

**ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«УКРАЇНСЬКИЙ КАТОЛИЦЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**
Факультет наук про здоров'я
Кафедра фізичної терапії та ерготерапії

Магістерська робота
на тему:
**"Ерготерапія для осіб з когнітивними порушеннями після перенесення
ЧМТ на рівні Rancho-7"**

Виконала:
студентка 6 курсу, групи ЗФТ18/М
Спеціальності фізична терапія, ерготерапія
Чмола Вікторія Ярославівна

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

ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ.....	3
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	4
ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ В ЕРГОТЕРАПІЇ ДЛЯ ОСІБ З КОГНІТИВНИМИ ПОРУШЕННЯМИ ПІСЛЯ ПРЕНЕСЕНОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ	
1.1 Будова та анатомія головного мозку.....	9
1.2 Загальна характеристика черепно-мозкових травм.....	13
1.2.1 Наслідки ураження окремих ділянок головного мозку.....	17
2. Особливості ерготерапії при когнітивними порушеннями	
2.1 Поняття ерготерапії та діяльність ерготерапевта.....	20
2.2 Особливість когнітивних порушень мозку.....	23
2.3 Особливості ерготерапії на рівні Rancho-7.....	28
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ	
2.1 Методи дослідження.....	32
2.2 Організація дослідження.....	38
РОЗДІЛ 3. МЕТОДИКА ЕРГОТЕРАПІЇ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОЇ ЧМТ ДЛЯ ОСІБ З КОГНІТИВНИМИ ПОРУШЕННЯМИ НА РІВНІ RANCHO-7 ТА ЇЇ ЕФЕКТИВНІСТЬ	
3.1 Особливості методики ерготерапії для осіб після перенесеної ЧМТ з когнітивними порушеннями на рівні Rancho-7.....	40
3.2 Ефективність методики ерготерапії для осіб після перенесеної ЧМТ з когнітивними порушеннями на рівні Rancho-7.....	51
ВИСНОВКИ.....	64
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	65
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	69
ДОДАТКИ.....	76

АНОТАЦІЯ

Чмола В.Я. Ерготерапія для осіб з когнітивними порушеннями після перенесеної черепно-мозкової травми на рівні Rancho-7. Магістерська робота зі спеціальності 227 «Фізична терапія та ерготерапія». Український Католицький Університет. Львів, 2020.

У представленій магістерській роботі розкриваються загальні та практичні аспекти відновлення когнітивних функцій та повернення до життя у соціумі осіб після перенесеної черепно-мозкової травми на рівні Rancho-7. Розроблена нами методика ерготерапевтичного втручання підкреслює ефективність реабілітації для зменшення впливу когнітивних порушень пов'язаних з черепно-мозковою травмою та успішного повернення додому та соціуму.

Ключові слова: ерготерапія, когнітивні порушення, когнітивні функції, черепно-мозкова травма.

ANOTATION

Occupational therapy for persons with cognitive impairment after suffering traumatic brain injury at level of Rancho-7. Master's work in specialty 227 «Physical therapy and occupational therapy». Ukrainian Catholic University. Lviv, 2020.

The presented master's work reveals the general and practical aspects of restoration of cognitive functions and the return to life in society after suffering a traumatic brain injury at Rancho-7. The methodology of occupational intervention developed by us emphasizes of rehabilitation to reduce the impact of cognitive impairment associated with traumatic brain injury and the successful return home and society.

Keywords: Occupation therapy, cognitive impairment, cognitive functions, traumatic brain injury.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

- ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я
- ГМ – головний мозок
- МОЗ – Міністерство охорони здоров'я
- УКУ – український католицький університет
- ЦНС – центральна нервова система
- ЧМТ – черепно-мозкова травма
- ШКГ – Шкала Коми Глазго
- Activities of normal life – Діяльність нормального життя (анкета, опитувальник)
- COPM – Canadian Occupational Performance Measure, Канадська оцінка виконання діяльності
- I Can – Я Можу, Оцінка виконавчих функцій пацієнта у соціумі
- MoCA – Montreal Cognitive Assessment, Монреальська шкала оцінки когнітивних функцій
- PCRS – Patient Competency Rating Scale, Шкала оцінки компетентності пацієнта
- RANCHO – Rancho Los Amigos Scale, Шкала когнітивних функцій Ранчо
- WFOT – Всесвітня Федерація ерготерапевтів

ВСТУП

Актуальність теми:

Черепно-мозкова травма (ЧМТ) є головною причиною смертності і втрати працездатності та пов'язана із значним соціально-економічним навантаженням [37]. Тим не менш, враховуючи обмежений діапазон та ефективність наявних терапевтичних стратегій, навіть найсучасніша інтенсивна терапія, яка дотримується кращих практик, не в змозі повністю полегшити отримані наслідки після ЧМТ [37]. Особи, які перенесли ЧМТ часто залишаються з когнітивними, емоційними та поведінковими змінами, що призводить до постійної втрати працездатності та психосоціальних труднощів [37]. Наприклад, дефіцит швидкості обробки інформації, увага, пам'ять, прийняття рішень та виконавча функція є загальними після перенесення ЧМТ, навіть через декілька років [37]. В емоційній сфері в багатьох людей виникає депресія та тривога після отриманої травми [37]. Когнітивні та емоційні наслідки після ЧМТ є неоднорідними. Основним завданням є уявити спосіб категоризації когнітивного дефіциту, що спостерігається після ЧМТ, і яке це може мати значення для ерготерапії [37].

Rancho-7 — це той період, коли осіб сприймають за повноцінно здорових людей і не задумуються про те, що дана особа ще не готова до повернення у соціум. Тим самим наносячи травматичний ефект на самого індивідуума, зокрема, і на суспільство в цілому.

Ерготерапія, як нова спеціальність в країні, може об'єктивно виміряти і визначити найбільш оптимальний метод роботи із пацієнтом після черепно-мозкової травми. Роль ерготерапевта — це максимально сприяти і полегшити повернення людини, після вказаного періоду в соціум (попередньої роботи або зробити вже можливе для зміни його діяльності). Багато факторів будуть впливати на клінічну картину пацієнта, прогноз і ефективність терапії. Ерготерапевт може дати відповіді на запитання, чому пацієнт веде себе власне так, а не інакше, і що

найголовніше – як саме потрібно вести (лікувати) дану особу відповідно до стадії виходу після черепно-мозкової травми.

