таких ускладнень належать ателектази, пневмонії, дихальна недостатність, плевральний випіт, пневмоторакс та інші (Sezer, Akkuş, Uğurlu, 2015).

Життєво важливим є уникнення виникнення пролежнів, які можуть супроводжуватися порушенням загального стану пацієнта, депресією, інфікуванням (розвиток абсцесів, сепсису, бактеріємії та ін.), болем та стати причиною смерті. Найпоширенішими місцями виникнення пролежнів є: потилична кістка, область лопаток, лікті, крижова кістка, куприк, п'яти, коліна, ділянка великого вертлюга стегнової кістки та вуха (Крук, 2006).

Формування гетеротопічних осифікатів відбувається у м'яких тканинах, найчастіше поблизу суглобів, що викликає зменшення амплітуди їх руху, іноді, навіть, анкілозування (Hagen, 2015).

Порушення контролю сечового міхура може проявлятися як нетриманням, так і затримкою сечі, що може супроводжуватися рефлюксом з наступним розвитком пієлонефритів, ниркової недостатності. А демінералізація кісток, з одного боку, може призвести до утворення каменів в нирках, сечовому міхурі, а з іншого, до остеопорозу, переломів. Також через порушення іннервації



кишечника, особи після перенесеної травми спинного мозку можуть мати запори, здуття, болі в животі (Hagen, 2015).

Спастичність є дуже частим симптомом, який зустрічається до 70 % пацієнтів. При цьому вона може бути причиною розвитку або посилення больового синдрому, контрактур, пролежнів, і покращення кровообігу в нижніх кінцівках, уникнення набряків, може знижувати ризик розвитку тромбозів. Крім того спастичність у деяких випадках дає можливість пацієнтам стояти та полегшує переміщення, наприклад, пересідання з ліжка на крісло колісне (Rekand, Hagen, Grønning, 2012).

Особи після перенесеної травми спинного мозку можуть страждати від гострого або хронічного болю, що є досить серйозним обмежуючим фактором у виконанні різних видів діяльності, сприяти виникненню апатії та депресії, призвести до втрати працездатності, негативно вплинути на соціальну участь (Hagen, 2015; Sezer, Akkuş, Uğurlu, 2015).

Але беручи до уваги значення зони часткового збереження (це найбільш каудальний рівень, який залишається частково іннервованим і, де чутливість або рух тестуються хоча б на 1 бал) та можливість збільшення сили м'язів нижче неврологічного рівня робить ймовірним «опускання» неврологічного рівня при повторному оцінюванні з використанням шкали ASIA (ISNCSCI), та покращення функціональних можливостей пацієнта (ASIA and ISCoS International Standards Committee, 2019).

Ситуація стосовно використання шкали ASIA в Україні досить неоднозначна. Згідно з додатком до наказу Міністерства охорони здоров'я України №317 від 13 червня 2008 року «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Нейрохірургія» рекомендовано проведення оцінки неврологічних порушень з використанням шкал Frankel та ASIA. Тоді як, ще 1992 році Американська асоціація травми спинного мозку та Міжнародне медичне товариство параплегії (International Medical Society of Paraplegia, з 2001 року Міжнародне товариство зі спинного мозку (International Spinal Cord Society (ISCoS)) (Такааки Ikata, 2002) опублікували перегляд Міжнародних стандартів

неврологічної та функціональної класифікації ураження спинного мозку (ISNCSCI), де було рекомендовано використання шкали ASIA замість Frankel. Так як шкала Frankel не описує стан пацієнта в повній мірі та включає суб'єктивну оцінку (van Middendorp, Goss, Urquhart, Atresh, Williams і Schuetz, 2011).

В Україні говорять про необхідність визначення неврологічного рівня ураження з використанням шкали ASIA (Гординська, 2020; Горіщак, 2018; Педаченко, 2019 та ін.), що відповідає міжнародним стандартам, але при цьому все ще використовується шкала Frankel (Гур'єв, Резніченко, Сацик, Кушнір, 2017; Тарасенко, Мирончук, 2014; Чередниченко, Баюн, Букрий, 2019 та ін.).

Але багато спеціалістів часом не розуміють ціль використання шкали ASIA, методику виконання тестування, неправильно інтерпретують дані, використовують застарілі версії (наприклад: Попсуйшапка, 2018; Цимбалюк, Ямінський, 2011 та ін.). Тому, осіб після перенесеної травми спинного мозку, котрі були протестовані з використанням шкали ASIA в Україні вкрай мало, для характеристики рівня ураження та встановлення діагнозу продовжують використовувати шкалу Frankel та інструментальні методи обстеження (рентгенографія, комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія). Це створює додаткові проблеми на шляху до надання кваліфікованих послуг.

## **1.2. Втручання ерготерапевта при травмі спинного мозку**

Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 13.12.2018 № 2331 регламентовані компетенції ерготерапевта. До яких відносяться заходи направлені на відновлення максимального рівня функціональності та незалежності людей, які мають обмеження життєдіяльності. Робота здійснюється у співпраці з лікарями, фізичними терапевтами, терапевтами мови і мовлення, фахівцями психічного здоров'я та іншими спеціалістами з урахуванням думки пацієнта та етичних принципів. Метою реабілітаційних заходів є розвиток, відновлення або компенсація функцій організму, що обмежують функціональну незалежність та життєдіяльність пацієнта, і адаптація

навколишнього середовища його потребам. Важливим в роботі ерготерапевта є розуміння принципів командної роботи та застосування Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ) (Наказ МОЗ України від 21.12.2018 № 2249). Відповідно до структури моделі МКФ виділяють п'ять доменів, на основі яких здійснюються реабілітаційні втручання: структура і функції, діяльність, участь, навколишнє середовище, особистісні фактори. Тобто, знаючи характеристику пацієнта згідно доменів МКФ ерготерапевт має побачити можливості розвитку та спрогнозувати прогрес.

Основна робота ерготерапевта при роботі з пацієнтами після перенесеної травми спинного мозку та має вирішальну роль у збільшенні самостійності, і зменшенні навантаження на рідних та доглядальників полягає у втручаннях направлених на активності повсякденного життя (ADLs - Activities of daily living) та інструментальні активності повсякденного життя (iADLs - Instrumental activities of daily living)(Mlinac & Feng, 2016; Mosby, 2013) . До ADLs входять: догляд за тілом (гоління, гігієна ротової порожнини, догляд за волоссям тощо), прийом ванни або душу, користування туалетом, одягання, прийом їжі (користування столовим приладдям, жування, ковтання), переміщення тіла та предметів, комунікація, користування допоміжними засобами та догляд за ними (окуляри, лінзи, ортези, адаптивне приладдя тощо), сексуальна активність та ін. (Albanez, б. д.). IADLs включають турботу про інших (догляд за домашніми тваринами, виховання дітей), облаштування дому, управління господарством та фінансами, менеджмент здоров'я, приготування їжі, релігійна активність, користування автомобілем та громадським транспортом, дії у нестандартних та надзвичайних ситуаціях, здійснення покупок (Mosby, 2013). Здатність виконувати ADLs та iADLs залежать від когнітивних (наприклад, міркування, планування), рухових здібностей (наприклад, баланс, спритність) та сприйняття (включаючи сенсорні) (Mlinac і Feng, 2016). Так, травма спинного мозку впливає на рухову складову і в результаті на життя загалом.

Індивідуальна програма втручання будується відповідно до рівня та характеру ураження, функціональних можливостей, наявності ускладнень чи

супутніх патологій та запиту пацієнта. Наприклад, для пацієнта зі зниженою функціональністю верхніх кінцівок першочергово більшість часу в занятті буде присвячено навчанню базовим активностям повсякденного життя, таким як догляд за собою, одягання, самостійний прийом їжі, мобільність. Рівень травми нижче T<sub>1</sub> збільшує незалежність пацієнтів та обсяг діяльностей, на які може здійснити вплив ерготерапевт, додаються інші ADLs та iADLs, наприклад, управління домогосподарством. Для запобігання розвитку ускладнень, проводиться навчання самого пацієнта та його сім'ї догляду за шкірою, профілактиці утворення пролежнів, контрактур, появи больового синдрому плеча. Ерготерапевт також включає роботу направлену на покращення інтеграції в суспільство та задоволеністю життям (Ozelie та ін., 2012).

Для оцінки можливості виконувати активності повсякденного життя існує безліч шкал та тестів, наприклад: Barthel Index (BI), Functional Independence Measure (FIM), Quadriplegia Index of Function (QIF), Spinal Cord Independence Measure (SCIM) та інші.

Успіх виконання певної діяльності залежить від фізичного, функціонального та психологічного стану людини, її мотивації, навколишнього середовища. Також він потребує вироблення умінь та навичок (Максименко, 2000). Fitts і Posner в 1967 році розробили одну з перших та фундаментальних моделей формування навичок, яка складалася з 3 послідовних етапів: когнітивна (пізнавальна), асоціативна та автономна стадії (Attri, 2019). Для першої стадії характерне значне залучення когнітивних зусиль (пам'ять, увага, міркування та ін.), виконання рухів здійснюється часто повільно, непослідовно, неефективно. Для асоціативної стадії типовими є більш впевнене та ефективне виконання рухів чи дій. Деякі частини руху виконуються довільно, деякі автоматично. Вимагається меншого залучення когнітивної складової. Для автономної стадії притаманне точне, послідовне та ефективне виконання. Це найкращий час для удосконалення діяльності, ускладнюючи її чи виконуючи в інших умовах. (Attri, 2019; Huber, 2013). Відповідно до кожної стадії від ерготерапевта вимагається застосування різних стратегій навчання.

В україномовній літературі зустрічається інша модель, яка досить схожа в описі процесів, які відбуваються під час виконання певних дій у кожній зі стадій, зі моделлю Fitts і Posner. В ній формування рухових навичок також відбувається в 3 стадії - фази: іррадіації (генералізації), концентрації і автоматизації (стабілізації) (Єжова, 2013; Плахтій, Сущева, Мосендз, 2009). Крім того Attri (2019) описує загалом близько 23 моделей та теорій набуття навичок та розвитку професійною майстерності. Найважливіше, що у більшості моделей і теорій звертається увага на послідовність, етапність розвитку умінь та навичок, участь когнітивної складової та необхідність повторень. Процес формування повноцінної навички має враховуватися ерготерапевтами при встановленні цілей, проведенні занять, орієнтуватися на вирішення найбільш необхідних, важливих для пацієнта проблеми і завдання.

У 2009 році в своїй роботі «Activities of daily living performed by individuals with SCI: relationships with physical fitness and leisure time physical activity» S. P. Hetz, A. E. Latimer, K. A. Martin Ginis досліджували залежність між виконанням активності повсякденного життя, статтю та рівнем ураження спинного мозку. Після аналізу результатів тестувань суттєвих, статистично значущих відмінностей між чоловіками та жінками, та людьми з параплегією та тетраплегією не було виявлено. Але для більшості досліджуваних категорій різниця в часових показниках виконання, що використовувалися для порівнянь між групами була невеликою та середньою, це дозволило науковцям припустити, що в більшій вибірці можуть виникнути статистично значущі відмінності. Жінки як правило, витрачали більше часу на гігієну та управління домогосподарство, ніж чоловіки. Люди з параплегією, як правило, витрачали більше часу на пересування, прибирання та приготування їжі, тоді як люди з тетраплегією – на користування туалетом, одягання та їзду. Стать, рівень ураження, пристосованість та фізичні вправи можуть бути важливими факторами, які слід враховувати при розробці втручання для оптимізації участі в активності повсякденного життя (Hetz, Latimer, Ginis, 2009).

Donnelly C., Eng J.J., Hall J., Alford L., Giachino R., Norton K., Kerr D.S. «Client-centred assessment and the identification of meaningful treatment goals for individuals with a spinal cord injury» (2004 р.) здійснили ретроспективний аналіз медичних карт і порівняння результатів COPM та FIM при поступленні, і перед випискою та виділили основні категорії, з якими мали проблеми пацієнти. Це функціональна мобільність (включаючи переміщення та використання інвалідного візка), одягання, догляд за тілом, прийом їжі, купання та інші. Одягання займає друге місце за відсотковим співвідношенням серед усіх категорій (Donnelly та ін., 2004). Тобто існує необхідність дослідження і вирішення проблем, пов'язаних з цим процесом.

Крук Б. Р. (2006) також звертає увагу на необхідність навчання самостійному одяганню пацієнтів після перенесеної травми спинного мозку, але не дає роз'яснень яким чином необхідно це здійснювати.

### **1.3. Одягання осіб після перенесеної травми спинного мозку**

Всесвітня організація охорони здоров'я дає наступне визначення поняттю «якість життя - це сприйняття людьми свого положення в житті залежно від культурних особливостей і системи цінностей та у зв'язку з їхніми цілями, очікуваннями, стандартами, проблемами». Наслідки травми спинного мозку негативно впливають на якість життя (de França та ін., 2011). Але відомо, що покращення функціональної незалежності, низький рівень болю, висока повсякденна соціальна підтримка та висока самоефективність («упевненість людини в спроможності контролювати події власного життя і досягати бажаних цілей» (Bandura, 1986) є вагомими чинниками, що впливають на збільшення рівня задоволення життям з часом після виписки, і на якість життя загалом (Ide-Okochi та ін., 2013; Ramezani і Mazraeh, 2018; van Leeuwen та ін., 2012).

До першочергових факторів, які впливають на можливість самостійного одягання особами після перенесеної травми спинного мозку належить фізичний та функціональний стан. Ida Bromley (2006), Mary Beth Early (2012) та Sue Ann

Sisto, Erica Druin, Martha Macht Sliwinski (2008) подають мінімальні критерії, які необхідні для навчання самостійному одяганню.

До них відносять: сила м'язів плечового поясу та верхніх кінцівок (мінімум 3 бали за шкалою ММТ); амплітуда активних рухів плечового (згинання та відведення 0-90 градусів, внутрішньої ротації 0-80, зовнішньої ротації 0-30) та ліктьового суглобів (згинання 15-140); амплітуда пасивних рухів кульшового (згинання 0-110, зовнішньої ротації 0-80) та колінного (згинання 0-120) суглобів; можливість утримувати рівновагу в положенні сидячи (на ліжку чи в кріслі колісному); наявність пальцевого захоплення (допускається використанням тенодезного хвату або ортезів); можливість перекинутись з боку на бік, утримувати рівновагу лежачи на боці або при перевертанні (зміна положення з лежачи на животі на положення лежачи на спині і назад); 50 % або більше життєвої ємності легень (Early, 2012).

Крім того, існують протипоказання (Early, 2012):

- Нестабільність хребта в місці пошкодження;
- Наявність пролежнів або ніжна рубцева тканина, яка може легко пошкодитися під час перекидувань, ковзань, тертя;
- Неконтрольовані спазми м'язів нижніх кінцівок;
- Менше 50 % життєвої ємності легень.

З обережністю виконується навчання при наявності гетерогенних осифікатів в м'язах.

Brown (1959) говорить про важливість зацікавленості самого пацієнта в самостійному одяганні та сім'ї або тих осіб, з якими проживає пацієнт, їх співпраця. Та виділяє можливість необхідності переробки одягу чи використання допоміжних засобів у разі, коли пацієнт, нездатний обходитися без них.

Imogen Howe в своїй роботі "Fashioning Identity: Inclusive Clothing Design and Spinal Cord Injury" (2012) розглядаючи проблеми, пов'язані з одягом, які виникають у людей, що користуються кріслами колісними також виділяє процес одягання та роздягання. Всі проблемами, які були виділені в результаті

проведеного міксованого дослідження розподілено за 4 класами: медичні, естетичні, функціональні та емоційні. Найбільш частими були: тиск, спричинений одягом (підвищений ризик утворення пролежнів), процес одягання або роздягання досить часозатратний або існує потреба в допомозі 1-2 людей (при високому рівневі ураження), помітність катетера (лінія ходу) або сечоприймача з-під одягу, важкий доступ при катетеризації, обмеженість вибору (що унеможлиблює самовираження через одяг). Також доречним є висновок, що чим вищий рівень ураження, тим з більшою кількістю проблем, пов'язаних з вибором одягу і користуванням ним стикається людина (Howe, 2012).

Підтверджують це також дослідження групи вчених Leila Laleh, Sahar Latifi, Davood Koushki, Marzieh Matin, Abbas Norouzi Javidan and Mir Saeed Yekaninejad – «Assessment of Attention to Clothing and Impact of Its Restrictive Factors in Iranian Patients with Traumatic Spinal Cord Injury (ACIRF-SCI): Introduction of a New Questionnaire» (2015). Перед ними постала проблема оцінки впливу одягу, обмежуючих факторів та його психо-соціального значення для осіб, що перенесли травму спинного мозку через відсутність тестів/шкал/анкет для оцінки уваги цих людей до одягу. Була розроблена та апробована анкета ACIRF-SCI (Attention to Clothing and Impact of Its Restrictive Factors) серед іранських пацієнтів. За основу було взято 4 класи можливих проблем, сформульованих I. Howe (2012), та доповнено пунктом «ставлення» (особисте ставлення людини до одягу, можливі впливи ззовні). В ході міксованого дослідження зроблені висновки про надійність та достовірність інформації, отриманої під час анкетування, але все ще існує необхідність подальшої модифікації, та адаптації для інших країн. Адже автори вказують, що на разі використання ACIRF-SCI має бути обмежене Іранськими та Ісламськими культурами, що могло бути продиктоване особливими умовами, соціальним статусом та економічним станом цих країн. Але, все ж таки, дослідження мало й інші результати, якими не слід нехтувати: наприклад, ті хто мають нижчий рівень ураження, відповідно більшу функціональність приділяють більше уваги одягу та відзначають меншу кількість проблем, пов'язаних з одягом, ніж ті, хто мають



високий рівень травмування спинного мозку. Це є певним підтвердженням думки I. Howe про взаємозалежність рівня ураження та кількості проблем. А також, що розроблена класифікація досить вдало відображає реальну ситуацію та може бути використана в подальшому для пошуку вирішення представлених проблем, пов'язаних з одягом (Laleh та ін., 2012).

Крім того Allison Kabela, Kerri McBee-Blackb and Jessica Dimкас в своїй роботі «Apparel-related participation barriers: ability, adaptation and engagement» (2016) теж займаються розробкою класифікації проблем – бар'єрів, пов'язаних з одягом, але вони розглядають їх з точки зору участі, тобто вивчають перешкоди для повної та здорової інтеграції в суспільство людей з інвалідністю, а не лише труднощі в здійсненні певного виду діяльності (в даному випадку пов'язаного з одягом). Висновки будуються на результатах квалітативних методів: опитування та спостереження. Хоча кількість учасників невелика, лише 20, це не завадило їм зробити досить широкий та якісний аналіз. Було виділено функціонально-анатомічні, культурні та сенсорні групи проблем (Kabela, McBee-Blackb, Dimкас, 2016). Слід зауважити, що дана класифікація частково перегукується з попередньо, запропонованою I. Howe та доповненою науковцями з Іраку. Але всі вони потребують аналізу та модифікації для України. Крім того, в роботі наголошується на необхідності усунення проблем у випадках, коли це можливо, тобто треба пам'ятати, що існують речі, які не залежать від нас, і які ми не можемо змінити, якби би нам не хотілося. Наприклад, це може стосуватися культурних особливостей як окремої сім'ї, так і цілої країни.