На сьогоднішній день черепно-мозкова травма становить 36-40% усіх видів травм. За даними ВООЗ, кількість потерпілих із черепно-мозковою травмою збільшується щороку на 2 %. Загальна смертність при ЧМТ становить 4-5%, а при тяжкій-68-70% [21]. Найчастіше ЧМТ отримує молоде і працездатне населення віком до 50 років. Наслідки ЧМТ варіюються від фізичних обмежень до довгострокових когнітивних, соціальних та поведінкових дефіцитів, що призводить до порушення сім'ї, обмеження участі громади, втрати потенціалу заробітку, значних витрат протягом життя та поганої якості життя [53], саме тому обрана тема є актуальною.

Мета дослідження: розробити методику ерготерапії для осіб з когнітивними порушенням після перенесеної ЧМТ на рівні Rancho-7.

Об'єкт дослідження: ерготерапія осіб після перенесення черепно-мозкової травми на рівні Rancho-7.

Предмет дослідження: особливості когнітивної терапії для осіб після ЧМТ на рівні Rancho-7.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати науково-методичну літературу з питань обраної теми.
2. Визначити когнітивний рівень у пацієнтів з черепно-мозковою травмою на рівні Rancho-7.
3. Розробити та перевірити ефективність методики ерготерапевтичного втручання для осіб після перенесення черепно-мозкової травми на рівні Rancho-7.
4. Розробити методичні рекомендації для пацієнтів та членів міждисциплінарною команди.

Методи дослідження:

1. Аналіз літературних джерел.
2. Збір інформації, анамнез, спостереження.
3. Клінічно-інструментальні методи (шкала Rancho, Монреальський когнітивний тест (МОСА), Канадська оцінка виконання діяльності (COPM), Activities of normal life, I Can, PCRS (шкала оцінки компетентності пацієнта).
4. Методи математичної статистики.

Організація дослідження:

Дослідження проводилося у 5 етапів:

- 1 етап (січень-квітень 2019р) – Огляд вітчизняної і зарубіжної науково-методичної літератури по даній темі.
- 2 етап (травень-червень 2019р) – Збір анамнезу, обстеження пацієнтів та визначення когнітивного рівня осіб після перенесеної ЧМТ на рівні Rancho-7.
- 3 етап (липень-серпень 2019р) – Розробка та застосування методики ерготерапевтичного втручання для осіб після перенесеної ЧМТ на рівні Rancho-7.
- 4 етап (вересень-грудень 2019) – Збір та опрацювання отриманих кінцевих результатів.
- 5 етап (січень-квітень 2020р) – Розробка методичних рекомендацій для пацієнтів та членів міждисциплінарної команди. Підготовка до захисту магістерської роботи.

Очікувані результати: досягнення максимально можливого рівня незалежності та повернення осіб після перенесення черепно-мозкової травми до активного життя у соціумі.

Наукова новизна: вперше обґрунтовано і доведено ефективність методики когнітивної терапії та розроблені методичні рекомендації для пацієнтів та членів міждисциплінарної команди.

Практичне значення: вперше застосовано в клінічній практиці методика ерготерапевтичного втручання для осіб після перенесеної ЧМТ на рівні Rancho-7.

Шляхи впровадження: розроблені практичні рекомендації будуть надані у реабілітаційні центри та реабілітаційні відділення з метою покращення якості життя пацієнтів.

РОЗДІЛ 1

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ В ЕРГОТЕРАПІЇ ДЛЯ ОСІБ З КОГНІТИВНИМИ ПОРУШЕННЯМИ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОЇ ЧЕРЕПНО- МОЗКОВОЇ ТРАВМИ

1.1. Будова та анатомія головного мозку

Головний мозок – вищий відділ центральної нервової системи (ЦНС), який розміщується в порожнині черепа. Середня вага у дорослих – 1300-1500 г (2,2% від маси тіла), у новонародженого – 330-400 г [3].

Будова головного мозку (Рис. 1.1)

1. Вкритий трьома мозковими оболонками – твердою, м'якою і павутинною.

2. Складається із 5 відділів: великого (кінцевого), проміжного, середнього, заднього і довгастого.

3. Проміжний, середній, довгастий відділи і міст утворюють стовбур головного мозку, нижня поверхня півкуль і стовбура частина називаються основою мозку.

4. Сіра речовина розміщена на периферії (кора великого мозку і мозочка), а біла – в глибині; у стовбурі сіра речовина у вигляді ядер.

5. Від головного мозку відходять 12 пар черепно-мозкових нервів.

6. Через увесь стовбур головного мозку проходить сітчастий утвір (ретикулярна формація) – особливе скупчення нейронів, яке здійснює регуляцію збудливості і тонуусу відділів ЦНС. Навколо верхньої частини стовбура розміщена лімбічна система (первісний мозок) – сукупність структур (морський коник, мигдалеподібне тіло, поясна закрутка, прозора перегородка), які беруть активну участь у підтриманні гомеостазу, вияві інстинктів, модуляції поведінки, виходячи із внутрішніх потреб організму [3].

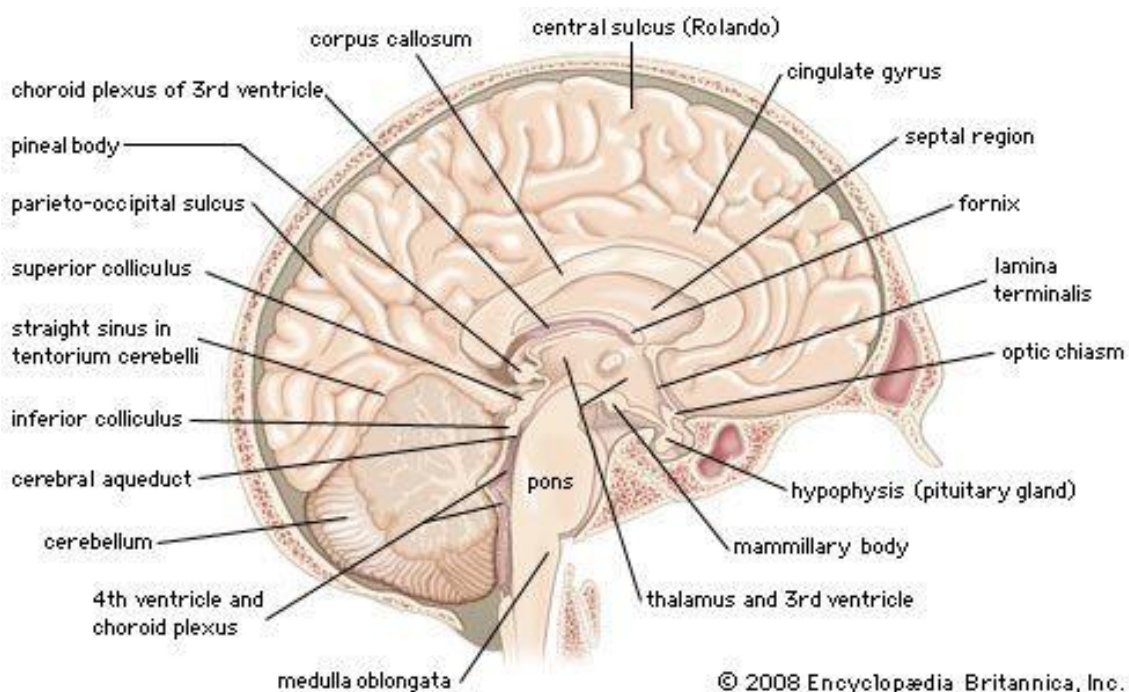


Рис. 1.1 Будова і функції окремих відділів головного мозку

Довгастий мозок – це продовження спинного мозку, довжина його приблизно 28 мм. Центральний канал спинного мозку продовжується в канал довгастого мозку, значно розширюючись і перетворюючись у нього в 4-й шлуночок. Спереду довгастого мозку лежить у вигляді білого масивного потовщення – вароліїв міст, який складається з білої речовини, утвореної поперечними волокнами. Сіра речовина міститься в його товщі окремими острівцями – ядрами. Довгастий мозок прямо (черепні неври) або опосередковано (провідні шляхи, ЦНС, сітчастий утвір) зв'язаний з периферичною нервовою та іншими відділами ЦНС [2].

У сірій речовині довгастого мозку міститься дуже важливі центри – дихальної, серцевої діяльності і судинорухові. Тут же знаходяться центри, за участю яких здійснюються рефлексії, пов'язані з прийманням їжі (ссання, жування, ковтання, секреції слини і т. д.), а також центри багатьох захисних рефлексів (чхання, кашлю, блювання, кліпання, виділення сліз, і т. д.). У довгастому мозку містяться нервові центри, які підвищують тонус м'язів-

розгиначів, тому його відокремлення від вищих відділів головного мозку призводить до посилення тонуусу цих м'язів [2].

Міст розташований між довгастим і середнім мозком. У ньому розрізняють передню та задню частини [19].

Передня частина моста випукла, утворена поздовжніми та поперечними волокнами, між якими розкидані ядра сірої речовини, які з'єднані з корою великого мозку і корою мозочка. Від ядер моста беруть свій початок трійчастий нерв, який іннервує органи зору, верхню та нижню щелепи і складається з чутливих, рухових та секреторних (вегетативних) волокон, та відвідний (руховий) нерв, що іннервує м'язи ока [19].

Позаду довгастого мозку і моста міститься мозочок. Він має дві півкулі, з'єднані черв'яком. Сіра речовина мозку лежить зверху, утворюючи його кору, яка помережена численними борозенками. Біла речовина знаходиться під корою мозочка. В масі білої речовини є четверо ядер сірої речовини. Волокна білої речовини здійснюють зв'язок між різними частинами самого мозочка, а також зв'язок самого мозочка з іншими відділами мозку. До мозочка надходять імпульси від усіх рецепторів, які подразнюються під час рухів тіла. Мозочок бере участь у координації складних рухових актів [19].

Півкулі великого мозку через мозочок регулюють тонус скелетних м'язів (розподіляють і перерозподіляють його) і координують їх скорочення. Мозочок бере участь у регуляції вегетативних функцій (діяльності серцево-судинної системи, дихання, травлення, терморегуляції) [19].

Середній мозок розташований над мостом. Він складається з ніжок великого мозку та 4-горбикового тіла. Порожнина середнього мозку є водопроводом мозку, який з'єднує III і IV шлуночки. Через середній мозок проходять всі висхідні шляхи до кори великого мозку і мозочка і низхідні, які несуть імпульси до довгастого і спинного мозку [4].

В середньому мозку розташовані скупчення сірої речовини у вигляді ядер 4-горбикового тіла, ядер окорухових нервів, червоне ядро і чорна речовина. Передні бугри 4-горбикового тіла є первинними зоровими центрами, а задні бугри-первинними слуховими центрами. За їхньою участю здійснюються орієнтувальні рефлекси на світло та звук, рух очей, поворот голови. Середній мозок виконує також складні рефлекторні функції (синхронні рухи очей, голови, тулуба у відповідь на звукові сигнали й світлові подразнення) і бере участь в автоматизації рухів [4].

Проміжний мозок немов би прикриває середній мозок зверху та спереду. Він складається з таламічного мозку та гіпоталамуса. Порожниною проміжного мозку є III шлуночок [19].

Таламічний мозок, у свою чергу, поділяється на таламус (зоровий горб), надталамічну і заталамічну частини, через які здійснюється зв'язок рецепторів організму з їх корковими центрами [19].

Таламус – парне скупчення сірої речовини яйцеподібної форми, яке становить основну масу проміжного мозку [19].

Гіпоталамус прилягає до таламуса знизу. Його передньою межею є перехрестя зорових нервів. Гіпоталамус містить 32 пари ядер, які об'єднуються в три групи: передню, середню та задню. Гіпоталамус є головним позакірковим центром регуляції вегетативних функцій організму. Його вплив здійснюється не лише через нервову систему, а й через залози внутрішньої секреції. Гіпоталамус бере також участь в регуляції діяльності серцево-судинної і травної систем [19].

Гіпоталамус бере участь у регуляції температури тіла, складних поведінкових реакціях (статевих, харчових, агресивно-оборонних), сну і неспання [19].

1.2. Загальна характеристика наслідків черепно-мозкових травм

Черепно-мозкова травма (ЧМТ) – це механічне пошкодження черепа, м'яких тканин голови та головного мозку в результаті дії на них механічної сили. Черепно-мозкова травма виникає: у разі удару по голові предметом, що рухається; в результаті удару головою об нерухомий твердий предмет; під час загального струсу тіла; у разі дії вибухової хвилі [12].

Черепно-мозкова травма (ЧМТ) є однією з найбільш актуальних проблем сучасної медицини. Травматичні пошкодження черепа та головного мозку складають 30–40% усіх травм і займають перше місце за показниками летальності та інвалідизації серед осіб працездатного віку. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я щорічно у світі отримують ЧМТ понад 10 млн осіб, 250–300 тис із цих випадків завершуються летально. В Україні частота ЧМТ щорічно становить у різних регіонах від 2,3 до 6 випадків (в середньому 4–4,2) на 1000 населення (Є.Г. Педаченко, А.М. Морозов). Щорічно в Україні від ЧМТ помирає 10–11 тис громадян (І.П. Шлапак та співавт.), тобто смертність становить 2,4 випадку на 10 тис населення (в США —1,8-2,2) [13,14].