В дослідженні Weingarden S.I., Martin C. «Independent dressing after spinal cord injury: a functional time evaluation» (1989) також взяла участь досить мала кількість учасників – лише 10 пацієнтів. Це, скоріше за все, було продиктоване специфічним втручанням направленим на рівень ураження спинного мозку С<sub>6</sub>. В ході експерименту всі учасники навчилися самостійно одягатися, та на момент виписки могли одягтися протягом години. Але після повернення додому, відмовились це робити, говорячи, що витрачають занадто багато часу на це та виконують забагато роботи. Хоча вибірка досить мала, та все ж таки, можна

зробити певні висновки. Важливими факторами, що впливають на самостійне одягання є тривалість виконання та важкість виконання певних маніпуляцій, що пов'язані з наявними функціональними можливостями. Також можна висунути гіпотезу про вплив доглядальників, родичів або осіб, які проживають разом з пацієнтом. На відміну від Brown (1959), в даному випадку вони могли бути незацікавлені у самостійному виконанні певних видів повсякденної діяльності самим пацієнтом, і навпаки, допомагати йому або повністю звільняли його від обов'язків (Weingarden, Martin, 1989).

На користь цього говорять результати дослідження Sherri L. LaVela, Bella Etingen і Scott Miskevics «Factors Influencing Self-Care Behaviors in Persons with Spinal Cord Injuries and Disorders» (2016). Опитування ветеранів та проведений аналіз даних показали, що найбільш значущими позитивними факторами впливу на виконання догляду за собою є: молодий вік, самотнє життя та стійкість (психологічне протистояння проблемам). Проживання без доглядальників та сім'ї змушує пацієнта бути максимально самостійним, навіть, якщо певні види діяльності будуть досить енерго- та часозатратними (LaVela, Etingen Miskevics, 2016).

Yunyi Wang, Daiwei Wu, Mengmeng Zhao, Jun Li в статті «Evaluation on an ergonomic design of functional clothing for wheelchair users» (2014) говорять про необхідність розробки спеціального одягу, який би полегшував користувачам крісел колісних активності повсякденного життя, хоча б такі як одягання, роздягання, прийом ванни/душу, користування туалетом. На основі анкетування (58 опитаних) були виділені основні критерії та розроблений одяг. У експерименті взяло участь 6 користувачів крісел колісних (3 чоловіка та 3 жінки). При порівнянні виконання одягання/роздягання та користування туалетом в звичайному (куплений в магазині) та спеціально розробленому одязі учасники відмітили, що використовуючи адаптаційний (функціональний) одяг, вони швидше могли здійснити запропоновані діяльності та відчували більший комфорт, ніж при користуванні звичайним одягом. Розробники одягу серйозно віднеслися до підбору матеріалів, звернувши увагу на необхідність

теплозбереження, поглинання вологи, проникнення повітря. Отже, адаптаційний одяг може розглядатися, як спосіб для полегшення процесу одягання/роздягання у користувачів крісел колісних (Wang, Wu, Zhao, Li, 2014).

На даний момент не існує одного загальноприйнятого міжнародного терміну, який описував би спеціально розроблений одяг для осіб з інвалідністю, тяжкохворих чи для тих, кому важко одягатися та є максимально комфортним у використанні. Наприклад, вживаються поняття «адаптивний одяг» (Kabel, McVee-Black і Dimka, 2016), «інклюзивний одяг» (Howe, 2012), «адаптаційний одяг» (Приходченко, 2007; Приходченко, 2012; Супрун, 2010), «одяг для людей з інвалідністю» (Манукян, Сафіна, Хамматова, 2017), «функціональний одяг» (Wang, Wu, Zhao, Li, 2014). В Україні на базі кафедри матеріалознавства та експертизи текстильних матеріалів Київського національного університету технологій та дизайну під керівництвом доктора технічних наук, професора Супрун Наталії Петрівни ведуться дослідження проблем, пов'язаних з одягом, у людей з інвалідністю та пошук можливих рішень для певних нозологічних груп. У своїх працях вони використовують термін «адаптаційний одяг» (Супрун, 2010, 2011). Тому, щоб підтримати українських колег, було вирішено використовувати також цей термін у роботі.

У статті О. В. Приходченко «Актуальные проблемы проектирования одежды для людей с ограничениями здоровья» (2012) звертається увага на можливість включення одягу в реабілітаційний процес. Крім того виділяється та ж сама проблема - недостатньої вивченості особливостей проектування одягу для людей з інвалідністю. Взявши за мету розробити вимоги до виготовлення адаптаційного одягу, як частини безбар'єрного середовища, на основі соціологічного опитування (анкетування 380 респондентів: серед яких, люди, що користуються кріслом-колісним, медичний персонал, доглядальники) було сформовано комплекс спеціальних вимог і показників якості при виготовленні одягу (функціональні, соціальні, естетичні, ергономічні, експлуатаційні). Описані вимоги є дуже узагальненими та в їх основі лежить текстильна складова, тобто ці критерії, в більшій мірі, стосуються матеріалів, з яких необхідно

виготовляти одяг. Також, питання та методи обробки отриманих даних, які використовувалися в анкетуванні не представлені на загал, що робить неможливим говорити про достовірність результатів дослідження. Але все ж таки, сформовані вимоги змогли стати теоретичною базою для розробки іншими науковцями практичних рекомендацій щодо пошиття одягу для людей з інвалідністю, та покращення якості життя цих людей (Приходченко, 2012).

К. А. Манукян, Л. А. Сафина, Э. А. Хамматова у своїй роботі «Проектирования одежды людям с ограниченными возможностями в соответствии с эргономическими и эксплуатационными требованиями» (2017) описують тканини, які змогли б задовільнити вимоги, описані в статті О. В. Приходченко, див. попередній абзац. Крім того ними були запропоновані рекомендації щодо корегування викрійок («вікрійка, вікройка - зразок, вирізаний з паперу, картону, за яким викроюють одяг, взуття і т. ін.» (Словник української мови: в 11 томах. — Том 1, 1970. — Стор. 416.)) для людей, які користуються кріслами колісними, або мають протези, чи вади зору та ін. В статті вказано, що описані вимоги та рекомендації щодо проектування і підбору матеріалів для виготовлення одягу для осіб з інвалідністю є результатом дослідження життєдіяльності людей з різними групами інвалідності, але, на жаль, самі дані не представлені в статті. Аналізуючи використання певної термінології авторами та представлені грубі узагальнені рекомендації, виникає враження про досить поверхневий аналіз проблеми, який залишає після себе багато відкритих питань та, можливо, необхідність залучення ерготерапевтів та фізичних терапевтів до подібних досліджень (Манукян, Сафина, Хамматова, 2017).

Ще у 1959 році Edward W. Lowman and Howard A. Rusk у статті «Self-help Devices: Aids to Dressing» описали використання допоміжних засобів для полегшення процесу одягання. Для цього можна використовувати (Bromley, 2006; Early 2012; Lowman, Rusk 1959; Sisto, Druin, Sliwinski 2008):

- кільця або петлі для замка-блискавки;
- петлі на шкарпетках та поясах штанів;

- ріжок для взуття з довгою ручкою;
- еластичні шнурки;
- пристрої для одягання шкарпеток (sock aid/helper);
- палиця для одягання (dressing stick);
- гачок для гудзиків (button hook);
- та ін.



**Рис. 1.2.** Допоміжні засоби (справа на ліво): кільце-бігунок, петля для бігунка, ріжок для взуття з довгою ручкою, еластичні шнурки, пристрої для одягання шкарпеток та панчіх, палиця для одягання, гачок для гудзиків.

У SCIM (Spinal Cord Independence Measure ) в пунктах про одягання верхньої та нижньої частин тіла є уточнення «потребує допоміжних засобів та/або спеціального обладнання» (див. додаток), що не залишає сумнівів про їх позитивну роль на процес одягання.

Слід зауважити, що одяг також може мати вплив на емоційний стан пацієнтів. Загалом Syed Akif Hasan, Muhammad Imtiaz Subhani and Ms. Amber Osman вказують на важливу роль деталей: фурнітури, кольору, принтів, якості матеріалів, аксесуарів та відчуття комфорту. На основі опрацьованих відповідей 5000 респондентів з різними рівнями доходів та різних вікових категорій (18-50

років) було зроблено висновки щодо великого впливу зовнішнього вигляду людини на її настрій, впевненість в собі. Крім того, значимим є позитивний вплив відчуття, що зовнішній вигляд приносить радість як самій людині, яка носить цей одяг, так і оточуючим. При цьому брендовий, дизайнерський одяг (мається на увазі знання, що ти носиш одяг від відомого дизайнера) хоч і має вплив на емоційний стан людини, але все ж в меншій мірі ніж попередні пункти, хоча вони можуть бути взаємозалежними. Цікавим є спостереження, що новий одяг має істотне значення для формування гарного настрою. Також, жінки більш емоційнозалежні від одягу, ніж чоловіки. Так само як і молоді люди, які легко піддаються впливу модних тенденцій та оточення. Одяг є своєрідним інструментом в самовираженні. Часом його роль в житті людини недооцінюють, говорячи лише про захисну роль. Але насправді вона є досить вагомою. Позитивний вплив на настрій та емоційний фон в цілому, на відчуття впевненості дають змогу говорити про використання одягу в реабілітаційних цілях (Hasan, Subhani, Amber, 2011).

Як бачимо, звичайний одяг може не відповідати потребам осіб після перенесеної травми шийного відділу спинного мозку. При цьому всі фактори, які впливають на процес одягання і користування одягом можна об'єднати в декілька категорій: медичні, естетичні, функціональні, емоційні та ставлення (особисте ставлення людини до одягу, можливі впливи ззовні)(Laleh та ін., 2015; Howe, 2012).

Способів вирішення вищеописаних проблем, або хоча б їх полегшення, також існує декілька. Це дає змогу більш індивідуалізовано підійти до запитів пацієнтів. Вибір того чи іншого способу залежить від рівня можливостей пацієнта (структурних, функціональних, когнітивних (Schönherr, Groothoff, Mulder & Eisma, 2005), його економічної спроможності). До шляхів вирішення відносимо:

- розробку адаптаційного одягу;
- навчання самостійному одяганню модифікованими методами;
- використання допоміжних засобів під час одягання.

Беручи до уваги функціональні можливості осіб після перенесеної травми шийного відділу спинного мозку можна дати коротку характеристику виконання самостійного одягання: при неврологічному рівневі ураження C<sub>1</sub>-C<sub>3</sub> – залежність в одяганні та більшості видів діяльності повсякденного життя; C<sub>4</sub>-C<sub>5</sub> – потреба в допоміжних засобах та допомоги у одяганні; C<sub>6</sub> – може бути досягнуте самостійне одягання при наявності тенодезного хвату або використанні допоміжних засобів; C<sub>7</sub>-C<sub>8</sub> - можливе самостійне одягання при використанні методів одягання, які розроблені для людей з параплегією (Early, 2012). Звичайно, у разі відсутності протипоказань та інших структурних чи функціональних обмежень, які роблять цей процес неможливим.

Для більш зручного користування, одяг має бути вільним, розстібатися спереду. Штани повинні бути на розмір більше для комфортного розміщення катетерів та сечоприймачів, або ортезів (у разі їх використання). Краще уникати джинсів або штанів з товстими швами протягом перших місяців після травми, щоб запобігти пошкодженню шкіри. Уникати одягу, який щільно прилягає до талії, промежини або під пахвами, оскільки це може спричинити надмірний тиск та натирання. Оскільки, люди з тетраплегією можуть використовувати великий або інші пальці як гачок, можливим є використання петель на бігунках блискавок, нижній білизні, шкарпетках. Найлегшими в користуванні застібками є блискавки та липучки. Слід уникати шкарпеток з тугими резинками. Взуття також має бути на розмір-півтора більше, ніж те, що взувалося зазвичай, для уникнення формування пролежнів у місцях кісткових випинань, особливо у разі набряків чи спастичності (Bromley, 2006; Early, 2012; Thomas Jefferson University Hospital and Magee Rehabilitation, "Activities of Daily Living-Spinal Cord Injury Manual", 2009).

Також, при виборі одягу необхідно звертати увагу на матеріали: бавовняні тканини дозволяють циркулювати повітрю і можуть зменшувати потовиділення, тоді як нейлонові - як правило, утримують тепло і вологу, а грубі матеріали можуть натирати або подразнювати шкіру (Thomas Jefferson University Hospital

and Magee Rehabilitation, "Activities of Daily Living-Spinal Cord Injury Manual", 2009; Wang, Wu, Zhao, Li, 2014).

Використання модифікованих способів одягання та допоміжних засобів, у разі необхідності, активно застосовують за кордоном для покращення якості життя пацієнтів та задоволеності життям в цілому (Bromley, 2006; Early, 2012; Sisto, Druin і Sliwinski, 2008; van Leeuwen та ін., 2012). Виглядає логічним впровадження цих методів в практику ерготерапевтів України. Але для більш точного і специфічного підбору методів ерготерапевтичного втручання, що стосується самостійного одягання у осіб після перенесеної травми шийного відділу спинного мозку, існує необхідність виявити фактори впливу на можливість самостійного одягання в сучасних українських реаліях.

#### **1.4. Висновок до розділу 1**

Травмування спинного мозку позначається на функціональних можливостях, психічному стані, соціальному статусі. При цьому ураження шийного відділу має найбільший обмежувачий вплив на травмованих та при високому рівневі ураження робить їх залежними від оточуючих (Harrast, 2005; Nas, Yazmalar, Şah, Aydın, Öneş, 2015). Але покращення функціональної незалежності є одним із факторів покращення якості життя (Ide-Okochi та ін., 2013; Ramezani і Mazraeh, 2018; van Leeuwen та ін., 2012). Тому першочергові втручання ерготерапевта часто направлені саме на відновлення самостійного виконання активностей повсякденного життя, включаючи одягання (Ozelie та ін., 2012).

За кордоном ведеться активна дослідницька діяльність пов'язана з самостійним виконанням одягання та інших активностей повсякденно життя, роллю одягу, його впливом на психічний та емоційний стан, можливими адаптаціями, що допоможуть зробити одягання та користування одягом більш комфортним не тільки для осіб після перенесеної травми шийного відділу спинного мозку, а й загалом, для людей з інвалідністю, людей літнього віку та ін. ( Приходченко, 2012; Donnelly та ін., 2004; Hetz, Latimer, Ginis, 2009; Howe,



2012; Laleh та ін., 2015; LaVela, Etingen, Miskevics, 2016; Wang, Wu, Zhao, Li, 2014; Weingarden, Martin, 1989 та ін.) В Україні проводяться дослідження в напрямку розробки адаптаційного одягу (Супрун, 2010, 2011) та звертається увага на необхідність навчання самостійному одяганню осіб після перенесеної травми спинного мозку (Крук, 2006). Але, на жаль, проблеми пов'язані з самостійним одяганням залишаються маловивченими українськими науковцями.

Сьогодні, в більшості випадків, люди з інвалідністю мають низький рівень доходів в Україні, тому перш за все, слід зосередити увагу на найменш затратних можливих методах, тобто на навчання самостійному одяганню в модифікований спосіб або одяганню з використанням допоміжних засобів. Хоча продовження дослідження і розробку адаптаційного одягу теж є актуальним і необхідним, але уже у співпраці з ерготерапевтом/фізичним терапевтом та консультуючись з людьми, які мають проблеми зі здоров'ям, на які направлена розробка одягу.

Отже, визначення проблемних моментів при одяганні та користуванні одягом з наступною розробкою посібника з рекомендаціями та його апробація в умовах України є досить актуальними.

Окремою серйозною проблемою, яка стосується надання послуг в сфері охорони здоров'я є обмежене використання українськими лікарями рекомендацій Міжнародних стандартів неврологічної класифікації ураження спинного мозку (ISNCSCI (шкали ASIA)) у своїй діяльності, що може впливати на організацію лікувального, реабілітаційного процесів та на прогнозування.

## РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

### 2.1. Методи дослідження

В роботі використовуються наступні методи дослідження:

- аналіз науково-методичної літератури;
- спостереження та самоспостереження;
- анкетування;
- Канадська оцінка виконання діяльності (COPM);
- Spinal Cord Independence Measure (SCIM), самооцінювання;
- методи математичної статистики.

*Аналіз науково-методичної літератури* дозволив ґрунтовно підійти до вивчення питань пов'язаних з травмою спинного мозку та роботи ерготерапевта. Опрацювання робіт українських та іноземних авторів дало змогу виявити фактори, які можуть впливати на процес самостійного одягання осіб після перенесеної травми шийного відділу спинного мозку та на активність повсякденного життя загалом. Що дало можливість сформулювати основні напрямки дослідження, актуальність теми для України, виокремити головні питання, на які слід звернути увагу під час підготовки анкет та посібника, виділити та систематизувати існуючі методи самостійного одягання для досліджуваної категорії.

**Спостереження** є одним з методів наукового дослідження. Базується на безпосередньому сприйнятті процесів, явищ, об'єктів за допомогою органів чуття, без втручання дослідника. Характеризується наявністю спрямованості до конкретної мети, планомірністю та систематичністю, об'єктивністю у сприйнятті зі збереженням природного перебігу процесів (Гончаренко, 2008). Дослідник керується певною ідеєю або концепцією, а не просто реєструє факти, а свідомо вибирає ті, які підтверджують або спростовують гіпотезу (Бірта, 2014). Спостереження дає можливість вивчати об'єкт в його природному середовищі (Гончаренко, 2008). Це є особливо значущим для оцінки можливості виконання активності повсякденної діяльності, до якої відноситься самостійне одягання.

Адже навчання має відбуватися в максимально приближених до звичних для пацієнтах умовах. Тобто первинна оцінка можливості здійснення даного процесу та виділення основних факторів впливу також має бути проведена в домашніх умовах без втручання дослідника (ерготерапевта) для отримання максимально точних даних. Крім того, метод **самопостереження** також являється частиною процесу отримання інформації в ході дослідження. В цьому випадку суб'єкт спостереження надає інформації про його власні переживання, відчуття та думки. Це необхідно для більш індивідуалізованого підходу та для поточного контролю (Гончаренко, 2008). Самопостереження, як метод оцінювання є частиною COPM та самозвіту SCIM, які також описані в цьому розділі. Спостереження, у даному випадку, ще було використано з цілю отримання інформації в ході роботи з відеофайлами при зборі матеріалу для формування посібника.