Черепно-мозкову травму поділяють на закриту та відкриту:

1. Закрита – ушкодження без порушення цілісності м'яких тканин покривів черепа або є рани м'яких тканин без ушкодження надчерепного апоневрозу (сухожильного шолома);

2. Відкрита – ушкодження з порушенням цілісності апоневрозу, а також перелом кісток черепа [18].

Закрита ЧМТ буває різних видів: переломи черепа та тріщини кісток черепа, вдавнення й уламкові переломи кісток склепіння з переходом їх на основу черепа. Переломи можуть локалізуватися за ходом шва черепа – розходження швів. За рахунок протидіючого удару виникає забиття головного мозку об кістки та оболонкові утворення в порожнині черепа. За рахунок ротації та аксіального зміщення мозку внаслідок удару виникають розриви судин, важливим є також

гідродинамічний удар. Усе це може призводити до набряку та набухання головного мозку [18].

Відкрита ЧМТ буває у вигляді рани з ушкодженням апоневрозу: непроникні ушкодження кісток черепа (без порушення цілісності твердої оболонки головного мозку) та проникні поранення (з ушкодженням кісток черепа, мозкових оболонок і мозку). Вона супроводжується переломами кісток склепіння, основи черепа або того й іншого разом. Переломи кісток черепа бувають: лінійні (тріщини), неповні, вдавнені, уламкові, дірчасті (сліпі, наскрізні, прямовисні) та з роздробленням. Відкрита ЧМТ має рвано-забиті рани м'яких покривів голови з переломами кісток та ушкодженням головного мозку. Можуть бути також різані рани та рубані рани. Внаслідок вогнестрільних черепно-мозкових поранень травма виникає від дії снаряда (кулі, сталльної кульки, стрілоподібного снаряда, тощо), що має значну пробивну силу, з утворенням ранового каналу або сліпого каналу, якщо снаряд був у кінці льоту. Залежно від напрямку польоту снаряда поранення можуть бути: дотичні (тангенціальні) та рикошетні (із зовнішнім та внутрішнім рикошетом) [18].

Клінічна класифікація.

Згідно з сучасною клінічною класифікацією виділяють сім видів черепно-мозкової травми: струс мозку, забої мозку легкого, середнього та важкого ступеня, дифузне аксональне пошкодження мозку та стиснення мозку на фоні його забою (гострі внутрішньочерепні гематоми, гідроми, вдавнені переломи кісток склепіння черепа) або без забою (хронічні субдуральні гематоми, гідроми) [20].

Струс — найбільш поширений (до 75% у структурі всіх ЧМТ) вид травматичного ураження головного мозку. Струс мозку не супроводжується макроскопічними та світлооптичними змінами мозкової речовини, однак при ньому мають місце зміни на клітинному та субклітинному рівнях, насамперед — клітинних мембран, синапсів, а також енергозабезпечуючих систем нейрона [20].

Струс мозку характеризується короткочасним (до кількох хвилин) порушенням чи втратою свідомості, загально мозковою (головний біль, нудота, блювота), вегетативною (лабільність пульсу, кров'яного тиску, гіпергідроз), а також нестійкою вогнищевою симптоматикою (спонтанний ністагм, асиметрія мимічних м'язів тощо). Постійними ознаками є посилення головного болю при рухах очними яблуками (синдром Гуревича–Мана), ослаблення акту конвергенції (синдром Седана). При струсі головного мозку відсутні переломи кісток черепа та субарахноїдальні крововиливи [20].

Забої головного мозку супроводжуються макроскопічними змінами мозкової речовини різного ступеня. При цьому виділяють вогнищеві забої мозку і так зване дифузне аксональне пошкодження головного мозку. Структурною основою останнього є гостра первинна дегенерація аксонів, переважно підкорково-стовбурових відділів мозку, з витокм аксоплазми і утворенням аксональних «куль» [20].

Клінічні прояви забоїв мозку легкого ступеня мають спільні ознаки зі струсом мозку. На відміну від останнього при забоях мозку спостерігаються переломи кісток черепа та субарахноїдальні крововиливи, що є безсумнівним критерієм забою головного мозку і в багатьох випадках — основною диференціально-діагностичною його ознакою. На відміну від струсу мозку майже в половині випадків забоїв легкого ступеня комп'ютерна томографія (КТ) виявляє вогнища зниженої щільності мозкової речовини [20].

При забоях мозку середнього ступеня свідомість після травми втрачається на значно довший термін (до 4–6 год). У неврологічному статусі переважає вогнищева симптоматика (виражені розлади рухової, чутливої діяльності, порушення мови тощо). Закономірно спостерігаються переломи кісток склепіння та основи черепа, поширені субарахноїдальні крововиливи. За допомогою КТ у більшості (80–85%) випадків діагностують вогнища підвищеної чи гетерогенної

щільності мозкової речовини — вогнища геморагічного забою головного мозку [20].

Забої мозку тяжкого ступеня супроводжуються втратою свідомості на строк від декількох діб до тижнів після травми. Характерною їх рисою є вираженість симптомів ураження стовбура мозку із порушенням життєво важливих функцій. При КТ знаходять багато вогнищеві пошкодження мозкової речовини, крововиливи у шлуночки та стовбур мозку [20].

Дифузні аксональні пошкодження головного мозку спостерігаються переважно в осіб молодого віку, які постраждали у дорожньо-транспортних пригодах. Клінічні ознаки подібні до тих, що спостерігаються при забоях тяжкого ступеня. Однак, на відміну від останніх, при комп'ютерній чи магнітно-резонансній томографії знаходять мінімальні структурні зміни речовини мозку, як правило — невеликі крововиливи в підкоркові структури [20].

Стиснення головного мозку супроводжується появою чи поглибленням порушеної після травми свідомості, а також загально мозкових (головний біль, нудота, блювота, брадикардія), вогнищевих (мідріаз, геміпарез, вогнищеві судоми) та стовбурових симптомів [20].

Тяжкість стану хворого із ЧМТ у більшості країн світу визначається за шкалою коми Глазго. Шкала коми Глазго (ШКГ) оцінює стан хворого за сумою балів на основі трьох параметрів: відкриття очей (від 1 до 4 балів), рухова реакція (1–6 балів), словесна реакція (1–5 балів) [20].