**Анкетування** дає змогу отримати інформацію від багатьох осіб – учасників, у вигляді відповідей на питання. Запитання можуть бути різного характеру: відкриті, закриті, напівзакриті, дихотомічні, запитання-меню, шкальні запитання (Піча, 1999). Аналіз літературних джерел допоміг виділити основні напрямки для побудови питань та їх характер (див. додаток А). Сучасні можливості використання інтернет мережі для поширення та збору інформації дали змогу охопити більшу кількість учасників, а учасникам проходити анкетування вдома у зручній для них час, та отримати. Також анкетування було використано для збору інформації про оцінювання виконання та задоволеністю виконання самими учасниками (див. додаток Б).

**Канадська оцінка виконання діяльності** (COPM, Canadian occupational performance measure) використовується для виявлення проблем та оцінки ефективності втручання пацієнтом, його рівня задоволення виконанням. Отримання інформації відбувається при інтерв'юванні пацієнта або родичів чи доглядальників (у разі неможливості отримання інформації від пацієнта: тяжкий стан, психічні захворювання, дитина раннього віку). COPM є надійним, клінічно корисним, стандартизованим інструментом ерготерапевта (Carswell та ін., 2004).

Оцінка проводиться за трьома категоріями (сферами діяльності), які включають підкатегорії:

- самообслуговування: догляд за собою, функціональна мобільність, участь в житті суспільства;
- продуктивна діяльність: наявність оплачуваною або неоплачуваної роботи, ведення домашнього господарства, школа або гра;
- дозвілля: «тихі» захоплення, активний відпочинок, соціальне спілкування. Оцінка проводиться у чотири кроки.

Крок 1: пацієнт має описати свій звичайний день, виділити активності, які важко виконувати, та якістю виконання яких він незадоволений згідно трьох вищеописаних сфер.

Крок 2: пацієнт визначає за шкалою від 1 до 10 важливість виконання кожної активності. Бали записуються у відповідні графи Крок 1А, Крок 1Б, Крок 1 В.

Крок 3 і 4: разом з пацієнтом необхідно вибрати 5 найбільш важливих для нього проблем і записати їх нижче. Пацієнт має оцінити кожен «проблемну» активність за шкалою від 0 до 10 з точки зору її виконання, та рівня задоволення виконанням. Далі ерготерапевт має підрахувати бали. При повторному тестуванні проводиться оцінка найбільш важливих проблем з точки зору їх виконання та рівня задоволення. Після підрахунку балів за описаною в формі інструкцією проводиться аналіз змін, які є відображенням оцінки втручання пацієнтом, його відчуття задоволення від результату та покращення виконання певного виду діяльності (див. додаток В).

В роботі використано «спрощену модель», адже для даного дослідження не потрібний повноцінний аналіз виконання повсякденної діяльності пацієнта, адже цікавим є лише процес одягання. Тому, учасниками ціленаправлено проводилася оцінка виконання самостійного одягання та рівень задоволення виконанням.

**Spinal Cord Independence Measure (SCIM)** – тестування розроблене для оцінки можливості виконувати активності повсякденного життя особою після перенесеної травми спинного мозку. На даний момент у світі використовують

версію SCIM-III (2011) (переклад наш - Т. К.: див. додаток Г). Складається з 19 пунктів, які об'єднані в категорії: самообслуговування; менеджмент дихання сечового міхура та кишківника; мобільність.

Самообслуговування включає: прийом їжі, прийом душу/ванни, одягання верхньої та нижньої частини тіла, особисту гігієну. Оцінюється від 0 до 20 балів.

Менеджмент дихання сечового міхура та кишківника включає: менеджмент дихання сечового та кишківника, користування туалетом. Оцінюється від 0 до 40 балів.

Мобільність включає: переміщення в ліжку, переміщення ліжко-крісло колісне, переміщення до туалету, по кімнаті, долання сходів, переміщення крісло колісне-автомобіль та з підлоги на крісло колісне. Оцінюється від 0 до 40 балів. Максимальна оцінка 100 балів. Валідність та надійність тесту підтверджена в міжнародному дослідженні (Catz та ін., 2007).

Крім того, існує форма SCIM-III для самооцінювання (2013), головна ідея якої відповідає опитувальнику SCIM-III, описаному раніше. Структура питань модифікована для більш зручного користування та легкого розуміння пацієнтами, хоча послідовність пунктів та розподіл балів зберігся. Для дослідження можливості самостійного одягання осіб після перенесеної травми спинного мозку використовувалися підкатегорія «Одягання» самооцінювання SCIM-III (переклад наш - Т.К.: див. додаток Д.).

#### **Методи математичної статистики:**

Оцінка отриманих результатів проводилася з використанням описативного аналізу (середнє арифметичне значення ( $\bar{x}$ ), стандартне відхилення (SD), мінімальне та максимальне значення), та інференційного (непараметричний метод статистики Wilcoxon signed-rank тест). Використання Wilcoxon signed-rank тест пояснюється малою вибіркою та необхідністю порівняти результати повторних вимірювань однієї групи учасників (до і після втручання). Він є альтернативою до парного t-тесту Стьюдента (Rice, Stein, Tomlin, 2019). Для статистичної обробки даних використовувалася мова R та середовища R-Studio.

## 2.2. Організація дослідження

Дослідження проводилося в чотири етапи:

Перший етап (вересень – листопад 2019 р.) – вивчення проблем, обґрунтування мети, визначення предмету, об'єкту та завдань роботи, формулювання гіпотези та розробка плану дослідження, аналіз науково-методичної літератури.

Другий етап (грудень 2019 р. – січень 2020 р.) – розробка анкети для попереднього збору інформації, визначення критеріїв включення та виключення, проведення онлайн-анкетування. Попереднє анкетування пройшли 30 осіб після перенесеної травми шийного відділу спинного мозку (27 чоловіків та 3 жінки), віком від 18 до 50 років, але для подальшого аналізу обрано 28.

Третій етап (лютий – березень 2020 р.) – аналіз отриманих результатів анкетування, розробка, оформлення та апробація посібника з модифікованими методиками самостійного одягання особами після перенесеної травми спинного мозку в умовах України. Дослідження проводилося в домашніх умовах, в ньому взяло участь 7 учасників віком від 26 до 47 років: 5 чоловіків та 2 жінки.

Четвертий етап (квітень 2020 р.) – аналіз результатів з використанням статистичних методів обробки даних, визначення ефективності запропонованих методик, формулювання висновків, оформлення тексту магістерської роботи.

## РОЗДІЛ 3. МОДИФІКОВАНІ МЕТОДИКИ САМОСТІЙНОГО ОДЯГАННЯ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЇХ ВПРОВАДЖЕННЯ

### 3.1. Визначення факторів, які впливають на самостійне одягання та користування одягом

Для попереднього виявлення факторів, які впливають на самостійне одягання осіб після перенесеної травми шийного відділу спинного мозку було розроблено анонімну онлайн-анкету на базі платформи Google Forms. Анкета включала 16 питань та підтвердження згоди на обробку наданої інформації (дод. А). Анкетування пройшли 30 учасників (27 чоловіків та 3 жінки). Всі учасники відповідали анкетування критеріям відбору:

- вік від 18 років;
- перенесена травма шийного відділу спинного мозку;
- проживання на території України;
- можливість пройти онлайн-анкетування.

На етапі попереднього анкетування, учасники давали відповідь на питання про рівень ураження, дані про це вони брали з історій хвороби та виписок. Але виявлено, що вказані рівні ураження спинного мозку встановлені за рівнями травмування хребта, що не відповідає неврологічному рівневі, який встановлюється при оцінюванні за шкалою ASIA, та є прогностично значущим. Це частково підтверджує гіпотезу, висунуту в розділі 1 про малу частоту слідування Міжнародним стандартам неврологічної класифікації ураження спинного мозку в Україні.

Під час опрацювання отриманих анкет, було прийняте рішення допустити всі анкети до подальшого аналізу, розуміючи деякі неоднозначні моменти. Так, опитувані мали рівні ураження в межах C<sub>4</sub>-C<sub>7</sub> (згідно вказаних даних). Зважаючи на особливості росту та на зону часткового збереження ми не можемо бути однозначно впевненими в тому, що всі анкетовані мали травму саме шийного відділу спинного мозку. Але відносно невелика кількість осіб, які не мали проблем з одяганням та користуванням одягом і факт того, що люди з рівнями

ураження C<sub>7</sub>-C<sub>8</sub> можуть самостійно одягатися використовуючи методи, якими користуються люди з параплегією (Early, 2012) дало змогу вважати отримані відповіді релевантними травмі шийного відділу спинного мозку.

Вік учасників варіював в межах 18 – 50 років .

14 (43,3 %) опитаних отримали травму більше 10 років тому, 8 (26,7 %) - 1-3 роки, 5 (16,7 %) - 6-10 років, 4 (13,3 %) - 4-5 років. В таблиці 3.2 показаний розподіл можливостей виконання та рівнів залежності від оточуючих в одяганні окремо для верхньої та нижньої частин тіла.

*Таблиця 2.1*

**Розподіл можливостей виконання та рівнів залежності у одяганні**

	Одягання верхньої частини тіла)	Одягання нижньої частини тіла
Потрібна тотальна допомога (родичі або доглядачі повністю одягають і роздягають)	4 (13,3 %)	7 (23,3 %)
Потрібна часткова допомога, навіть з простим одягом* (та взуттям)	5 (16,7 %)	6 (20 %)
Не потрібна допомога в одяганні простого одягу, але необхідне використання допоміжних засобів	0	1 (3,3 %)
Незалежна/ий в одяганні простого одягу, лише потрібна допомога або допоміжні засоби для одягання складного одягу**	11 (36,7 %)	5 (16,7 %)
Повністю самостійна/ий в одяганні (та взуванні)	10 (33,3 %)	9 (30 %)
Повністю самостійна/ий в одяганні, але потрібна допомога при взуванні	-	2 (6,7 %)



*\* Простий одяг - одяг, який легко одягати - це одяг без гудзиків, блискавок або шнурків.*

*\*\*Складний одяг – одяг, який складно одягати - це одяг з гудзиками, блискавками або шнурками.*

Як бачимо з таблиці 3.1 лише 10 з 30 (33,3 %) після перенесеної травми шийного відділу спинного мозку відмітили повну незалежність в одяганні верхньої частини тіла і 9 з 30 (30 %) – нижньої частини тіла. 5 (16,7 %) учасників вказали, що при одяганні верхньої частини тіла та 6 (20 %) – нижньої, на необхідність часткової допомоги при одяганні навіть простого одягу. При цьому 11 (36,7 %) та 5 (16,7 %) відзначили, що їм необхідна допомога лише при одяганні складного одягу. 4 учасника (13,3 %) відмітили повну залежність в одяганні верхньої частини тіла і 7 (23,3 %) – нижньої частини тіла.

Одягання нижньої частини (включає одягання та зняття одягу: шорти, штани, взуття, шкарпетки, ремені або ортези) тіла викликає більше проблем ніж верхньої (включає одягання та зняття одягу: футболки, блузки, сорочки, бюстгальтери, светри, кардигани або ортези, що пов'язане також з недостатнім контролем тулуба та рівноваги).

Приблизний час, який витрачається на одягання та взування становить від 5 хвилин до більше ніж години. Слід зауважити, що у випадках, коли одягання виконується з допомогою родичів або доглядальників чи рівень ураження низький, учасники відмітили, що затрачається до 5 хвилин на одягання – 7 (23,3 %), від 5 до 20 хв – 20 (66,7 %), 20 – 30 хв – 1 (3,3 %), 30–45 хв – 1 (3,3 %), більше 1 години – 1 (3,3 %)

До найбільш поширених проблем, пов'язаних з одяганням респонденти віднесли: застібання гудзиків – 21 (70 %), зав'язування шнурків – 20 (66,7 %), та блискавок – 15 (50 %). Крім того вони також виділили, що проблематичним є одягання верхнього одягу (куртки) – 8 (26,7 %), натягування одягу вгору (одягання штанів) – 7 (23,3 %), дотягування до ступней – 7 (23,3 %), роздягання – 6 (20 %). Таким чином, можна виділити основні моменти, на які слід впливати при побудові процесу самостійного одягання. Наприклад, слід відмовитися від шнурків та гудзиків, або використовувати допоміжні засоби для полегшення

оперування ними. Звернути увагу на одягання нижньої частини тіла: шкарпеток, шортів, штанів.

Крім функціональних можливостей, пов'язаних з рівнем ураження, 12 (40 %) відмічають наявність деяких медичних обмежуючих факторів, що створюють проблеми в підборі і носінні одягу (наприклад: біль, надмірна вага, пролежні, контрактури, гетеротопічні осифікати та ін.). Це показує необхідність профілактичної роботи направленої на запобігання їх появи та на роботу вже наявними обмеженнями, адже їх зменшення або ліквідація можуть покращити або полегшити самостійне одягання.

27 (90 %) відзначають, що травма спинного мозку вплинула на їхній гардероб, і вони змінили одяг на більш простий чи спортивний. При цьому 22 (73,3 %) відмічають, що одяг має безпосередній вплив на психологічний та емоційний стан. Також, всі учасники зауважили, що найважливішим при виборі одягу є комфорт (100%), легкість в одяганні 29 (96,7 %), легкість при роздяганні 27 (90 %), безпека 25 (83,3 %), стиль 24 (80 %), чи пасує одяг та чи відображає внутрішнє Я 24 (80 %), та 5 (16,7 %) відмітило, що вони не приймають участі в підборі одягу, так як їм купляють його родичі, не звертаючи уваги на думку опитуваного.

Зважаючи на вищеописані труднощі з одяганням, все ж таки 23 продовжують практикувати самостійне одягання, або з частковою допомогою. Основним фактором, що змушує їх це робити є «відчуття самодостатності та незалежності» - 21 (91,3 %), небажання обтяжувати рідних – 9 (39,1 %), та самотнє проживання – 2 (8,7 %).

Серед учасників, які на момент опитування були повністю залежні в одяганні, всі раніше пробували це робити. Але основними причинами чому вони не продовжують це робити є: функціональна неспроможність, одягання забирає багато сил. При цьому 11 з 12 (91,7 %) відчувають внутрішній дискомфорт, якщо їм допомагають родичі.

Аналіз анкет дозволив зробити висновки, що в більшості випадків особи після перенесеної травми шийного відділу спинного мозку мають схожі

проблеми, які пов'язані з одягом та одяганням. Їх слід розмежовувати, на ті, на які ерготерапевти можуть впливати, а на які не можуть. Наприклад, зміна одягу, фурнітури, способу одягання, додаткове використання допоміжних засобів, профілактична робота щодо контрактур, пролежнів, больового синдрому та ін – це те на, що ерготерапевт може вплинути.

Отже 22 (73,3 %) учасника відмітили, що одяг має безпосередній вплив на їхній психологічний та емоційний стан. При цьому у 27 (90 %) випадків травма спинного мозку змусила опитаних змінити одяг на більш простий. Тепер вони стали більше уваги звертати на комфорт (100%), легкість в одяганні 29 (96,7 %) чи при роздяганні 27 (90 %), безпеку 25 (83,3 %), стиль та можливість самовираження по 24 (80%). Бо, навіть, застібання гудзиків є неможливим або проблематичним в 21 (70 %) випадків, зав'язування шнурків – 20 (66,7 %), та блискавок – 15 (50 %). Крім того, одягання верхнього одягу (куртки), натягування одягу вгору (одягання штанів) чи дотягування до ступнів також досить важкі у виконанні, але в меншій кількості опитаних.

Аналізуючи отримані результати анкетування, можна виділити певні основні моменти, на які слід звертати увагу при розробці посібника з рекомендаціями та методиками:

- зважаючи на вплив одягу на емоційно-психологічний стан та на бажання зберегти свою індивідуальність пацієнтами, необхідно дати можливість вибору та максимально зберегти різноманітність в категоріях одягу;
- через великий відсоток проблем зі шнурками, гудзиками, блискавками та ін., слід звернути увагу на більш простий одяг або використовувати допоміжні засоби;
- через можливі медичні обмежуючі фактори (контрактури, осифікати, надмірна вага та ін.) має бути запропоновано декілька методів для одягання та знімання кожного виду, це дасть змогу підібрати найбільш підходящий варіант у разі неможливості виконання інших;
- важливість комфорту диктує необхідність також розглядати матеріали, з яких виготовлено одяг;

- для низького рівня ураження шийного відділу (C<sub>7</sub>-C<sub>8</sub>) характерна можливість одягатися способами, якими користуються при параплегії (Early, 2012).

### **3.2. Модифіковані методики самостійного одягання осіб після перенесеної травми шийного відділу спинного мозку**

Після того, як було виділено основні проблемні моменти, які виникають при самостійному одяганні у осіб після перенесеної травми шийного відділу спинного мозку, та на які можна здійснити вплив, наступним кроком є розробка посібника для самостійного одягання.

Робота ерготерапевта та пацієнта відбувається в рамках домену МКФ «діяльність», розділу «самообслуговування», пункту «d540. Одягання». У деяких випадках додатково можуть виконуватися втручання, що відповідають доменові «структура і функції», наприклад, збільшення сили чи амплітуди рухів та ін.

Під час розробки практичного посібника враховувалися принципи роботи в реабілітації, фізичні та функціональні можливості пацієнтів з ураженням шийного відділу спинного мозку, протипоказання до певних рухів, особливості одягу (матеріали та форма), вже існуючі методики самостійного одягання, виділенні під час анкетування проблеми та можливість використання допоміжних засобів одягання. Для цього було проведений ґрунтовний аналіз літературних джерел, анкет, відео-матеріалів.

Слід зауважити, що формування, відновлення або покращення навички самостійного одягання у осіб після перенесеної травми шийного відділу спинного мозку триватиме певний період часу, так як функціональні можливості, фізична підготовка кожного індивідуальні та можуть бути присутні обмежуючі фактори медичного характеру. Крім того обов'язковою є етапність у формуванні навичок.

Посібник має два варіанти, один розрахований на безпосереднє індивідуальне користування особами після перенесеної травми спинного мозку, їх родичами та доглядальниками, другий – є розширеною версією для

ерготерапевтів та помічників ерготерапевта. Та підходить для тренувань як в домашніх умовах, так і під час реабілітації в стаціонарних умовах.

Представлені методики розділені на дві частини, які рекомендовано застосовувати при тетраплегії та при параплегії. Цей розподіл продиктований відмінностями в функціональних можливостях при різних рівнях ураження, а саме можливістю формувати пальцеві та долонні хвати чи тенодезний хват. Для одягання кожного виду одягу подано декілька методик, що дає змогу вибрати або скомпонувати більш комфортний варіант одягання або знімання речей, який або полегшить цей процес, або зробить його можливим. Ілюстрації покрокового виконання виконано на замовлення, авторських прав не порушено. Ілюстратор: Сулій Софія.

Після того, як було систематизовано методики та оформлено посібник для користування пацієнтами, апробація виконувалася в домашніх умовах. Посібник надсилався на вказані електронні адреси охочих його отримати після попереднього анкетування. Посібник отримали 16 респондентів.

### Самостійне одягання при тетраплегії:

#### Шкарпетки

#### *Одягання шкарпеток*

#### Метод 1 (рис. 3.1):

1. Сидячи в кріслі колісному або на ліжку (якщо дозволяє контроль рівноваги), підчепивши правою рукою під праве коліно підтягнути його вгору (до грудей), щоб відбулося згинання в коліні, потім, допомагаючи



**Рис. 3.1.** Одягання шкарпеток.

іншою рукою закинути одну ногу на іншу, перехрестивши їх (гомілка правої знаходиться трохи вище коліна лівої). Це положення вивільняє ступню.

2. Натягнути шкарпетку на ступню та поправити її, розгладивши складки, використовуючи тенодезний хват та долоню. Для полегшення одягання шкарпеток можна пришити дві петлі по боках вгорі шкарпетки для великих пальців.

### **Метод 2:**

1. Сидячи в кріслі колісному або на ліжку, підчепивши правою рукою під праве коліно підтягнути його вгору (до грудей), щоб відбулося згинання в коліні та обіперти ногу п'яткою об стілець, відкритий ящик чи край ліжка. Можна використовувати руку для опори (утримання рівноваги).
2. Далі натягнути шкарпетку на пальці, стопу та поправити її, розгладжуючи складки.

### **Метод 3:**

Використання спеціальних допоміжних засобів, що застосовуються для одягання шкарпеток та панчіх (рис. 3).

### ***Знімання шкарпеток:***

#### **Метод 1:**

1. Сидячи в кріслі колісному або на ліжку, закинути одну ногу на іншу перехрестивши їх, як у випадку з одяганням шкарпеток (метод 1, крок 1), так, щоб гомілка однієї ноги була трохи вище коліна іншої.
2. Зачепити великими пальцями за резинку або за петлі та стягнути шкарпетку.

#### **Метод 2:**

1. Сидячи в кріслі колісному або на ліжку, підчепивши правою рукою під праве коліно підтягнути його вгору (до грудей), щоб відбулося згинання в коліні.
2. Зачепити великими пальцями за резинку або за петлі та стягнути шкарпетку.

**Метод 3:**

1. Сидячи в кріслі колісному або на ліжку, використовуючи палку для одягання (мають крючок з одного боку і петлю для руки з іншого) або різок для взуття з довгою ручкою, зіштовхнути шкарпетку до п'яти. Передпліччя правої руки завести під праве коліно, зачепити та потягнути коліно в напрямку грудей.
2. Використовуючи палицю для одягання або зачепивши пальцями, зняти шкарпетку.

**Штани, шорти****Одягання штанів, шортів:****Метод 1 (рис. 3.2 та 3.3):**

1. Сидячи на ліжку з прямими ногами. Розмістити штани на ліжку передом догори (до стелі) паралельно до тіла.



2. Підчепивши лівою рукою під ліве коліно, підтягнути його до грудей, щоб відбулося згинання в коліні, потім, допомагаючи правою рукою, припідняти гомілку та закинути одну ногу на іншу (гомілка лівої трохи вище коліна правої ноги). Це положення звільняє ступню, тому легше натягнути калошу на пальці та на ногу вище.



3. Підтягнути калошу штанів вище по нозі, та розігнути ліву ногу, натиснувши рукою над коліном. І повторити процедуру з правою ногою (права рука під праве коліно).

4. Підтягнути штани вгору до сідниць.
5. Лягти на бік, зачепити великим або іншим пальцем за петлю для ременя та підтягнути штани

**Рис. 3.2.** Одягання штанів.

вгору на праву сідницю, потім перевернутися і повторити дії для іншого боку.

6. Використовуючи долоні поправити та розгладити штани по ногам.

7. В положенні лежачи на спині застібнути блискавку (необхідно мати петлю на застібці, щоб зачепити великим пальцем), пригладити липучку або притиснути кнопки (якщо такі є).

### Метод 2:

Крок 2 замінити на наступний: Підчепивши передпліччям правої руки під праве коліно, підтягнути коліно до грудей. Потім натягнути штани на стопу та трохи вище. Продовжити далі згідно інших кроків, описаних в методі 1.

### Метод 3:

Крок 4 замінити на наступний: Для того, щоб підтягнути штани до стегон можна використовувати тенодезний хват чи прийом «руки в кишенях». Потім необхідно перекопитися на бік, розмістити руку спереду і переміщати її до заду підтягуючи та поправляючи. Для підтягування штанів вгору може бути необхідним перевертання з боку на бік декілька разів.

### Метод 4:

Крок 4 замінити на наступний: Використання допоміжних засобів - палиці для одягання. Зачепити крічком палиці за петлю для ременя, що знаходиться спереду або збоку штанів, петлю з іншого кінця палиці накинути на кисть. Потягнути за палицю при цьому розгинаючи тулуб, тобто необхідно лягти на спину. Штани необхідно підтягнути до рівня стегон.



**Рис. 3.3.** Одягання штанів (продовження).



**Знімання штанів:**

1. Лежачи на ліжку розстібнути ремінь (якщо він є) та інші застібки.
2. Лягти на бік, зачепити великими пальцями за петлі для ременя чи пояс або засунути кулак в кишені та спустити штани трохи донизу, перекочуючись з боку на бік (почергово використовуючи руки) стягнути штани вниз по сідницям.
3. Прийняти положення сидячи, зігнути ногу в коліні (підчепивши передпліччям правої руки під праве коліно, підтягнути коліно до грудей), стягнути штани донизу.
4. Штани можна стягнути зі стоп, використовуючи паличку для одягання або зачепивши великі пальці за петлі на поясі чи всунувши кисть всередину штанів.

**Футболка, светр, пайта****Одягання футболки:**

Метод 1 (рис. 3.4):



Рис. 3.4. Одягання футболки.

1. Взяти футболку двома руками.
2. Низ задньої частини футболки прикусити зубами та просунути кисті в рукави.
3. По черзі просунути далі руки, щоб футболка опинилася вище ліктів.
4. Зібрати задню частину футболки між великим та вказівним пальцями.
5. Закинути зібрану частину футболки за голову.
6. Опустити футболку донизу та розправити

**Метод 2:**

1. Покласти футболку передньою частиною на коліна.
2. Почергово одягнути дві руки вище ліктів.
3. Великими пальцями зачепити футболку за комір та закинути її назад за голову.
4. Після того як комір футболки буде над головою, необхідно потягнути передню частину вниз, використовуючи дві руки: одну руку зсередини, іншу ззовні.
5. Опустити футболку донизу та розправити.

**Метод 3:**

1. Покласти футболку передньою частиною на коліна.
2. Спочатку просунути одну руку, потім голову, далі іншу руку. Це дозволяє бути одній руці постійно вільною та допомагати в підтримці рівноваги.
3. Опустити футболку вниз по спині, нахил тулуба вперед може полегшити це завдання.

***Знімання футболки:***

1. Просунути ліву руку під футболку до правої підпахової ямки, та стягнути правий рукав нижче ліктя.
2. Вивільнити праву руку повністю.
3. Підняти футболку над головою та вивільнити її.
4. Зняти рукав з лівої руки.

***Знімання светра, пайти:*****Метод 1:**

1. Просунути ліву руку під светр до правої підпахової ямки, та стягнути правий рукав нижче ліктя.
2. Захопити манжет правого рукава зубами та витягти руку з рукава.
3. Підняти светр над головою та вивільнити її.
4. Зняти рукав з лівої руки (можна прикусити манжет лівого рукава).

### Метод 2:

1. Зачепити великим пальцем за задню частину коміра (за головою).
2. Потягнути одяг вгору, при цьому повернути голову в бік піднятої руки. Для підтримки рівноваги можна спиратися на підлокітник крісла з протилежного боку або спиратися випрямленою рукою на стегно.

Вивільнити голову.

3. Зняти рукава (можна прикусивши манжет та потягнувши руку).

### Кардиган, сорочка, жилет

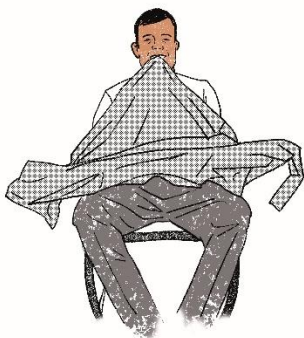
*Одягання кардиганів, сорочок, жилетів, які застібаються спереду:*

### Метод 1:

Якщо амплітуда та сила м'язів плечового поясу дозволяє одягнути сорочку у звичний спосіб: покласти одну руку в рукав, потягнувшись іншою за спину та вдягнути її в рукав.

### Метод 2 (рис. 3.5 та 3.6):

1. Покласти одяг на коліна наступним чином: спиною (задньою частиною) догори, коміром до колін
2. Захопити зубами низ сорочки, та просунути руки в пройми рукавів.
3. Відпустити низ сорочки, та перекинути її через голову.
4. Просунути одну руку через рукав.



**Рис. 3.5.** Одягання сорочки, кардигану.

5. Просунути іншу руку через рукав.
6. Поправити складки сорочки.
7. Для застібання гудзиків може знадобитися гачок для гудзиків (рис. 1.2).



### Метод 3:

1. Покласти одяг на коліна наступним чином: спиною (задньою частиною) догори, коміром до колін. Просунути дві руки під спинку одягу, помістити руки в пройми рукавів.
2. Просунути руки в рукава далі до ліктів.
3. Зібрати тканину від коміра до поли (нижня частина одягу) між великим та вказівним пальцями або між двома кистями.
4. Підняти одяг над головою та нахилити голову вперед.
5. Коли одяг буде над головою, розслабити плечі та випустити одяг з кистей. Більшість тканини виявиться на шиї (позаду голови), плечах.
6. Щоб спустити одяг нижче по тілу, знизати плечима та поправити одяг. Для кращого контролю рівноваги можна обпиратися на підлокітники крісла колісного. Можливі додаткові маневри, що необхідні для виконання завдання: зачепити зап'ястям за рукав (пройму) та витягнути тканину з-під підпахвової ямки або нахилитися вперед та дотягнутися до тканини, що за спиною, щоб потягнути її вниз.
7. Для застібання гудзиків може знадобитися гачок для гудзиків (мал. 3).



**Рис. 3.6.** Одягання сорочки, кардигану (продовження).

### Знімання:

1. Сидячи в кріслі колісному, розстібнути кнопки (якщо такі є), гудзики, липучки, та інші застібки.
2. Зачепити великим пальцем (або 4 іншими пальцями) за пройму рукава з протилежного боку та натиснути рукою донизу. Піднімання і опускання плечей з обертами тулуба можуть допомогти у вивільненні руки з рукава.

3. Витягнути руку з рукава, при цьому необхідно зігнути лікоть та притримати манжету іншою рукою (великим пальцем) або прикусивши.

### **Взуття**

#### **Взування:**

#### **Метод 1:**

1. Сидячи в кріслі колісному або на ліжку, закинути одну ногу на іншу перехрестивши їх, як у випадку з одяганням штанів (метод 1, крок 1), так, щоб гомілка однієї ноги була трохи вище коліна іншої.
2. Використовуючи тенодезний хват, потягнути язичок взуття (якщо є) до переду, щоб розширити отвір.
3. Взуття захопити і розмістити між долонними поверхнями обох рук, насунути на пальці ніг та підтягнути до п'яти.
4. Натиснути на п'яту підошви. Повторити з іншою ногою.

#### **Метод 2:**

Крок 4 замінити на наступне: опустити ступню з взуттям (можна підтримувати однією рукою) на підніжку крісла колісного або на підлогу, так щоб утворився кут 90 градусів згинання в коліні. Натиснути руками на зігнуте коліно донизу.

### **Самостійне одягання при паралегії:**

#### **Шкарпетки та панчохи**

#### **Одягання:**

#### **Метод 1 (рис. 3.7):**

1. Сидячи в кріслі колісному або на ліжку, закинути одну ногу на іншу перехрестивши їх, так, щоб гомілка однієї ноги була трохи вище коліна іншої.
2. Натягнути шкарпетку на ступню та поправити її, розгладити складки.



**Рис. 3.7.** Одягання шкарпеток.

#### **Метод 2:**

1. Сидячи на кріслі колісному або на ліжку зі спущеними ногами, нахилитися вперед.
2. Натягнути шкарпетку на ступню та поправити її, розгладити складки.

**Метод 3:**

1. Сидячи в кріслі колісному або на ліжку, підтягнути коліно до грудей та обіперти ногу п'яткою об стілець, відкритий ящик чи край ліжка.
2. Натягнути шкарпетку на пальці, стопу та поправити її, розгладити складки.

**Знімання:****Метод 1:**

1. Сидячи в кріслі колісному або на ліжку, закинути одну ногу на іншу перехрестивши їх, так, щоб гомілка однієї ноги була трохи вище коліна іншої
2. Стягнути шкарпетку зі стопи.

**Метод 2:**

1. Сидячи в кріслі колісному або на ліжку, підтягнути коліно до грудей, утримувати ногу в такому положенні однією рукою.
2. Іншою рукою стягнути шкарпетку зі стопи.

**Штани, шорти та нижня білизна****Одягання:****Метод 1. На ліжку:**

1. Сидячи на ліжку з прямими ногами. Розмістити штани на ліжку передом вгору (до стелі) паралельно до тіла.
2. Закинути одну ногу на іншу перехрестивши їх, так, щоб гомілка однієї ноги була трохи вище коліна іншої, як у випадку з одяганням шкарпеток (метод 1, крок 1 при тетраплегії).
3. Потім натягнути калошу штанів на стопу та трохи вище.
4. Розігнути ногу або прийняти положення неповного розгинання коліна. І повторити процедуру з іншою ногою (закинути ногу, щоб гомілка однієї ноги була вище коліна іншої).

5. Підтягнути штани вгору до сідниць.
6. Лягти на бік, утримуючи в руці пояс штанів потягнути вгору на праву сідницю, потім перевернутися на інший бік і повторити дії іншою рукою.
7. Поправити та розгладити штани по ногам.
8. В положенні лежачи на спині застібнути блискавку, гудзики або притиснути кнопки (якщо є).

### Метод 2.

Крок 2 замінити на наступний: В положенні лежачи на спині, допомагаючи однією рукою зігнути ногу в коліні та стегні, максимально наблизивши коліно до грудей. Іншою, вільною рукою, натягнути штани на стопу та вище по голені, розігнути ногу. Повторити для іншої ноги. Продовжити, починаючи з кроку 5, метода 1.

### Метод 3. На кріслі колісному:

1. Сидячи на кріслі колісному, допомагаючи однією рукою підтягнути коліно до грудей.
2. Іншою, вільною рукою, накинути на стопу штани та підтягнути вгору по голені, вивільнивши стопу (рис. 3.8).
3. Розігнути ногу, та повторити все для іншої ноги.
4. Підтягнути штани максимально вгору.
5. Перенести вагу на один бік (нахилитися в один бік та припіднятися на одній руці), звільнити сідницю та підтягнути по ній вгору штани (рис. 3.9). Перенести вагу на інший бік та повторити дії. Застібнути наявні блискавки, гудзики.



Рис. 3.8.



Рис. 3.9.

### Футболка, сорочка, светр, пайта, кардиган

Загалом, проблем з одяганням та зніманням футболок, сорочок, светрів, кардиганів, пайт у людей з параплегією не мало би бути. Але у разі їх виникнення чи наявності, можна використовувати методики, описані для одягання при тетраплегії або допоміжні засоби (наприклад, палиця для одягання (рис. 1.2).

## **Взуття**

### **Взування:**

#### **Метод 1 (рис. 3.10):**

1. Сидячи в кріслі колісному або на ліжку, закинути одну ногу на іншу перехрестивши їх, як у випадку з одяганням шкарпеток (метод 1, крок 1 при тетраплегії) так, щоб гомілка однієї ноги була трохи вище коліна іншої.
2. Потягнути язичок взуття (якщо є) до переду, щоб розширити отвір.
3. Взуття насунути на стопу.
4. Натиснути на п'яту підошви. Повторити з іншою ногою.



**Рис. 3.10.** Взування.

#### **Метод 2:**

Крок 4 замінити на наступне: опустити ступню з взуттям (можна підтримувати однією рукою) на підніжку крісла колісного або на підлогу, так щоб утворився кут 90 градусів згинання в коліні. Натиснути руками на зігнуте коліно донизу.

### **3.3. Визначення рівня функціональних можливостей**

Для більшої достовірності результатів та ефективного підбору методик, через відсутність даних про неврологічний рівень ураження учасників було розроблено коротке оцінювання на основі методики проведення тестування за шкалою ASIA (ISNCSCI «Motor Exam Guide», 2020). Це дало змогу оцінити відповідність стану учасників рівневі функціональних можливостей, який характерний для травми шийного відділу спинного мозку.



Оцінка функціонального рівня може здійснюватися як у безпосередній присутності екзаменатора біля пацієнта, так і при онлайн-консультуванні з використанням відео-зв'язку, та допомоги родичів чи доглядальників у здійсненні відеозйомки та наданні вихідного положення кінцівкам чи підтримці. Ціллю даного тестування є не виявлення моторного рівня ураження, а оцінка відповідності сили м'язів верхніх кінцівок критеріям, необхідним для виконання самостійного одягання (мінімум 3 бали) (Early, 2012) та виділення осіб, які перенесли травму саме шийного відділу спинного мозку для подальшої роботи з ними. Це є критеріями включення до експерименту. Однак, наголошуємо, що описаними модифікованими методиками можуть користуватися як люди з тетраплегією, так і з параплегією. Крім цього, до початку навчання самостійному одяганню слід звертати увагу на амплітуду рухів в суглобах, можливість утримувати рівновагу сидячи та лежачи на боці (можна використовувати поручні або ремені безпеки), перекинутись з боку на бік, пальцевого захоплення (в тому числі тенодезного хвату) та ін. (Early, 2012).

Проводиться тестування ключових м'язів за шкалою ASIA наступним чином:

**Положення пацієнта для тестування:** лежачи на спині.

**Сегмент C<sub>5</sub>** відповідає за згинання ліктя, ключовими м'язами виступають двоголовий м'яз плеча та плечовий м'яз.

**Положення тестованої кінцівки:** верхня кінцівка пацієнта повністю розігнута в ліктьовому суглобі, плече приведене, передпліччя супіноване, зап'ястя в нейтральному положенні.

**Екзаменатор** (ерготерапевт або помічник, може бути родич чи доглядальник у випадку онлайн-консультування) підтримує зап'ястя пацієнта, але не допомагає виконувати рух та попереджує різке падіння руки, після того як пацієнт досягає згинання 90 градусів в ліктьовому суглобі.

**Інструкція для пацієнта:** «Зігніть лікоть та спробуйте торкнутися рукою носа».

Інші м'язи, які іннервуються C<sub>5</sub>, відповідають за супінацію передпліччя та за повний діапазон рухів плечового суглобу: згинання, розгинання, відведення, приведення, зовнішня та внутрішня ротація.

**C<sub>6</sub>** – розгиначі зап'ястя: довгий і короткий променеві розгиначі зап'ястя.

**Положення тестованої кінцівки:** верхня кінцівка пацієнта повністю розігнута в ліктьовому суглобі, плече приведенне, передпліччя проноване, зап'ястя зігнуте.