ЧМТ визнається як легка при сумі балів 13–15, середньої тяжкості — 9–12, тяжка — 3–8 балів.

Така уніфікація дозволила виробити єдині підходи до побудови диференційованого лікувально-діагностичного комплексу залежно від тяжкості стану хворого, а також оцінити ефективність лікування ЧМТ в тому чи іншому лікувальному закладі. Зокрема, визначені середньостатистичні показники летальності залежно від тяжкості ЧМТ (G.M. Teasdale): при 15 балах за ШКГ

летальність не повинна перевищувати 1%, при 13–14 балах — 3–5%, при 9–12 балах — 9%, при 3–8 балах — 35–40% [20].

1.2.1. Наслідки ураження окремих ділянок головного мозку

Ушкодження різних полів кори **лобової частки** може призвести до (Рис.1.2)

- підвищеної агресивності й послаблення реакції страху;
- зростання пасивно-захисних умовних рефлексів;
- порушення захисних умовних рефлексів;
- порушення харчових і захисних умовних рефлексів;
- центральні парези чи паралічі на протилежному боці за монотипом ;
- порушення психіки [6,16].

У таких осіб спостерігається втрата ініціативи, апатія, порушення абстрактного мислення, нездатність до творчого мислення, розгальмування нижніх емоцій і потягів, розлади мовлення і понятійного мислення. У задньому відділі лобової звивини розміщена зона Брока—руховий аналізатор, який разом із центром Верніке забезпечують здатність людини читати, писати, чути, вимовляти і розуміти мову [6].

При ураженні **скроневи́х часток** в зоні слухових аферентних провідників спостерігається слухова агнозія – втрата набутої протягом життя здатності розрізняти предмети по характерних для них звуках (автомобіль – по гудку, шуму мотора, паровоз – по свистку, годинник – по тиканню, людину – по голосу. Слухова агнозія розвивається вкрай рідко при двобічному ураженні [1].

Також при ураженні скроневи́х часток виникають :

- слухові галюцинації в разі подразнення кіркових проекційних зон;
- слухова агнозія виникає у разі двобічного ураження скроневи́х часток;
- напади вестибулярно-кіркового запаморочення;
- атактичні розлади, можливі прояви астазії-абазії;
- верхньоквадрантна геміанопсія;

- порушення орієнтації в навколишньому світі при медіобазальних процесах;
- сенсорна афазія;
- порушення пам'яті [16].

Тім'яна ділянка — це апарат вищої інтегративної діяльності мозку людини, вона безпосередньо стосується процесів біологічної і соціальної адаптації, є фізіологічною основою вищих психічних функцій [6]. При ураженні тім'яної частки порушуються чутливість, просторова орієнтація і регуляція цілеспрямованих рухів. Анестезии (або гіпестезії) больовий, термічної, тактильної чутливості, порушення суглобово-м'язового відчуття з'являються при ураженнях постцентральных звивин. Астереогноз – невпізнавання предметів при їх обмацуванні з закритими очима. Апраксія (розлад складних дій при збереженні елементарних рухів) виникає в результаті ураження тім'яної частки домінантної півкулі (у правшів - лівого) і виявляється при функціонуванні кінцівок (зазвичай верхніх) [1].

Потилична доля функціонально пов'язана із зором, до того ж у кожную долю поступають сигнали з протилежної половини поля зору (поле зору – простір, який бачить нерухомий погляд) [1].

При ураженні потиличної долі спостерігаються:

- неврологічні порушення у вигляді розлади зору а також окорухових порушень; це призводить насамперед до порушення процесу читання;
- в якості симптому роздратування розвиваються оптичні галюцинації, які носять при елементарний характер (блискавки, спалахи); це може поєднуватися з відхиленням очей і голови в протилежну сторону, можлива вторинна генералізація;
- нейропсихічного порушення можливі у вигляді порушення зорово-просторової орієнтації, колірної або оптичної агнозії [1].

Ураження кори потиличної долі на верхньобоковій її поверхні може спричинити порушення впізнавання предметів на основі зорової інформації – зорову агнозію [1].

Лімбічна система – комплекс структур середнього, проміжного й кінцевого мозку, що беруть участь в організації вісцеральних, мотиваційних і емоційних реакцій організму [8].

Ураження лімбічної системи призводить до:

- вегетативно-вісцеральні пароксизми;
- епілептичні пароксизмальні порушення;
- порушення пам'яті за типом корсаківського синдрому з амнезією, псевдоремінісценціями (неправильні спогади); емоційні розлади, фобії [16].

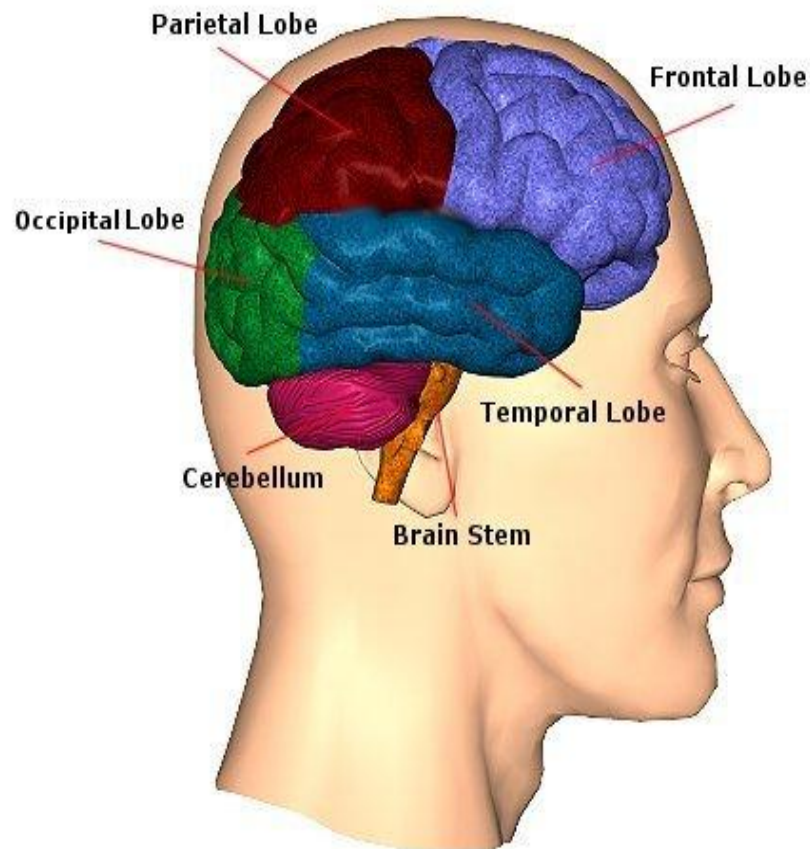


Рис.1.2 Ділянки головного мозку

2. Особливості ерготерапії при когнітивних порушеннях

2.1 Поняття ерготерапії та діяльність ерготерапевта

Ерготерапія — це професія у галузі охорони здоров'я, соціальних послуг та освіти, завданням якої є забезпечення максимально можливої участі та незалежності у повсякденному житті шляхом відновлення функцій, розвитку навичок та підтримки здоров'я [65].