**Екзаменатор** притримує дистальний відділ передпліччя, щоб зап'ястя на початку мало достатнє згинання для тестування.

**Інструктаж для пацієнта:** Розігніть зап'ястя та підніміть пальці до стелі.

Слід звернути увагу, що можлива імітація розгинання зап'ястя супінацією передпліччя та використанням сили тяжіння, тому необхідно переконатися, що передпліччя стабілізоване і знаходиться в правильному положенні.

Неключові м'язи для C<sub>6</sub> виконують пронацію передпліччя та згинання зап'ястя.

**C<sub>7</sub>** – розгиначі ліктя: триголовий м'яз плеча.

**Положення тестованої кінцівки:** плече знаходиться в положенні нейтральної ротації, приведенне. Лікоть повністю зігнутий, долоня руки біля вуха.

**Екзаменатор** підтримує проксимальну частину руки (плече).

**Інструкції для пацієнта:** «Випряміть свою руку».

Пацієнт має здійснити рух по повній амплітуді та досягти повного розгинання ліктя. Розгинання ліктя може імітуватися зовнішньою ротацією плеча, швидким згинанням ліктя, з наступним розслабленням при спастичності трицепсів. Ці заміни можна мінімізувати, забезпечивши правильне положення для тестування підтримкою, правильними вказівками пацієнту та уникнення швидкого згинання в ліктьовому суглобі. Необхідно проводити пальпацію трицепсів для підтвердження того, що пацієнт використовує відповідний м'яз для тесту.

Також іннервуються м'язи, що відповідають за згинання та розгинання в проксимальних суглобах пальців та згинання, розгинання, відведення великого пальця.

**C<sub>8</sub>** – довгі згиначі пальців: глибокі м'язи-згиначі пальців.

**Положення тестованої кінцівки:** верхня кінцівка пацієнта повністю розігнута в ліктьовому суглобі, плече приведене, передпліччя супіноване, зап'ястя в нейтральному положенні. П'ястково-фалангові (ПФ) і проксимальні міжфалангові суглоби (ПМС) є стабілізовані в розгинанні.

**Екзаменатор** двома руками захоплює руку пацієнта і стабілізує зап'ястя в нейтральному положенні. Утримує ПМФ та ПФ суглоби в положенні розгинанні обома руками, коли середній палець ізолюється для тестування. Стабілізує долонну поверхню середньої фаланги 3-го пальця великим пальцем розташованої навпроти руки.

Як альтернативний метод для стабілізації може використовуватися одна рука замість двох. ПМФ та ПФ суглоби стабілізуються, як описано вище великим пальцем стабілізуючої руки, фіксацією середньої фаланги.

**Інструкції пацієнту:** «Зігніть кінчик середнього пальця».

При тестуванні, зап'ястя необхідно ретельно стабілізувати. Мимовільний рух дистальної фаланги може виникнути при наявності активного розгинання зап'ястя. Такий тенодез можна неправильно трактувати як довільне скорочення довгих згиначів пальців.

Також можна спостерігати згинання в п'ястково-фалангових суглобах та протиставлення, приведення, відведення великого пальця.

$T_1$  – абдуктори мізинця: відвідний м'яз мізинця.

**Положення тестованої кінцівки:** плече знаходиться в положенні внутрішньої ротації, приведене та зігнуте на 15 градусів. Ліктьовий суглоб - 90 градусів згинання, передпліччя проноване, зап'ястя в нейтральному положенні.

**Екзаменатор** підтримує руку пацієнта, стежить за тим, щоб ПМС були стабілізовані і не відбулося перерозгинання.

**Інструкція для пацієнта:** «Відведіть свій мізинець від безіменного пальця або розведіть пальці вбоки».

Розгинання мізинця може імітувати його відведення, правильне положення і стабілізація мінімізувати цю помилку.

Також  $T_1$  відповідає за відведення вказівного пальця.

Відповідно до шкали ASIA ( пункт Impairment Scale (AIS)) (табл 1.3), повне ураження характеризується відсутністю руху та чутливості нижче рівня травми, тому про відповідність функціональним можливостям, які характерні для шийного рівня травми спинного мозку можна говорити у випадку негативного тестування відвідного м'язу мізинця.

Якщо пацієнт виконує рух не в повному обсязі, тобто не по повній амплітуді (при тестуванні будь-якого із зазначених вище м'язів), можна вважати, що оцінка сили тестованих м'язів відповідає 2 балам. Це говорить про неповний характер ураження, наявність зони часткового збереження та дає можливість говорити про організацію роботи направлену на збільшення сили цих м'язів для розширення меж функціональних можливостей. Порядок та організація тестування м'язів згідно шкали ASIA для інших балів описано в посібнику Міжнародних стандартів неврологічної класифікації ураження спинного мозку (ISNCSCI «Motor Exam Guide», 2020).

Також оцінку функціональних можливостей пацієнта можна виконати при спостереженні за виконанням активностей повсякденного життя та використовуючи заняттєвий аналіз.

### **3.4. Ефективність методик самостійного одягання**

Оцінка ефективності методик була організована наступним чином: бажаючі отримати посібник під час попереднього анкетування залишали електронні адреси в спеціально відведеній графі. Розсилка посібника та посилення на другий етап онлайн-анкетування (так як присутність дослідника під час практикування самостійного одягання для оцінки цього процесу була неможливою) відбувалися лише на вказані електронні адреси. У разі виникнення питань в учасників, їм також надсилалися контактні дані дослідника для зв'язку. Питання анкетування включали суб'єктивну оцінку виконання та рівня задоволення виконанням, яка оцінювалася згідно COPM (від 1 до 10). Оцінка можливості самостійного одягання та об'єм необхідної допомоги відбувалася

згідно підпунктів «Одягання верхньої частини тіла» та «Одягання нижньої частини тіла» самооцінювання SCIM-III від 0 до 4. Розподіл балів був наступним:

- 0 - Потрібна тотальна допомога (родичі або доглядальники повністю одягають і роздягають).
- 1 - Потрібна часткова допомога (родичів або доглядальників), навіть з простим одягом.
- 2 - Не потрібна допомога в одяганні простого одягу, але необхідне використання допоміжних засобів.
- 3 - Незалежна/ий в одяганні простого одягу, лише потрібна допомога або допоміжні засоби для одягання складного одягу.
- 4 - Повністю самостійна/ий в одяганні.

Аналіз даних виконувався з використанням мови R та середовища R-Studio. Значущість змін визначалася за допомогою Wilcoxon signed-rank test, методом непараметричної статистики, що обумовлено малою кількістю учасників (рівень статистичної значущості  $p < 0,05$ ).

До наступного етапу аналізу результатів допущено 7 учасників, у яких рівень функціональних можливостей відповідав ураження шийного відділу спинного мозку. В середньому зворотній зв'язок від учасників був отриманий від 4 до 7 днів після розсилки. Серед них 5 чоловіків та 2 жінки. Середній вік складав 35,29 років ( $\pm 8,24$ ). Мінімальний вік – 26 років, максимальний вік - 47 років. Ознайомлення з методиками самостійного одягання та їх відпрацювання учасники здійснювали в домашніх умовах. У разі виникнення питань стосовно посібника чи оцінювання учасники мали змогу зв'язатися з дослідником, так як разом з посібником їм було надіслано контактні дані.

В таблиці 3.2 та 3.3 представлена характеристика оцінки самостійного одягання до та після використання методик, представлених в посібнику. При цьому всі учасники відмітили, що інформація була для них корисною, не залежно від того чи відбулися позитивно видимі зміни у виконанні самостійного одягання, рівневі задоволення виконанням, зменшенні залежності, чи ні. Однак, додатково було відмічено, що однією з можливих причин відсутності прогресу

є проблеми з рівновагою та контролем тулуба. На жаль, процес покращення цих показників тривалий і не входив в завдання даної роботи. Але можна виокремити дану проблему для майбутнього більш детального вивчення.

Таблиця 3.2

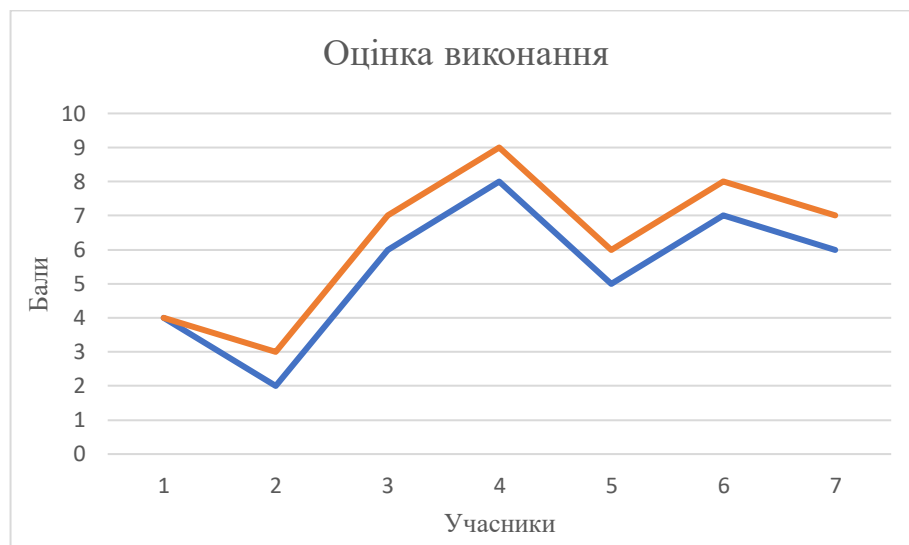
### Характеристика оцінки отриманих результатів за СОРМ

	Вік	Виконання до	Виконання після	Задоволення до	Задоволення після
Учасник 1	26	4	4	5	5
Учасник 2	46	2	3	3	5
Учасник 3	27	6	7	7	8
Учасник 4	32	8	9	9	9
Учасник 5	36	5	6	5	7
Учасник 6	47	7	8	7	8
Учасник 7	29	6	7	6	8
$\bar{X}$	35,29	5,43	6,28	6	7,14
$SD$	8,24	1,99	2,14	1,91	1,57
$p$		0,01		0,04	

З таблиці 3.2 бачимо вік учасників та їх оцінки виконання та рівня задоволення виконанням самостійного одягання до і після ознайомлення й застосування запропонованих методик. Оцінювання відбувалося за шкалами, поданими в СОРМ (див. додаток В). До використання методик, описаних в посібнику, оцінка виконання самостійного одягання складала  $5,43 \pm 1,99$ , після використання –  $6,28 \pm 2,14$ , при цьому  $p = 0,0143059$  ( $p < 0,05$ ), що вказує на статистичну значущість отриманих змін. Рівень задоволеності виконанням був оцінений до та після використання методик  $6 \pm 1,91$  та  $7,14 \pm 1,57$  відповідно. Різниця є статистично значущою:  $p = 0,0384339$  ( $p < 0,05$ ).

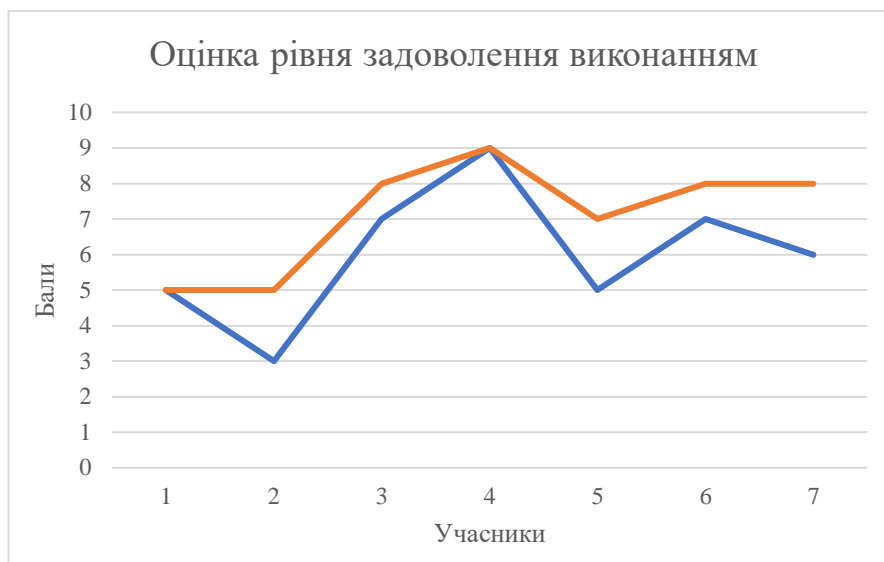
На рис. 3.11 та 3.12 зображені графіки розподілу балів кожного учасника за 10 бальною шкалою. Рис. 3.11 показує оцінку виконання самостійного одягання, рис. 3.12 - оцінку рівня задоволеності виконанням:

- бали до використання методик, описаних в посібнику;
- бали після використання методик, описаних в посібнику.



**Рис. 3.11.** Графік розподілу балів до та після використання методик (оцінка виконання).

На цьому графіку бачимо збільшення показників оцінки виконання після використання запропонованих методик.



**Рис. 3.12.** Графік розподілу балів до та після використання методик (рівень задоволеності виконанням).

На графіку, який зображено на рис. 3.12 бачимо різні рівні оцінки задоволення виконанням або його відсутність після використання посібника

модифікованими методиками одягання та роздягання, але з переважанням позитивної оцінки.

Таблиця 3.3

### Характеристика оцінки отриманих результатів за самооцінкою SCIM

	SCIM вх до	SCIM вх після	SCIM н до	SCIM н після
Учасник 1	2	2	1	1
Учасник 2	1	2	0	1
Учасник 3	2	3	2	2
Учасник 4	3	3	3	3
Учасник 5	2	3	2	3
Учасник 6	3	3	3	3
Учасник 7	4	4	4	4
$\bar{X}$	2,43	2,86	2,14	2,43
$SD$	0,98	0,69	1,34	1,13
$p$	0,08		0,16	

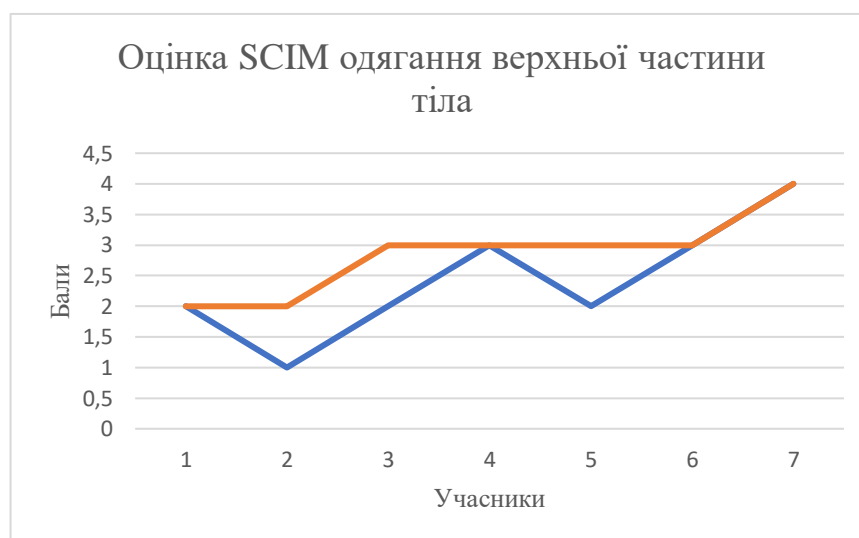
З таблиці 3.3 бачимо оцінки одягання з використанням самооцінювання SCIM-III для одягання верхньої та нижньої частин тіла. Середнє значення для одягання верхньої частини тіла до використання посібника було  $2,43 \pm 0,98$  та  $2,86 \pm 0,69$  після. Показник  $p = 0,0832645$  ( $p > 0,05$ ), що вказує на відсутність статистичної значущості. Одягання нижньої частини тіла оцінено в  $2,14 \pm 1,34$  та  $2,43 \pm 1,13$  до та після використання методик, різниця не є статистично значущою, так як  $p = 0,157299$  ( $p > 0,05$ ). Крім того  $p(x \leq Z) = 0,0786496$  вказує на ймовірність (15,73%) появи помилки типу 1 (відхилення правильної гіпотези). Можливими причинами цього можуть бути мала кількість учасників, вузький розподіл в балах для оцінки (від 0 до 4) та невелика кількість часу, яку було відведено на ознайомлення з методиками, поданими в посібнику, та впровадженням їх у повсякденну діяльність. Так, покращення у виконанні могли статися в проміжку між переходом від однієї оцінки до іншою, що не може бути відміченим при користуванні SCIM. Тому для отримання більш достовірної



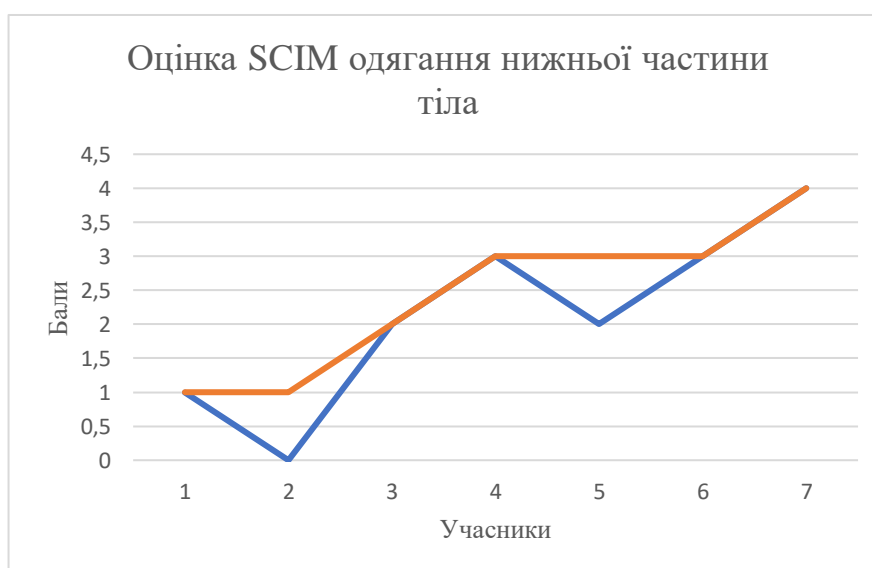
інформації та виключення появи помилки типу 1, рекомендується застосування SCIM при оцінюванні ефективності методик у разі більш тривалого втручання.

На рис. 3.13 та 3.14 зображені графіки розподілу балів кожного учасника відповідно до балів за самооцінюванням SCIM окремо для верхньої та нижньої частин тіла.

- бали до використання методик, описаних в посібнику;
- бали після використання методик, описаних в посібнику.



**Рис. 3.13.** Графік розподілу балів до та після використання методик за SCIM (одягання верхньої частини тіла).



**Рис. 3.14.** Графік розподілу балів до та після використання методик за SCIM (одягання нижньої частини тіла).

На графіках, які зображені на рис. 3.13 та 3.14 бачимо переважання відсутності змін у оцінці за SCIM після використання модифікованих методик одягання, але для деяких учасників відображений приріст балів.