Ерготерапія є клієнтоцентричною професією, адже саме пацієнт скеровує реабілітаційний процес, визначаючи, чого хоче навчитися, які навички прагне відновити і яким чином мріє знову відчувати життя повною мірою [65].

Ерготерапевт може:

1. Допомогти відновити навички, втрачені внаслідок хвороби або травми, для повернення до повноцінного життя;
2. Розвинути нові навички, якщо хвороба, обмежені фізичні чи розумові можливості перешкоджають їх розвитку;
3. Розробити програми реабілітаційного втручання для вирішення фізичних, когнітивних, поведінкових або психічних проблем пацієнта та покращення умов життєдіяльності;
4. Адаптувати середовище проживання, роботи, навчання та спілкування з використанням ергономічних рішень та принципів безбар'єрного доступу ;
5. Максимально продовжити час самостійного проживання пацієнта у власній оселі або проживання з мінімальною допомогою, підтримуючи функції і вміння та попереджаючи травми і ускладнення;
6. Навчити новим способам виконання повсякденних занять;
7. Консультувати сім'ї або опікунів;
8. Виготовити або підібрати адаптивне обладнання та допоміжні засоби реабілітації [65].

Ерготерапія — це первинна реабілітаційна професія у сфері охорони здоров'я, соціальних послуг та освіти, яка допомагає людям усіх вікових категорій.

Пацієнтами ерготерапевтів є люди, які внаслідок фізичних, розумових, сенсорних, психоемоційних або соціальних проблем не можуть брати повноцінну участь у повсякденному житті. Основною метою ерготерапії як науки та мистецтва є уможливлення залучення людини до виконання повсякденних занять, досягнення максимально можливого рівня її незалежності та покращення якості її життя шляхом розвитку, відновлення та підтримання функціональних навичок, модифікації заняттєвої активності людини або адаптації її середовища [65].

Основним засобом терапевтичного впливу ерготерапевта є заняттєва активність (заняття) — цілеспрямована діяльність у сфері самообслуговування, дозвілля та продуктивної діяльності (праці), яку ерготерапевт обирає, адаптує і використовує відповідно до індивідуальних особистісних потреб, вподобань і функціональних можливостей пацієнта та з урахуванням факторів середовища його життєдіяльності [65].

Результатами ерготерапевтичного втручання є:

1. Розширення та покращення заняттєвої участі пацієнта через удосконалення (відновлення, розвиток) функцій організму; набуття, відновлення або підтримання функціональних навичок пацієнта;
2. Особисте задоволення пацієнта від заняттєвої участі;
3. Підвищення рівня незалежності;
4. (Ре) інтеграція у домашнє, робоче, освітнє, соціальне середовище;
5. Попередження хворіб та ускладнення тощо [65].

Ерготерапевти використовують біо-психо-соціальний підхід у професійній діяльності та володіють знаннями з медичних, психосоціальних, педагогічних, соціальних та заняттєвих наук, які дозволяють надавати кваліфіковану допомогу особам, групам та популяціям із обмеженнями життєдіяльності внаслідок порушення стану здоров'я, а також у результаті соціальних, культурних та інших обмежень участі у житті [65].

Професійна діяльність ерготерапевта охоплює, але не обмежується такими завданнями:

1. Оцінювання та аналіз виконання повсякденних занять;
2. Обстеження та аналіз сенсомоторних, когнітивних та психосоціальних навичок та їх впливу на виконання заняттєвої активності;
3. Оцінювання середовища проживання, професійної діяльності та соціокультурного середовища, у якому виконуються повсякденні заняття;
4. Відновлення, підтримка та організація виконання повсякденних занять;
5. Терапевтичне використання занять та вправ;
6. Розвиток, відновлення, компенсація або підтримання сенсомоторних, когнітивних та психосоціальних функцій та відповідних навичок, необхідних для виконання занять;
7. Модифікація та адаптація заняттєвої активності або середовища проживання, працевлаштування, навчання та соціального середовища відповідно до потреб клієнта, ергономічного та універсального дизайну;
8. Оцінювання, дизайн, рекомендації, виготовлення та навчання використовувати допоміжні технології, ортези, протези та інші технічні засоби реабілітації;
9. Менеджмент годування, процесу прийому їжі, жування і ковтання;
10. Навчання мобільності у громаді, у тому числі керування транспортними засобами та користування громадським транспортом;
11. Консультативні послуги, в тому числі навчання сімей, доглядачів, організацій, груп та популяцій тощо ("Українське товариство ерготерапевтів" [65]).

2.2 Особливість когнітивних порушень функцій мозку

Когнітивні функції мозку — це здатність розуміти, пізнавати, вивчати, усвідомлювати, сприймати і переробляти зовнішню інформацію. Це функція центральної нервової системи — вища нервова діяльність, без якої втрачається особистість людини. Порушення когнітивних функцій є одним з найбільш частих наслідків черепно-мозкової травми [15].

Гнозис — сприйняття інформації та її обробка, мнестичні функції — це пам'ять, праксис і мова — це передача інформації. При зниженні зазначених мнестико-інтелектуальних функцій (з урахуванням вихідного рівня) говорять про когнітивні порушення, когнітивний дефіцит [15].

Для забезпечення когнітивних функцій потрібна збереженість і координованість різних відділів ЦНС – кори великих півкуль мозку, підкіркових утворень (базальні ганглії, таламус) та активуючих систем стовбуру мозку [22].

Провідну роль у забезпеченні окремих функцій відіграє сіра речовина кори великих півкуль, причому окремі зони кори мають відносно вузьку спеціалізацію. За теорією динамічної системної організації вищих мозкових функцій людини А. Р. Лурія, ці функції формуються в результаті інтегративної діяльності усього головного мозку, в той же час кожна церебральна структура вносить свій специфічний внесок у забезпечення когнітивних функцій [5;9;10].