## ВИСНОВКИ

1. Аналіз науково-методичної літератури показав необхідність розробки та адаптації методик самостійного одягання для осіб після перенесеної травми шийного відділу спинного мозку в українських реаліях. Так як питання наявності проблем, пов'язаних з одяганням та користуванням одягом постає досить гостро для даної категорії людей. Проте, існує декілька можливих шляхів рішення: використання адаптаційного одягу, застосування модифікованих способів одягання або допоміжних засобів для одягання. Кожен з них знайшов своє місце у роботі ерготерапевтів та житті осіб після перенесеної травми шийного відділу спинного мозку за кордоном. В Україні обізнаність про наявність цих способів полегшення одягання досить низька, так як ерготерапія лише починає свій розвиток і на ринку майже відсутні допоміжні засоби одягання. Розробкою адаптаційного одягу вже більше десятиліття займаються на базі Київського національного університету технологій та дизайну, але поки що, розроблений ними одяг не набув широкого поширення. Крім закордонних колег необхідність навчання самостійному одяганню відзначають і українські спеціалісти, але поки що не було представлено методик одягання модифікованим способом, які б полегшували або робили можливим одягання осіб після перенесеної травми шийного відділу спинного мозку.

2. Оцінка результатів попереднього анкетування показала, що в Україні майже не використовують шкалу ASIA для встановлення діагнозу та неврологічного рівня ураження, що впливає на організацію подальшої допомоги особи після перенесеної травми шийного відділу спинного мозку мають проблеми з одяганням, роздяганням, при цьому часто є повністю або частково залежними від родичів або доглядальників у цих процесах. Крім основних функціональних обмежень, які притаманні для ураження шийного відділу спинного мозку, можуть додатково бути присутні різні обмежуючі фактори медичного характеру (контрактури, пролежні, осифікати, больовий синдром), що також впливають на самостійне одягання. До того ж, наявність гудзиків,

блискавок, шнурків негативно впливають на навичку самостійного одягання у осіб після перенесеної травми шийного відділу спинного мозку.

3. Розроблені рекомендації по підбору одягу та самостійному одяганню направлені на осіб після перенесеної травми шийного відділу спинного мозку, але їх також можуть застосовувати особи після перенесеної травми інших відділів спинного мозку. Ці рекомендації включають методики одягання при тетраплегії та параплегії різного одягу, що дає змогу індивідуалізовано підійти до формування навички самостійного одягання. Також посібник з модифікованими методиками одягання є в двох варіантах для користування особами після перенесеної травми спинного мозку, їхніми родичами, доглядальниками, та для ерготерапевтів та помічників ерготерапевтів.

4. Застосування методик, поданих в посібнику для особами після перенесеної травми шийного відділу спинного мозку показало статистично значуще зростання показників виконання з  $5,43 \pm 1,99$  до  $6,28 \pm 2,14$  та задоволення виконанням самостійного одягання з  $6 \pm 1,91$  до  $7,14 \pm 1,57$  ( $p < 0,05$ ). Оцінювання змін у самостійному одяганні після застосування методик, поданих у посібнику, використовуючи підпункти SCIM «одягання верхньої частини тіла» та «одягання нижньої частини тіла» показало зростання оцінки з  $2,43 \pm 0,98$  до  $2,86 \pm 0,69$  для верхньої та з  $2,14 \pm 1,34$  до  $2,43 \pm 1,13$  для нижньої частин тіла, які виявилися статистично незначущими ( $p > 0,05$ ). Також існує ймовірність появи помилку типу 1 у випадку використання SCIM для оцінки, що робить необхідним повторне вивчення даного питання з більшою кількістю учасників.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:**

1. Агаджанян Н. А. (2001) *Основы физиологии человека: Учебник для студентов вузов, обучающихся по медицинским и биологическим специальностям* (2-е изд., испр.) - М.: РУДН, 408с.
2. Бірта Г. О. (2014) *Методологія і організація наукових досліджень*: навч. посіб. К. : «Центр учбової літератури», 142 с.
3. Всесвітня організація охорони здоров'я (2013). *Повреждение спинного мозга* [Электронный ресурс]: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/spinal-cord-injury>
4. Всесвітня організація охорони здоров'я. WHOQOL: Measuring Quality of Life [електронний ресурс]: <https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>
5. Гончаренко С. У. (2008) *Педагогічні дослідження. Методологічні поради молодим науковцям*. Київ-Вінниця: ДОВ «Вінниця»,. 278с.
6. Гординська М. А. (2020) Реабілітаційний прогноз після травми спинного мозку. *Право на реабілітацію. Інформаційний бюлетень. №1 (4)*.
7. Горіщак С. П. (2018) Актуальні питання класифікації хребетно-спинномозкових травм. *Міжнародний медичний журнал, № 2*.
8. Гур'єв С.О., Резніченко Ю.В., Сацик С.П., Кушнір В.А. (2017) Аналіз клінічних результативних ризиків у постраждалих із вертеброторакальною травмою. *Травма, том 18, № 5*.
9. Єжова О. О. (2013) *Спортивна фізіологія у схемах і таблицях: посібник для студентів інститутів фізичної культури*. – Суми: СумДПУ імені А. С. Макаренка, 164 с.

10. Крук Б. Р. (2006) *Нові технології фізичної реабілітації неповносправних осіб із хреботно-спинномозговою травмою шийного відділу*. Л.: Українські технології, 135 с.
11. Максименко С. Д., Соловієнко В. О. (2000) *Загальна психологія: навчальний посібник*. К.: МАУП, 256 с.
12. Манукян К. А., Сафина Л. А., Хамматова Э. А. (2017) Проектирования одежды людям с ограниченными возможностями в соответствии с эргономическими и эксплуатационными требованиями. *Вестник технологического университета*. Т.20, №6, с.79-82
13. Міністерство охорони здоров'я України (13.06.2008) *Наказ № 317 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Нейрохірургія»*
14. Міністерство охорони здоров'я України (13.12.2018) *Наказ № 2331 «Про зміни до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників»*. Випуск 78 «Охорона здоров'я»
15. Міністерство охорони здоров'я України (21.12.2018) *Наказ № 2449 «Про внесення змін до перекладу Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я та Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків»*.
16. Педанченко Є. Г. (ред.). (2019). *Стандартизація в нейрохірургії. Частина 1. травматичні ушкодження центральної та периферичної нервової системи*. Київ: ДУ «ІНХ НАМНУ», 152 с.
17. Піча В. М. (1999) *Соціологія: загальний курс. Навчальний посібник для студентів вищих закладів освіти України*. К., “Каравела”, 248 с.
18. Платій П. Д., Сущева І. В., Мосендз Т. М. (2009) *Психофізіологічні особливості формування рухових навичок у школярів. Проблеми сучасної психології*. 2009. Випуск 4

19. Полищук Н. Е, Корж Н.А., Фищенко В.Я. (ред.). (2001) *Повреждения позвоночника и спинного мозга*. Киев.: Книга плюс, 388 с.
20. Попсуйшапка К.О. (2018) *Лікування переломів тіл хребців грудного та поперекового відділів хребта*: (дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук). Державна установа «інститут патології хребта та суглобів імені професора М.І.Ситенка. Національної академії медичних наук України», Харків.
21. Приходченко О. В. (2007) *Разработка и исследование адаптационной одежды для людей с ограниченными двигательными возможностями*: (диссертация кандидата технических наук). Шахты, 229 с.
22. Приходченко О. В. (2012) Актуальные проблемы проектирования одежды для людей с ограничениями здоровья. *Технології та дизайн*, Київ.
23. Синельников Р. Д., Синельников Я. Р. (1996) *Атлас анатомии человека: учеб. пос.* (2е изд., стереотипное, в 4 томах. Т. 1), М.: Медицина, 344 с.
24. *Словник української мови*: в 11 томах. (1970), (Том 1), 416 с.
25. Супрун Н. П. (2010) Основні принципи вибору матеріалів для адаптаційного одягу. *Вісник Київського національного університету технологій та дизайну*, № 5 (т. 1). - С. 134-138.
26. Супрун Н. П., Власенко В. І., Арабулі С. І. (2011) *Текстиль та багатофункціональні текстильні композиційні матеріали у виробках для інвалідів та важкохворих* (монографія), К.: КНУТД, 182 с.
27. Тарасенко О. М., Мирончук Л. В. (2014) Аналіз помилок при виконанні оперативних втручань у пацієнтів з ускладненою хребетно-спинномозковою травмою. *Вісник проблем біології і медицини*, вип. 3, том 1 (110).
28. Триумфов А.В. (2007) *Топическая диагностика заболеваний нервной системы* (15-е изд.) М.: МЕДпресс-информ,. – 264 с.: ил.

29. Цимбалюк В.І., Ямінський Ю.Я. (2011) Застосування методу епідуральної електростимуляції у відновному хірургічному лікуванні хворих з наслідками травматичного ушкодження шийних сегментів. *Український нейрохірургічний журнал, №1.*
30. Чередниченко Т. В., Баюн Ю. В., Букрий А. О. (2019) Тактика ведення больных с закрытой черепно-мозговой травмой в остром периоде (клинический случай). *East European Journal of Neurology №1 (25).*
31. Albanez L. (б. д.). *Uniform Terminology for Occupationall Therapy (Third Editionn.)*
32. ASIA and ISCoS International Standards Committee (2019) The 2019 revision of the International Standards for Neurological Classification of Spinal Cord Injury (ISNCSCI)—What’s new? *Spinal Cord volume 57*, p. 815–817.
33. Attri Raman K. (2019) *The Models of Skill Acquisition and Expertise Development: A Quick Reference of Summaries.*
34. Bandura A. (1986) *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory.* Prentice-Hall, 617 p.
35. Bromley I. (2006). *Tetraplegia and Paraplegia. 6th Edition. A Guide for Physiotherapists.*
36. Brown J. (1959). A Guide Towards Helping the Disabled Person to be Independent with Dressing. *Australian Occupational Therapy Journal, 6(4)*, 14–18.
37. Carswell A, McColl MA, Baptiste S, Law M, Polatajko H, Pollock N. (2004). The Canadian Occupational Performance Measure: a research and clinical literature review. *Can J Occup Ther., 71(4)*: 210-22
38. Catz, A.L., Itzkovich, M., Tesio, L., Biering-Sorensen, F., Weeks, C., Laramee, M.T., et al. (2007 Apr). A multicenter international study on the Spinal Cord Independence Measure, version III: Rasch psychometric validation. *Spinal Cord, 45(4)*, 275-291



39. de França I.S., Coura A.S., de França E.G., Basílio N.N., Souto R.Q. (2011). Quality of life of adults with spinal cord injury: A study using the WHOQOL-bref. *Rev Esc Enferm USP*. 45(6):1364-71
40. Donnelly, C., Eng, J., Hall, J. et al. (2004) Client-centred assessment and the identification of meaningful treatment goals for individuals with a spinal cord injury. *Spinal Cord* 42, 302–307.
41. Early Mary Beth. (2012) *Physical Dysfunction Practice Skills for the Occupational Therapy Assistant* (3rd Edition.)
42. *Gale Encyclopedia of Medicine*. (4th ed), (2011) Farmington Hills, Michigan: Gale Cengage Learning Inc.
43. Hagen E.M., Rekan T., Gilhus N.E., Grønning M.(2012) Traumatic spinal cord injuries--incidence, mechanisms and course. *Tidsskr Nor Laegeforen*
44. Hagen Ellen Merete (2015) Acute complications of spinal cord injuries, *World J Orthop*. 6(1), 17–23.
45. Harrast, M.A., (2005) *Clinical Practice of Physical Medicine & Rehabilitation*. Washington: University of Washington, School of Medicine
46. Hasan S.A., Subhani M.I., Osman A. (2011) New article of clothing translates the mood of an individual. *Int J Bus Soc Sci*. MPRA Paper No. 34761.
47. Hetz, S. P., Latimer, A. E., & Ginis, K. A. M. (2009). Activities of daily living performed by individuals with SCI: Relationships with physical fitness and leisure time physical activity. *Spinal Cord*, 47(7), 550–554.
48. Howe I. (2012). *Fashioning Identity: Inclusive Clothing Design and Spinal Cord Injury*. Sydney, Australia: University of Sydney. 440 p.
49. Huber Jeffrey J. (2013) *Applying Educational Psychology in Coaching Athletes*.

50. Ide-Okochi Ayako, Tadaka Etsuko, Fujimura Kazumi (2013) The meaning of self-care in persons with cervical spinal cord injury in Japan: a qualitative study. *BMC Neurol.*
51. Ikata Takaaki (2002) The new name: International Spinal Cord Society. *Spinal Cord, volume 40*, p. 211.
52. International Standards for Neurological Classification of SCI (ISNCSCI) Worksheet [электронный ресурс]: <https://asia-spinalinjury.org/international-standards-neurological-classification-sci-isncsci-worksheet/>
53. International Standards for the Classification of Spinal Cord Injury (2020) *Motor Exam Guide* [электронный ресурс]: [https://asia-spinalinjury.org/wp-content/uploads/2016/02/Motor\\_Exam\\_Guide.pdf](https://asia-spinalinjury.org/wp-content/uploads/2016/02/Motor_Exam_Guide.pdf)
54. Kabel, A., McBee-Black, K., & Dimka, J. (2016). Apparel-related participation barriers: ability, adaptation and engagement. *Disability and Rehabilitation, 38*(22), 2184–2192.
55. Kalsi-Ryan, S., Vaccaro A. R., Fisher C. G., & Wilson J. R. (Ed.) (2018). *International Standards for Neurological Classification of Spinal Cord Injury (ISNCSCI)*, Landmark Papers. CRC Press. с. 83–86.
56. Laleh Leila, Latifi Sahar, Koushki Davood, Matin Marzieh, Javidan Abbas Norouzi, and Yekaninejad Mir Saeed (2015). Assessment of Attention to Clothing and Impact of Its Restrictive Factors in Iranian Patients with Traumatic Spinal Cord Injury (ACIRF-SCI): Introduction of a New Questionnaire. *Top Spinal Cord Inj Rehabil. 21*(3), 257–265.
57. LaVela, S. L., Etingen, B., & Miskevics, S. (2016). Factors Influencing Self-Care Behaviors in Persons with Spinal Cord Injuries and Disorders. *Topics in spinal cord injury rehabilitation, 22*(1), 27–38.
58. Lowman, E. W., & Rusk, H. A. (1959). Self-help Devices: Aids to Dressing. *Postgraduate Medicine, 26*(1), 73–75.

59. Martin S. Rice, Franklin Stein, and George Tomlin (2019) *Clinical research in occupational therapy* (Sixth edition), Thorofare, NJ: Slack Incorporated,
60. Maynard, F. M., Bracken, M. B., Creasey, G., Ditunno, J. F., ..., Young, W. (1997). International Standards for Neurological and Functional Classification of Spinal Cord Injury. *Spinal Cord*, 35(5), 266-74
61. Mlinac, M. E., & Feng, M. C. (2016). Assessment of Activities of Daily Living, Self-Care, and Independence. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 31(6), 506–516.
62. *Mosby's Field Guide To Occupational Therapy For Physical Dysfunction* (2013) St. Louis, Mo.: Elsevier
63. Nas K., Yazmalar L., Şah V., Aydın A., Öneş K. (2015) Rehabilitation of spinal cord injuries. *World J Orthop* ; 6(1), 8-16
64. Ozelie Rebecca, Gassaway Julie, Buchman Emily, Thimmaiah Deepa, Heisler Lauren, ..., Whiteneck Gale (2012) Relationship of occupational therapy inpatient rehabilitation interventions and patient characteristics to outcomes following spinal cord injury: *The SCIRehab Project*
65. Ramezani F., Mazraeh S.A., (2018) The Effectiveness of Life Skills Training on Life Satisfaction in Patients with Spinal Cord Injury *Клиническая и специальная психология. Том 7. № 3. С. 135–145.*
66. Rekand T., Hagen E.M., Grønning M. (2012) Spasticity following spinal cord injury. *Tidsskr Nor Laegeforen.*
67. Schönherr, M. C., Groothoff, J. W., Mulder, G. A., & Eisma, W. H. (2005). Participation and satisfaction after spinal cord injury: Results of a vocational and leisure outcome study. *Spinal Cord*, 43(4), 241–248.
68. Sezer Nebahat, Selami Akkuş, Uğurlu Gülçin Fatma (2015) Chronic complications of spinal cord injury *World J Orthop.*; 6(1), 24–33.

69. Sisto S. A., Druin E., & Sliwinski M. M. (2008). *Spinal Cord Injuries: Management and Rehabilitation*. Elsevier Health Sciences.
70. Thomas Jefferson University Hospital and Magee Rehabilitation (2009) *Activities of Daily Living-Spinal Cord Injury Manual*. *Spinal Cord Injury Manual (English)*
71. van Leeuwen, C. M. C., Post, M. W. M., van Asbeck, F. W. A., Bongers-Janssen, H. M. H., van der Woude, L. H. V., de Groot, S., & Lindeman, E. (2012). Life satisfaction in people with spinal cord injury during the first five years after discharge from inpatient rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 34(1), 76–83.
72. van Middendorp Joost J., Goss Ben, Urquhart Susan, Atresh Sridhar, Williams Richard P., Schuetz Michael (2011) Diagnosis and Prognosis of Traumatic Spinal Cord Injury. *Global Spine J. 1(1): 1–8*.
73. Wang, Y., Wu, D., Zhao, M., & Li, J. (2014). Evaluation on an ergonomic design of functional clothing for wheelchair users. *Applied Ergonomics*, 45(3), 550–555.
74. Weingarden S.I., Martin C. (1989) Independent dressing after spinal cord injury: a functional time evaluation. *Arch Phys Med Rehabil* 70(7): 518519.

## **ДОДАТКИ**

## Додаток А

**Анкета попереднього опитування учасників**

Добрий день! Мене звати Тетяна і я проводжу дослідження факторів, які впливають на можливість самостійного одягання людей після перенесеної травми шийного відділу спинного мозку. Буду дуже вдячна, якщо Ви дасте чесні відповіді на питання цієї АНОНІМНОЇ анкети. Це дозволить виділити основні напрямки діяльності та видати посібник з навчання самостійному одяганню.

*Поняття використані в питаннях:*

*Простий одяг - одяг, який легко одягати - це одяг без ґудзиків, блискавок або шнурків.*

*Складний одяг, який складно одягати - це одяг з ґудзиками, блискавками або шнурками.*

\* Відповідь обов'язкова.

1)Ваш вік? \*

- a) 18-25
- b) 26-30
- c) 31-40
- d) 41-50
- e) 51-60

2)Ваша стать? \*

- a) Жіноча
- b) Чоловіча

3)Який неврологічний рівень ураження (сегмент спинного мозку)? (якщо знаєте лише рівень травми - хребець, прошу вказати це у пункті "інше")\*

- a) Шийний C<sub>1</sub>-C<sub>3</sub>
- b) Шийний C<sub>4</sub>
- c) Шийний C<sub>5</sub>
- d) Шийний C<sub>6</sub>
- e) Шийний C<sub>7</sub>
- f) Шийний C<sub>8</sub>
- g) Інше:\_\_\_\_\_

**Продовження додатка А**

4) Час після травми? \*

- a) менше ніж 6 місяців
- b) від 6 до 12 місяців
- c) 1-3 роки
- d) 4-5 років
- e) 6-10 років
- f) більше 10 років

5) Як Ви одягаєте верхню частину тіла? (включає одягання та зняття одягу: футболки, блузки, сорочки, бюстгальтери, светри, кардигани або ортези) \*

- a) Потрібна тотальна допомога (родичі або доглядачі повністю одягають і роздягають)
- b) Потрібна часткова допомога, навіть з простим одягом (пояснення на початку анкети)
- c) Не потрібна допомога в одяганні простого одягу, але необхідне використання допоміжні засобів
- d) Незалежна/ий в одяганні простого одягу, лише потрібна допомога або додаткові пристрої для одягання складного одягу
- e) Повністю самостійна/ий в одяганні

6) Як Ви одягаєте нижню частину тіла? (включає одягання та зняття одягу: шорти, штани, взуття, шкарпетки, ремені або ортези) \*

- a) Потрібна тотальна допомога (родичі або доглядачі повністю одягають і роздягають)
- b) Потрібна часткова допомога, навіть з простим одягом та взуттям
- c) Не потрібна допомога в одяганні простого одягу, але необхідне використання допоміжні засобів
- d) Незалежна/ий в одяганні простого одягу, лише потрібна допомога або додаткові пристрої для одягання складного одягу

**Продовження додатка А**

- е) Повністю самостійна/ий в одяганні, але потрібна допомога при взуванні
- ф) Повністю самостійна/ий в одяганні та взуванні

7)Для одягання (без часу на його вибір) Ви витрачаєте? \*

- а) до 5 хв
- б) 5-20 хв
- с) 20-30 хв
- д) 30-45 хв
- е) 45 хв - 1 год
- ф) більше 1 години

8)У Вас виникають проблеми з: (можливі декілька варіантів) \*

- а) застібки (блискавки)
- б) гудзики (пуговиці)
- с) зав'язування шнурків
- д) натягуванням одягу вгору
- е) дотягування до ступней
- ф) одягання верхнього одягу (куртки)
- г) зняття одягу
- h) вважаю, що проблем не маю, бо можу повністю самостійно одягтися
- і) вважаю, що проблем не маю, бо мене повністю одягають родичі або доглядачі
- j) Інше: \_\_\_\_\_

9)При виборі одягу Ви зважаєте увагу на \*

Так

Ні

Стиль (діловий, спортивний, (повсякденний), святковий)	кежуал	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
--------------------------------------------------------	--------	-----------------------	-----------------------



## Продовження додатка А

Чи підходить саме Вам (колір, відображення внутрішнього Я)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Комфорт	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Безпека	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Легкість в одяганні	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Легкість в роздяганні (зніманні)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Одяг купують родичі без мого втручання (не звертають увагу на мої побажання)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10) Чи змінився Ваш гардероб після травми? (нд., став переважати більш простий одяг, спортивний стиль, тощо) \*

- a) Так
- b) Ні

11) Чи маєте медичні обмежуючі фактори, що створюють проблеми в підборі і носінні певних видів одягу (наприклад: біль, надмірна вага, пролежні, контрактури (неможливість виконати повний рух в суглобі), осифікати...)? \*

- a) Так
- b) Ні

12) Як Ви думаєте чи впливає одяг на Ваш психологічний та емоційний стан? \*

- a) Так
- b) Ні

**Продовження додатка А**

13) Якщо самостійне одягання є досить тяжким для Вас чи часозатратним, назвіть причини, чому Ви продовжуєте це робити? (можливі декілька варіантів). Якщо Ви не практикуєте самостійне одягання, можете переходити до наступного питання.

- a) Проживаю сам/а
- b) Не хочу обтяжувати рідних
- c) Відчуття самодостатності та незалежності
- d) Інше: \_\_\_\_\_

Якщо Ви практикуєте самостійне одягання, то можете пропустити наступні 3 питання, та перейти до двох останніх.

14) Якщо Ви зараз не практикуєте самостійне одягання то чи пробували коли-небудь робити це?

- a) Так
- b) Ні

15) Якщо на попереднє питання відповідь "так", то чому більше не практикуєте самостійне одягання? (можливі декілька варіантів )

- a) Займає занадто багато часу
- b) Забирає занадто багато сил
- c) Не дозволяють родичі чи доглядальники
- d) Функціонально неспроможний
- e) Інше: \_\_\_\_\_

16) Чи відчуваєте внутрішній дискомфорт від того, що Ви залежні від інших в процесі одягання?

- a) Так
- b) Ні

17) Просимо підтвердити згоду на обробку даної Вами інформації \*

- a) Підтверджую

**Продовження додатка А**

б) Заперечую

Щиро дякуємо за Ваші відповіді та витрачений час. Якщо бажаєте отримати електронну версію примірника рекомендацій з різними способами одягання, то вкажіть електронну адресу для зворотнього зв'язку (розсилка посібників відбуватиметься після обробки)

Відповідь: \_\_\_\_\_

## Додаток Б

## Анкета зворотнього зв'язку

Добрий день! Вдячна за Ваші відповіді на минулу анкету. Результати опитування дали змогу виділити основні проблеми та розробити посібник, який Ви отримали в електронному листі. Попередньо прошу ознайомитись з ним та спробувати деякі методики одягання модифікованим способом. Для оцінки ефективності запропонованих технік одягання прошу дати відповіді на наступні питання. Це необхідно для розуміння необхідності та якості представлених матеріалів, щоб виділити наступні кроки для покращення та впровадження розроблених рекомендацій.

Анкета є АНОНІМНОЮ, але для можливості співвіднести проблеми і рішення деякі питання можуть перекликатися з попередньої анкетою.

Якщо в ході роботи у Вас будуть виникати питання, зі мною можна зв'язатися за електронною адресою \*\*\*@ucu.edu.ua

або [www.facebook.com\\*\\*\\*](http://www.facebook.com***)

\* Обов'язкова відповідь

1) Вкажіть Ваш вік: \* \_\_\_\_\_

2) Ваша стать? \*

- a) Жіноча
- b) Чоловіча

3) Вкажіть неврологічний рівень травми (сегмент спинного мозку)? (якщо знаєте лише рівень травми - хребець, прошу вказати рівень травми з додатковою відміткою "хребець") \*: \_\_\_\_\_

4) Вкажіть час після травми: \* \_\_\_\_\_

5) Чи була корисною для Вас інформація, розміщена в посібнику? \*

- a) Так
- b) Ні
- c) Інше:

**Продовження додатка Б**

6) Як би Ви оцінили ВИКОНАННЯ процесу самостійного одягання до того як отримали посібник? \*

не можу виконати	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	легко виконую
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

7) Як би Ви оцінили ЗАДОВОЛЕННЯ виконанням самостійного одягання до того як отримали посібник? \*

не задоволений/а	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	повністю задоволений/а
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Наступні питання стосуються виконання процесу самостійного одягання після ознайомлення і практичного застосування, запропонованих в посібнику способів:

8) Як би Ви оцінили ВИКОНАННЯ процесу самостійного одягання після того як спробували способи, описані в посібнику? \*

не можу виконати	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	легко виконую
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

9) Як би Ви оцінили ЗАДОВОЛЕННЯ виконанням самостійного одягання після того як спробували способи, описані в посібнику? \*

не задоволений/а	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	повністю задоволений/а
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

10) Після практичного застосування, запропонованих в посібнику способів, чи стали Ви витрачати менше часу на одягання?

- a) Так
- b) Ні
- c) Інше:

**Продовження додатка Б**

11) Як Ви одягаєте верхню частину тіла? (включає одягання та зняття одягу: футболки, блузки, сорочки, бюстгальтери, светри, кардигани або ортези) - після використання способів, описаних у посібнику. \*

- a) Потрібна тотальна допомога (родичі або доглядальники повністю одягають і роздягають).
- b) Потрібна часткова допомога (родичів або доглядальників), навіть з простим одягом.
- c) Не потрібна допомога в одяганні простого одягу, але необхідне використання допоміжних засобів.
- d) Незалежна/ий в одяганні простого одягу, лише потрібна допомога або допоміжні засоби для одягання складного одягу.
- e) Повністю самостійна/ий в одяганні.

12) Як Ви одягаєте нижню частину тіла? (включає одягання та зняття одягу: шорти, штани, взуття, шкарпетки, ремені або ортези) - після використання способів, описаних у посібнику. \*

- a) Потрібна тотальна допомога (родичі або доглядальники повністю одягають і роздягають).
- b) Потрібна часткова допомога (родичів або доглядальників), навіть з простим одягом.
- c) Не потрібна допомога в одяганні простого одягу, але необхідне використання допоміжних засобів.
- d) Незалежна/ий в одяганні простого одягу, лише потрібна допомога або допоміжні засоби для одягання складного одягу.
- e) Повністю самостійна/ий в одяганні

13) Можливо, деякі питання не до кінця змогли описати Ваші враження та прогрес або Ви б хотіли висловити зауваження, тоді можете залишити свої думки в нижче розміщеному віконечку: (місце для відповіді)

Щиро дякую за Ваші відповіді! Гарного дня!

# КАНАДСЬКА ОЦІНКА ВИКОНАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ (CANADIAN OCCUPATIONAL PERFORMANCE MEASURE)

П.І.П. пацієнта		
Вік:	Стать:	ІК:
Хто відповідає на запитання (якщо не клієнт):		
Дата оцінки:	Планована дата повторної оцінки:	Дата повторної оцінки:

Спеціаліст:
Установа, де проводиться інтерв'ю:
Програма:

## Продовження додатка В

КРОК 1В Дозвілля	ВАЖЛИВІСТЬ
«Тихі» захоплення ( хобі, ремесла, читання)	<input type="text"/>
Активний відпочинок (спорт, прогулянки, подорожі)	<input type="text"/>
Соціальне спілкування (візити, переписка, розмови по телефону вечірки)	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

**КРОКИ 3 І 4: ПІДРАХУНОК БАЛІВ - ПЕРВИННА ОЦІНКА І ПОВТОРНА ОЦІНКА**

Виберіть з особою 5 найбільш важливих для неї/нього проблем і запишіть їх нижче. Використовуючи картки з балами, попросіть оцінити кожен «проблемну» активність з точки зору її **виконання**, а також рівня **задоволення** виконанням. Підрахуйте загальні бали. Їх можна отримати шляхом додавання отриманих балів, котрі відповідають **виконанню** чи **рівня задоволення виконанням** і поділом на **кількість проблем**, котрі оцінювались. При повторному використанні даного інструменту, особа знову оцінює кожен проблему з точки зору її **виконання** і **задовільність** виконання. Підрахуйте нові бали, а потім бали, котрі будуть ілюструвати зміни.

Первинна оцінка:			Повторна оцінка:	
ПРОБЛЕМИ АКТИВНОСТІ:	ВИКОНАННЯ 1	ЗАДОВОЛЕННЯ 1	ВИКОНАННЯ 2	ЗАДОВОЛЕННЯ 2
1. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>ПІДРАХУНОК БАЛІВ:</b>	СУМА 1 ВИКОНАННЯ	СУМА 1 ЗАДОВОЛЕННЯ	СУМА 2 ВИКОНАННЯ	СУМА 2 ЗАДОВОЛЕННЯ
СУМА ВИКОНАННЯ чи ЗАДОВОЛЕННЯ	=	=	=	=
ЗАГАЛЬНИЙ БАЛ=	Кільк. ПРОБЛЕМ			
ЗМІНИ У ВИКОНАННІ	= СУМА 2	-	- СУМА 1	= <input type="text"/>
ЗМІНИ У ЗАДОВОЛЕННІ	= СУММА 2	-	- СУММА 1	= <input type="text"/>



## Продовження додатка В

<b>КРОК 1: ВИЗНАЧЕННЯ ПРОБЛЕМ У ВИКОНАННІ ДІЙ (АКТИВНОСТІ)</b>  Для виявлення проблем, які виникають у особи під час виконання дій, поговоріть і запитайте про повсякденну активність в області самообслуговування, продуктивної діяльності та ін. Перш ніж попросити людей перерахувати види повсякденної активності, які вони хотіли б виконувати, їм необхідно виконувати чи виконання яких від них очікують оточуючі, обговоріть, як у них проходить звичайний день. Після цього, спитайте особу, яку активність зараз важко виконувати, якість виконання яких вони не задоволені. Запишіть всі перераховані проблеми, пов'язані з активністю в повсякденному житті в розділах Крок 1А, Крок 1Б, Крок 1 В.	<b>КРОК 2: ОЦЕНКА ВАЖНОСТІ</b>  Використовуючи карточки з балами, попросіть особу визначити по шкалі від 1 до 10 важливість виконання кожної активності. Запишіть отримані бали у відповідні графи Крок 1А, Крок 1Б, Крок 1 В.
<b>КРОК 1А: Самообслуговування</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <p><b>Догляд за собою</b> (вдягання, прийом ванни, особиста гігієна, прийом їжі)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> </div> <div style="width: 35%; text-align: center;"> <p>ВАЖЛИВІСТЬ</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 60%;"> <p><b>Функціональна мобільність</b> (пересаджування, переміщення всередині дому і поза ним)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> </div> <div style="width: 35%; text-align: center;"> <p>_____</p> <p>_____</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 60%;"> <p><b>Діяльність в суспільстві</b> (транспорт, покупки, гроші)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> </div> <div style="width: 35%; text-align: center;"> <p>_____</p> <p>_____</p> </div> </div>	
<b>КРОК 1Б: Продуктивна діяльність</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <p><b>Оплачувана/неоплачувана робота</b>  (волонтерська, основна робота)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> </div> <div style="width: 35%; text-align: center;"> <p>_____</p> <p>_____</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 60%;"> <p><b>Ведення домашнього господарства</b>  (прибирання, прання, приготування їжі)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> </div> <div style="width: 35%; text-align: center;"> <p>_____</p> <p>_____</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 60%;"> <p><b>Гра/школа</b> (напр.навики гри, домашнє завдання)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> </div> <div style="width: 35%; text-align: center;"> <p>_____</p> <p>_____</p> </div> </div>	

**Продовження додатка В***Додаткові нотатки і інформація:*

Первинна оцінка:

---

---

Повторна оцінка:

---

---

---



<b>SCIM - Spinal Cord Independence Measure</b> Оцінка незалежності осіб після травми спинного мозку	
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Дата:

Первинна оцінка \_\_\_\_\_ Повторна оцінка \_\_\_\_\_ Оцінка перед виписки \_\_\_\_\_

**САМООБСЛУГОВУВАННЯ:**

**1. Прийом їжі:** (нарізання, відкривання тари, піднесення їжі до роту, утримання чашки з рідиною)

0 Потребує парентерального годування, гастростоми або повністю залежний під час орального прийому їжі

--	--	--

1 Потребує часткової допомоги під час прийому їжі та/або пиття або застосування допоміжних засобів

2 Їсть самостійно; потребує допоміжних засобів або допомоги лише під час нарізання їжі та/або наливання рідини та/або відкритті тари

3 Їсть та п'є самостійно; не потребує допомоги чи допоміжних засобів

**2. Прийом ванни/душу:** (намилювання мочалки, миття, витирання тіла і голови, користування краном)

**А. Верхня частина тіла**

0 Потребує максимальної допомоги

1 Потребує часткової допомоги

2 Миється самостійно з використанням допоміжних засобів або спеціального обладнання ( в т.ч. поручні, стілець)

3 Миється самостійно, не потребує допоміжних засобів або спеціального обладнання

--	--	--

**В. Нижня частина тіла**

0 Потребує максимальної допомоги

1 Потребує часткової допомоги

2 Миється самостійно з використанням допоміжних засобів або спеціального обладнання ( в т.ч. поручні, стілець)

3 Миється самостійно, не потребує допоміжних засобів або спеціального обладнання

--	--	--

**3. Одягання:** (одяг, взуття, отрези: одягання, знімання)

## Продовження додатка Г

**А. Верхня частина тіла**

- 0 Потребує максимальної допомоги
- 1 Потребує часткової допомоги з одягом без гудзиків, блискавки, шнурків
- 2 Самостійний з одягом з гудзиками, блискавкою, шнурками: потребує допоміжних засобів та/або спеціального обладнання
- 3 Самостійний з одягом з гудзиками, блискавкою, шнурками: не потребує допоміжних засобів та/або спеціального обладнання; потребує допомоги чи допоміжних засобів лише для застібання гудзиків, блискавки, шнурків
- 4 Одягає будь який одяг самостійно; не потребує допоміжних засобів та/або спеціального обладнання

--	--	--

**В. Нижня частина тіла**

- 0 Потребує максимальної допомоги
- 1 Потребує часткової допомоги з одягом без гудзиків, блискавки, шнурків
- 2 Самостійний з одягом з гудзиками, блискавкою, шнурками: потребує допоміжних засобів та/або спеціального обладнання
- 3 Самостійний з одягом з гудзиками, блискавкою, шнурками: не потребує допоміжних засобів та/або спеціального обладнання; потребує допомоги чи допоміжних засобів лише для застібання гудзиків, блискавки, шнурків
- 4 Одягає будь який одяг самостійно; не потребує допоміжних засобів та/або спеціального обладнання

--	--	--

**4. Особиста гігієна: (миття рук і обличчя, чищення зубів, гоління, зачісування, макіяж)**

- 0 Потребує максимальної допомоги
- 1 Потребує часткової допомоги
- 2 Самостійний в особистій гігієні з використанням допоміжних засобів
- 3 Самостійний в особистій гігієні без використання допоміжних засобів

--	--	--

**Сума балів за «Самообслуговування»**

--	--	--

## Продовження додатка Г

**МЕНЕДЖМЕНТ ДИХАННЯ, СЕЧОВОГО МІХУРА ТА КИШКІВНИКА:****5. Менеджмент дихання:**

- 0 Потребує трахеостоми та періодичної штучної вентиляції легень
- 2 Дихає самостійно з трахеостомою: потребує кисню, значної допомоги у відкашлюванні чи догляді за трахеостомою
- 4 Дихає самостійно з трахеостомою: потребує невеликої допомоги у відкашлюванні чи догляді за трахеостомою
- 6 Дихає самостійно без трахеостоми: потребує кисню, значної допомоги у відкашлюванні, дихальної маски чи штучної вентиляції легень
- 8 Дихає самостійно без трахеостоми: потребує невеликої допомоги чи стимуляції відкашлювання
- 10 Дихає самостійно без допомоги чи допоміжних пристроїв