А. Р. Лурія виділяв три структурно-функціональні блоки головного мозку. **Нейродинамічний блок:** його задача забезпечення здатності підтримки активного функціонального стану, який є необхідним для швидкого та адекватного реагування на зовнішні стимули, а також для реалізації власних мотивацій. До нейродинамічного блоку належать глибинні відділи головного мозку: ретикулярна формація, неспецифічні ядра таламуса, структури гіпокампова кола. **Блок прийому, обробки та зберігання інформації:** його функція полягає у сприйнятті та розпізнаванні сенсорних стимулів, а також у здійсненні первинних механізмів запам'ятовування інформації; до цього блоку належать скронево-тім'яно-

потиличні частки головного мозку. Блок регуляції довільної діяльності: відповідає за вибір мети, побудову програми та контроль за реалізацією цієї програми; регуляцію довільної діяльності здійснюють передні відділи лобових часток головного мозку (префронтальна кора) [9].

Третій блок (за А. Р. Лурія) – блок «програмування, регуляції та контролю діяльності» – це частини лобової кори, які забезпечують домени програмування та виконання, соціальної поведінки та експресивного мовлення. Другий блок «прийому, обробки та зберігання інформації» – частини скроневої, тім'яної та потиличної кори – забезпечують домени гнозису і праксису, навчання і пам'яті, імпресивного мовлення. Ефективність реалізації когнітивних функцій на цьому рівні залежить від безпосередньої анатомічної і функціональної цілісності нейронів та глії, тобто відсутності вогнищ пошкодження мозкової речовини, а також від накопичення патологічних білків у міжклітинному просторі та внутрішньоклітинному [7].

Когнітивні дисфункції (або когнітивні порушення) можуть бути визначені як функціонування нижче очікуваних нормативних рівнів або втрата здатності в будь-якій області когнітивного функціонування. Когнітивні порушення включають труднощі уваги, пам'яті, вирішення проблем, прийняття рішень та розуміння. Ці порушення перешкоджають здатності людини виконувати свої заняття в повсякденному житті [57,62].

Проблеми з когнітивними функціями можуть призвести до труднощів у «професійній діяльності», термін, що стосується працевлаштування, навчання та управління повсякденною роботою. Обмеження в цій діяльності можуть призвести до поганої якості життя і виходу з соціального життя [57].

Arciniegas та ін. [25] повідомили, що порушення уваги, дефіцит пам'яті та порушення виконавчих функцій найбільш часто зустрічаються після ЧМТ. Дефіцит уваги та пам'яті може посилювати або спричиняти додаткові порушення

у виконавчій функції, навичках міжособистісного спілкування та інших складних когнітивних функція [24].

Особи, які пережили ЧМТ, закінчують хронічною втратою працездатності [42] Це суттєво впливає на життя індивіда з точки зору когнітивних, поведінкових, психосоціальних та фізичних факторів та професійних проблем [31]. Когнітивні вади часто є найбільш неприємними для людей, членів сім'ї та суспільства. Когнітивний дефіцит може істотно погіршити діяльність щоденного життя (ADL), зайнятість, соціальні відносини, відпочинок та активну участь у громаді [24].

Когнітивні порушення, що зберігаються навіть через 3 місяці, виявляються асоційованими з більш високою частотою інвалідності. [59] При середньо тяжких та важких захворюваннях ЧМТ когнітивне відновлення не повертається до початкових показників навіть після 2 років травми. На відміну від цього, когнітивне одужання має тенденцію до швидкого у пацієнтів із легким ЧМТ, повертаючись майже до «нормального вихідного рівня» протягом 3 місяців. [58,64]

Література та дослідження повідомляють, що ефективні когнітивні реабілітаційні заходи, розпочаті після ЧМТ, покращують процес одужання та мінімізують функціональну інвалідність [24].

Когнітивна реабілітація призводить до клінічно значного поліпшення певних пізнавальних навичок [57].

Когнітивна реабілітація – це застосування систематичних терапевтичних заходів, які призначені для покращення когнітивного функціонування пацієнта та збільшення його незалежності [54].

Когнітивна реабілітація відноситься до терапевтичного процесу підвищення або вдосконалення здатності людини обробляти та використовувати інформацію, щоб забезпечити більш ефективне функціонування в повсякденному житті. Це включає в себе методи відновлення когнітивних функцій, а також методи

компенсації зниження когнітивних функцій. Це може бути досягнуто різними підходами, включаючи: [57].

1. Зміцнення або відновлення раніше вивчених моделей поведінки;
2. Створення нових моделей через внутрішні компенсаційні механізми;
3. Встановлення нових моделей діяльності за допомогою зовнішніх компенсаційних механізмів, таких як екологічне структурування та підтримка;
4. Надання можливості людям адаптуватися до своєї когнітивної інвалідності без встановлення будь-яких нових моделей діяльності, але з існуючими закономірностями [24].

Оглядові статті, опубліковані з 2000-х років, запропонували корисні ефекти стратегій когнітивної реабілітації на специфічні когнітивні аспекти, такі як пам'ять, апраксія та афазія у людей з отриманою травмою мозку [57,28,30,29]. Точні механізми роботи кожної когнітивної реабілітаційної інтервенції не з'ясовані. Ймовірно, що комбінація вищевказаних факторів може впливати на клінічне поліпшення когнітивних функцій [57].

Навчання процесам уваги та завдання щодо дефіциту уваги, компенсаторні стратегії та навчання безпомилкового навчання дефіциту пам'яті, прагматичні мовні навички та вказівки щодо соціальної поведінки щодо когнітивно-комунікативного розладу, мета-когнітивної стратегії та навчання вирішенню проблем при розладі виконавчої влади є основою терапії для когнітивного дефіциту осіб, хворих на ЧМТ. Когнітивні порушення після ЧМТ є загальними і змінюються в широких межах [24].

Метою когнітивної реабілітації після ЧМТ є підвищення здатності людей обробляти та інтерпретувати інформацію та вдосконалювати здатність людини виконувати психічні функції. Silver та ін. [55] повідомили, що когнітивна реабілітація найкраще підходить для добре мотивованих та функціонально незалежних осіб із легкими та помірними когнітивними порушеннями [24].

Когнітивна реабілітація складається з різноманітних втручань; однак в літературі існує консенсус, що когнітивна реабілітація повинна відповідати індивідуальним потребам [41].

Дослідження розділили когнітивну реабілітаційну терапію на два компоненти: відновлювальний та компенсаторний підхід [41].