--	--	--

**6. Менеджмент сечового міхура:**

- 0 Постійний катетер
- 3 Об'єм залишкової сечі > 100мл: нерегулярна катетеризація чи допомога при переміжній катетеризації
- 6 Об'єм залишкової сечі < 100мл чи переміжна самостійна катетеризація: потребує допомоги при використанні урідоми
- 9 Переміжна самостійна катетеризація, використання урідоми: не потребує допомоги при застосуванні
- 11 Переміжна самостійна катетеризація; утримання сечі між катетеризаціями: не використовує урідоми
- 13 Об'єм залишкової сечі < 100мл: потребує урідом; не потребує допомоги у їх використанні
- 15 Об'єм залишкової сечі < 100мл: утримання сечі, не використовує урідоми

--	--	--

**7. Менеджмент кишківника:**

- 0 Випорожнення не регулярні або відбуваються дуже рідко (менше ніж 1 раз на 3 дні)

--	--	--

## Продовження додатка Г

- 5 Випорожнення регулярні, проте потребує допомоги (в т.ч. при використанні супозиторій); рідкі випадки не тримання (менше ніж двічі на місяць)
- 8 Випорожнення регулярні, не потребує допомоги; рідкі випадки не тримання ( менше ніж двічі на місяць)
- 10 Випорожнення регулярні, не потребує допомоги, без випадків не тримання

**8. Користування туалетом:**

- 0 Потребує максимальної допомоги
- 1 Потребує часткової допомоги, не миє/втирає себе самостійно
- 2 Потребує часткової допомоги, миє/втирає себе самостійно
- 4 Самостійно користується туалетом, але потребує допоміжних засобів чи спеціального обладнання (в т.ч. поручні)
- 5 Самостійно користується туалетом, не потребує допоміжних засобів чи спеціального обладнання

--	--	--

**Сума балів за «Менеджмент дихання, сечового міхура та кишківника»**

--	--	--

**МОБІЛЬНІСТЬ** (у кімнаті та туалеті):**9. Переміщення в ліжку і дії для запобігання утворенню відлежин:**

- 0 Потребує максимальної допомоги під час усіх видів переміщення: повертання верхньої половини тіла в ліжку, повертання нижньої половини тіла в ліжку, сідання в ліжку, піднімання себе у візку, з чи без використання допоміжних засобів, але без допомоги електричного ліжка або електричних допоміжних засобів
- 2 Виконує одне переміщення без допомоги
- 4 Виконує два або три переміщення без допомоги
- 6 Виконує усі переміщення самостійно

--	--	--

**10. Переміщення: ліжко – крісло колісне** (гальмування крісла колісного, підняття підніжки, зняття та регулювання підлокітників, пересідання, підняття ніг):

- 0 Потребує максимальної допомоги

--	--	--

## Продовження додатка Г

- 1 Потребує часткової допомоги та/або супервізії, та/або допоміжних засобів
- 2 Самостійний (або не потребує крісла колісного)
- 11. Переміщення: крісло колісне – туалет – ванна**
- 0 Потребує максимальної допомоги
- 1 Потребує часткової допомоги та/або супервізії, та/або допоміжних засобів
- 2 Самостійний (або не потребує крісла колісного)

--	--	--

**МОБІЛЬНІСТЬ** (в приміщенні та за його межами, по рівній поверхні):

**12. Мобільність в приміщенні:**

- 0 Потребує максимальної допомоги
- 1 Потребує електричного крісла колісного чи часткової допомоги у користуванні кріслом колісним
- 2 Самостійно переміщується на кріслі колісному
- 3 Потребує допомоги під час ходьби (з чи без допоміжних засобів)
- 4 Ходить з ходунками або милицями
- 5 Ходить з милицями чи двома палицями (реципрокна ходьба)
- 6 Ходить з однією палицею
- 7 Ходить лише з ортезами для нижніх кінцівок
- 8 Ходить без допоміжних засобів

--	--	--

**13. Мобільність на невеликих дистанціях (10 – 100 м.):**

- 0 Потребує максимальної допомоги
- 1 Потребує електричного крісла колісного чи часткової допомоги у користуванні кріслом колісним
- 2 Самостійно переміщується на кріслі колісному
- 3 Потребує допомоги під час ходьби (з чи без допоміжних засобів)
- 4 Ходить з ходунками або милицями
- 5 Ходить з милицями чи двома палицями (реципрокна ходьба)
- 6 Ходить з однією палицею
- 7 Ходить лише з ортезами для нижніх кінцівок
- 8 Ходить без допоміжних засобів

--	--	--

**14. Мобільність за межами приміщення (більше 100 м.):**

- 0 Потребує максимальної допомоги

--	--	--



## Продовження додатка Г

- 1 Потребує електричного крісла колісного чи часткової допомоги у користуванні кріслом колісним
- 2 Самостійно переміщується на кріслі колісному
- 3 Потребує допомоги під час ходьби (з чи без допоміжних засобів)
- 4 Ходить з ходунками або милицями
- 5 Ходить з милицями чи двома палицями (реципрокна ходьба)
- 6 Ходить з однією палицею
- 7 Ходить лише з ортезами для нижніх кінцівок
- 8 Ходить без допоміжних засобів
- 15. Долання сходів:**
- 0 Не може піднятися/спуститися сходами 

--	--	--
- 1 Піднімається і спускається мінімум на 3 сходинки з допомогою чи супервізією сторонньої особи
- 2 Піднімається і спускається мінімум на 3 сходинки тримаючись за поручень та / або милицю чи палицю
- 3 Піднімається і спускається мінімум на 3 сходинки без допомоги чи супервізії
- 16. Переміщення: крісло колісне – автомобіль:**
- 0 Потребує повної допомоги 

--	--	--
- 1 Потребує часткової допомоги та / або супервізії, та / або допоміжних засобів
- 2 Самостійно переміщується: не потребує допоміжних засобів (або не потребує крісла колісного)
- 17. Переміщення: підлога – крісло колісне:**
- 0 Потребує допомоги 

--	--	--
- 1 Самостійно переміщується: з або без використання допоміжних засобів (або не потребує крісла колісного)
- Сума балів за «Мобільність»**

--	--	--
- ЗАГАЛЬНИЙ БАЛ**

--	--	--

Спеціаліст \_\_\_\_\_

<b>SCIM - Spinal Cord Independence Measure</b>	
Оцінка незалежності осіб після травми спинного мозку (самозвіт)	

У цьому розділі йдеться про виконання активностей повсякденного життя. В кожному пункті поставте позначку поруч із твердження, яке якнайкраще відображає вашу поточну ситуацію. Будь ласка, прочитайте текст уважно і відмічайте лише один варіант у кожному пункті.

**1. Прийом їжі:**

- 0 Я потребую парентерального годування, гастростоми
- 0 Я повністю залежний під час орального прийому їжі/пиття
- 1 Я потребую часткової допомоги під час прийому їжі та/або пиття або застосування допоміжних засобів
- 2 Я їм/п'ю самостійно, але потребую допоміжних засобів або допомоги лише під час нарізанні їжі та/або наливанні рідини та/або відкритті тари
- 3 Я їм/п'ю самостійно; не потребую допомоги чи допоміжних засобів

**2. А. Миття верхньої частина тіла та голови (намилювання мочалки, миття, витирання тіла і голови, користування краном)**

- 0 Мені потрібна тотальна допомога
- 1 Мені потрібна часткова допомога
- 2 Я миюсь самостійно, але потребую використання допоміжних засобів або спеціального обладнання ( в т.ч. поручні, стілець)
- 3 Я миюся самостійно і не потребую допоміжних засобів або спеціального обладнання

**В. Миття нижньої частина тіла (намилювання мочалки, миття, витирання тіла і голови, користування краном)**

- 0 Мені потрібна тотальна допомога
- 1 Мені потрібна часткова допомога
- 2 Я миюсь самостійно, але потребую використання допоміжних засобів або спеціального обладнання ( в т.ч. поручні, стілець)
- 3 Я миюся самостійно і не потребую допоміжних засобів або спеціального обладнання

**3. А. Одягання верхньої частина тіла (включає одягання та знімання одягу: футболки, блузки, сорочки, бюстгальтера, шалі або ортези (наприклад, ортези для рук, шина на шию, корсет).**

**Продовження додатка Д**

Простий одяг - одяг, який легко одягати - це одяг без гудзиків, блискавок або шнурків.

Складний одяг – одяг, який складно одягати - це одяг з гудзиками, блискавками або шнурками.

- 0 Мені потрібна тотальна допомога
- 1 Мені потрібна часткова допомога, навіть з простим одягом
- 2 Мені не потрібна допомога в одяганні простого одягу, але необхідне використання допоміжних засобів
- 3 Я незалежна/ий в одяганні простого одягу, лише потрібна допомога або допоміжні засоби для одягання складного одягу
- 4 Я повністю самостійна/ий в одяганні

**В. Одягання нижньої частина тіла** (включає одягання та знімання: шорти, штани, шкарпетки, ортези, та взування)

Простий одяг - одяг, який легко одягати - це одяг без гудзиків, блискавок або шнурків.

Складний одяг – одяг, який складно одягати - це одяг з гудзиками, блискавками або шнурками.

- 0 Мені потрібна тотальна допомога
- 1 Мені потрібна часткова допомога, навіть з простим одягом
- 2 Мені не потрібна допомога в одяганні простого одягу, але необхідне використання допоміжних засобів
- 3 Я незалежна/ий в одяганні простого одягу, лише потрібна допомога або допоміжні засоби для одягання складного одягу
- 4 Я повністю самостійна/ий в одяганні

**4. Особиста гігієна:** (миття рук і обличчя, чищення зубів, гоління, зачісування, макіяж)

- 0 Я потребую максимальної допомоги
- 1 Я потребую часткової допомоги
- 2 Я самостійний/а в особистій гігієні з використанням допоміжних засобів
- 3 Я самостійний/а в особистій гігієні без використання допоміжних засобів

**5. Менеджмент дихання:**

Будь ласка, виберіть лише один варіант, залежно від того, потрібна вам чи ні трахеальна трубка (маєте трахеостому)

**Дихаю через трахеостому:**

- 0 Також постійно або час від часу потребую додаткової вентиляції

**Продовження додатка Д**

- 2 Та потребую кисню, значної допомоги у відкашлюванні чи догляді за трахеостомою
- 4 Та потребую невеликої допомоги у відкашлюванні чи догляді за трахеостомою

**Дихаю без трахеостоми:**

- 6 Але потребую кисню, значної допомоги у відкашлюванні, дихальної маски (позитивний тиск вкінці видиху (PEEP) час від часу сприяння вентиляції (двохрівневий позитивний тиск (BIPAP))
- 8 Потребує невеликої допомоги чи стимуляції відкашлювання
- 10 Дихаю самостійно без допомоги чи допоміжних пристроїв

**6. Менеджмент сечового міхура (оцінка пункту 6: див. додаток А):****А Використання постійного катетера**

- 0 Так → перейдіть до питання 7а
- 1 Ні → будь ласка, дайте відповіді на питання 6В та 6С

**В Переміжна катетеризація**

- 0 Мені потрібна тотальна допомога
- 1 Я роблю це сам з використанням допоміжних засобів (самокатетеризація)
- 2 Я роблю це сам без використання допоміжних засобів (самокатетеризація)
- 3 Я не використовую цей спосіб

**С Використання зовнішніх гігієнічних засобів**

(уропрезервативи, пелюшки, урологічні прокладки)

- 0 Мені потрібна тотальна допомога у їх використанні
- 1 Мені потрібна часткова допомога у їх використанні
- 2 Я використовую їх без сторонньої допомоги
- 3 Я не використовую зовнішніх засобів

**7. Менеджмент кишківника (Оцінка пункту 7: див. додаток В):****А Чи потрібна допомога в менеджменті кишечника (наприклад, для використання супозиторіїв)?**

- 0 Так
- 1 Ні

**В Спорожнення кишківника відбувається:**

- 0 Нерегулярні або нечасті (рідше одного разу на 3 дні)
- 1 Випорожнення регулярні (не рідше одного разу на 3 дні)

## Продовження додатка Д

**С Чи трапляються випадки нетримання калу?**

- 0 Двічі на місяць або частіше
- 1 Раз на місяць
- 2 Зовсім не трапляються

**8. Користування туалетом** (користуватися туалетом, гігієна статевих органів та рук, одягання та знімання одягу та використання гігієнічних серветок або пелюшок):

- 0 Мені потрібна тотальна допомога
- 1 Мені потрібна часткова допомога у підмиванні/підтиранні себе
- 2 Мені потрібна часткова допомога, але самостійно себе мию/втираю
- 4 Я самостійно користуюся туалетом, але потребую допоміжних засобів чи спеціального обладнання (в т.ч. поручні та туалет-стілець)
- 5 Я самостійно користуюся туалетом, не потребує допоміжних засобів чи спеціального обладнання

**9. Скільки з наступних чотирьох дій можете виконати без допомоги та без використання електричних засоби:**

- повернути верхню частину тіла в ліжку
- повернути нижню частину тіла в ліжку
- сісти в ліжку
- піднімання себе в кріслі колісному (з адаптивними пристроями або без них)
- 0 Ні одного, мені потрібна тотальна допомога в цих діях
- 2 Одна дія
- 4 Два або три дії
- 6 Чотири, виконую усі переміщення самостійно

**10. Переміщення: пересідання з ліжка на крісло колісне** (гальмування крісла колісного, підняття підніжки, зняття та регулювання підлокітників, пересідання, підняття ніг):

- 0 Я потребую максимальної допомоги
- 1 Я потребую часткової допомоги та/або нагляду, та/або використання допоміжних засобів (дошка для пересідання)
- 2 Мені не потрібна допомога та я не користуюсь допоміжними засобами
- 2 Я не користуюсь кріслом колісним

**11. Переміщення: пересідання з крісла колісного на туалете/ванну**

- 0 Я потребую максимальної допомоги

### Продовження додатка Д

- 1 Я потребую часткової допомоги та/або нагляду, та/або використання допоміжних засобів
- 2 Мені не потрібна допомога та я не користуюсь допоміжними засобами (наприклад, поручні)
- 2 Я не користуюсь кріслом колісним

#### 12. Мобільність в приміщенні

Будь ласка, виберіть лише один варіант, залежно від того, користуєтеся кріслом колісним чи ходите:

##### Я користуюсь кріслом колісним:

- 0 Я потребую максимальної допомоги
- 1 Я користуюсь електричним кріслом колісним або потребую часткової допомоги у користуванні кріслом колісним (активного типу)
- 2 Я самостійно переміщуюся на кріслі колісному активного типу

##### Я ходжу:

- 3 Я потребую нагляду під час ходьби (з чи без допоміжних засобів)
- 4 Я ходжу використовуючи ходунки або милиці, викидаючи вперед дві ноги разом
- 5 Я ходжу використовуючи милиці чи дві палиці по чергово переставляючи ноги
- 6 Я ходжу використовуючи одну палицю
- 7 Я ходжу лише з ортезами для нижніх кінцівок
- 8 Я ходжу без використання допоміжних засобів

#### 13. Пересування на невеликі дистанції (10 – 100 м.)

Будь ласка, виберіть лише один варіант, залежно від того, користуєтеся кріслом колісним чи ходите:

##### Я користуюсь кріслом колісним:

- 0 Я потребую максимальної допомоги
- 1 Я користуюсь електричним кріслом колісним або потребую часткової допомоги у користуванні кріслом колісним (активного типу)
- 2 Я самостійно переміщуюся на кріслі колісному активного типу

##### Я ходжу:

- 3 Я потребую нагляду під час ходьби (з чи без допоміжних засобів)
- 4 Я ходжу використовуючи ходунки або милиці, викидаючи вперед дві ноги разом

### Продовження додатка Д

- 5 Я ходжу використовуючи милиці чи дві палиці почергово переставляючи ноги
- 6 Я ходжу використовуючи одну палицю
- 7 Я ходжу лише з ортезами для нижніх кінцівок
- 8 Я ходжу без використання допоміжних засобів

#### 14. Пересування за межами приміщення (більше 100 м.)

Будь ласка, виберіть лише один варіант, залежно від того, користуєтеся кріслом колісним чи ходите:

##### **Я користуюсь кріслом колісним:**

- 0 Я потребую максимальної допомоги
- 1 Я користуюсь електричним кріслом колісним або потребую часткової допомоги у користуванні кріслом колісним (активного типу)
- 2 Я самостійно переміщуюся на кріслі колісному активного типу

##### **Я ходжу:**

- 3 Я потребую нагляду під час ходьби (з чи без допоміжних засобів)
- 4 Я ходжу використовуючи ходунки або милиці, викидаючи вперед дві ноги разом
- 5 Я ходжу використовуючи милиці чи дві палиці почергово переставляючи ноги
- 6 Я ходжу використовуючи одну палицю
- 7 Я ходжу лише з ортезами для нижніх кінцівок
- 8 Я ходжу без використання допоміжних засобів

#### 15. Долання сходів

Будь ласка, виберіть лише один варіант, залежно від того, можете підніматись та спускатись по сходах:

- 0 Я не можу підніматися/спускатися сходами

##### **Я можу піднятися і спуститися по сходах мінімум на 3 сходинки:**

- 1 Але з допомогою чи наглядом
- 2 Але використовую поручні та / або милиці чи палицю
- 3 Без допомоги чи нагляду

#### 16. Переміщення: крісло колісне – автомобіль (включає переміщення крісла колісного в та з автомобіль):

- 0 Я потребую максимальної допомоги
- 1 Я потребую часткової допомоги та/або нагляду, та/або використання допоміжних засобів

**Продовження додатка Д**

- 2 Мені не потрібна допомога та я не користуюсь допоміжними засобами
- 2 Я не користуюсь кріслом колісним

**17. Переміщення: підлога – крісло колісне:**

- 0 Мені потрібна допомога
- 1 Мені не потрібна допомога
- 1 Я не користуюсь кріслом колісним

ОЦІНКА (для клініциста)

Будь ласка, використовуйте наступні таблиці для пунктів 6 і 7.

Пункт 6			
SCIM- самозвіт пункт			
6A	6B	6C	Оцінка в SCIM самозвіт
0	Не стосується, якщо 6A=0	Не стосується, якщо 6A=0	0
1	0	0	6
1	0	1	6
1	0	2	6
1	0	3	6
1	1	0	6
1	1	1	6
1	1	2	6
1	1	3	6
1	2	0	6
1	2	1	6
1	2	2	9
1	2	3	11
1	3	0	6
1	3	1	6
1	3	2	13
1	3	3	15

Пункт 7			
SCIM- самозвіт пункт			
7A	7B	7C	Оцінка в SCIM самозвіт
Не стосується, якщо 7B=0	0	Не стосується, якщо 7B=0	0
0	1	1	5
0	1	2	5
1	1	1	8
1	1	2	10
0	1	0	5
1	1	0	5

Бал за «самообслуговування», пункти 1-4 (0-20)

Бал за «менеджмент дихання, сечового міхура та кишківника», пункти 5-8 (0-40)

Бал за «мобільність», 9-17 (0-40)

**Загальний бал (0-100)**

Дата заповнення:

Спеціаліст

---