Відновлювальний підхід спрямований на зміцнення або відновлення порушених навичок. Він включає повторне здійснення стандартизованих когнітивних тестів, що збільшують труднощі, орієнтуючись на конкретні когнітивні домени (наприклад, вибіркова увага, пам'ять на нову інформацію). Компенсаторний підхід навчає способів обходу або компенсації порушеної функції [41]. Різні автори [41,56] повідомили про ефективне використання допоміжних технологій, календарів, електронних пристроїв пам'яті, або нагадувань як компенсаторних методів.

Tsaousides and Gordon [63] описують увагу як "складну розумову діяльність, яка стосується того, як людина отримує та починає обробляти внутрішні та зовнішні подразники". Дефіцит уваги частіше зустрічається у людей з важкою черепно-мозковою травмою, і може включати труднощі у стійкій увазі / концентрації, затримку часу реакції, відволікання, зниження швидкості обробки та порушення виконання подвійних завдань (наприклад, ходьба та розмова) [63,36].

Дефіцит пам'яті – одне з найбільш значущих та найпоширеніших нейропсихологічних наслідків травматичного ураження мозку після [49].

Дефіцит уваги та пам'яті може посилювати або спричиняти додаткові порушення у виконавчій функції, навичках міжособистісного спілкування та інших складних когнітивних функціях [38].

Пізнання - це процес, який включає в себе вибір, придбання, розуміння і збереження інформації, а також застосування отриманих таким чином знань у відповідних ситуаціях [57,28].

Виконавча функція може бути визначена як розумова здатність "успішно займатися незалежною, цілеспрямованою, корисливою поведінкою" [45]. Виконавча функція дозволяє людині планувати або ставити цілі, ініціювати поведінку, вирішувати проблеми, передбачати наслідки, контролювати продуктивність, і реагувати гнучко та адаптивно. Порушення виконавчих функцій може включати нездатність виконувати ці пізнавальні процеси та перешкоджати щоденній діяльності [24].

ЧМТ також може завдати величезного впливу на емоційну, поведінкову стабільність та впевненість у собі постраждалих [24].

Зміни поведінки, дуже поширені після травматичних травм мозку, зазвичай включають гнів, депресію, збудження та вербальну чи фізичну агресію. Психотерапія (індивідуальна, а також групова психотерапія) наголошує на емоційній та поведінковій терапії, що врешті-решт сприяє навчанню специфічних пізнавальних втручань [24].

2.3 Особливості ерготерапії на рівні Rancho-7

Як визначено в практиці Американської асоціації професійної терапії, і як згадується в іншій опублікованій літературі, термін "occupation" стосується не тільки оплачуваної роботи, але й цілеспрямованої діяльності, яку люди виконують у своєму повсякденному житті, таких як робота, самообслуговування (щоденної діяльності (ADL), дозвілля або соціальної участі [57,39,23].

Основним завданням є уявити спосіб категоризації когнітивного дефіциту, що спостерігається після ЧМТ, і яке це може мати значення для ерготерапії. Ерготерапія, як нова спеціальність в країні, може об'єктивно виміряти і визначити найбільш оптимальний метод роботи із пацієнтом після черепно-мозкової травми. Ерготерапевт може дати відповіді на запитання, чому пацієнт веде себе власне так, а не інакше, і що найголовніше – як саме потрібно вести (лікувати) дану особу відповідно до стадії виходу після черепно-мозкової травми. Для оцінювання рівня

когнітивного функціонування ерготерапевти користуються шкалою RANCHO, яка включає 10 рівнів відновлення після травми. Кожний рівень має свої особливості та притаманні йому риси. Ми будемо обговорювати VII рівень або як його називають автоматичний та відповідний [53].

Пацієнт на VII рівень може :

1. Дотримуватися визначеного розкладу;
2. Якщо фізично спроможна, зможе виконувати рутинні дії із самообслуговування без допомоги. Наприклад, вона може самостійно одягатися чи їсти, але відчувати труднощі в нових ситуаціях, зневірюватись або діяти необдуманно;
3. Мати проблеми з плануванням діяльності, її початком чи доведенням до завершення;
4. Їй може бути важко утримувати увагу в стресових ситуаціях або за наявності відволікаючих чинників. Наприклад, під час святкувань чи інших подій, коли збирається вся родина, на роботі, в школі, церкві або під час спортивних заходів;
5. Не усвідомлювати того, як її проблеми з мисленням і пам'яттю можуть впливати на подальші плани і цілі. Відповідно, вона може розраховувати повернутися до свого колишнього способу життя чи роботи;
6. Надалі потребувати нагляду через знижене відчуття безпеки і здатність оцінювати ситуацію. Вона все ще не повністю розуміє вплив своїх соматичних проблем чи проблем мислення;
7. Думати повільніше в стресових ситуаціях;
8. Бути негнучкою чи ригідною і здаватися впертою. При цьому її поведінка зумовлена черепно-мозковою травмою;
9. Бути в змозі говорити про свої наміри щось зробити, але їй буде складно зробити це насправді [53].

Рівень Rancho-7 — це той період, коли наявний дефіцит комунікації відіграє суттєву роль у підтримці зайнятості після травми головного мозку. Даний рівень дозволяє особам швидше відновитися та досягти максимального рівня функціональної незалежності завдяки правильному ерготерапевтичному втручанню.

ВИСНОВКИ

Аналізуючи науково-методичні зарубіжні та вітчизняні літературні джерела ми побачили велику базу напрацювань. Багато авторів працювали над анатомією головного мозку та розкривали проблеми черепно-мозкової травми (Є.Г. Педаченко, А.М. Морозов, І.П. Шлапак, А. Р. Лурія та багато інших). Проте іноземні дослідження розкривають більш ширше поняття, що стосується ерготерапії та когнітивної реабілітації (Arciniegas DB, Held K, Wagner P, Silver JM, McAllister TW, Arciniegas DB et al.). Ерготерапія є новою спеціальністю в Україні, тому потрібні подальші дослідження для розробки методик когнітивної терапії для осіб, які перенесли черепно-мозкову травму. Знання, як вирішити когнітивні порушення – лише один крок до успішного повернення додому та соціуму після черепно-мозкової травми. Саме тому ми підкреслюємо актуальність цієї теми.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1 Методи дослідження

Для отримання даних про стан пацієнта, рівень когнітивних порушень, середовища проживання та рівень соціального життя необхідно провести комплексне оцінювання. Важливою умовою для обстеження пацієнта є правильно підібрати певні клінічні інструменти (тести). Саме тому під час дослідження для вирішення поставлених завдань ми використовували такі методи:

1. Аналіз літературних джерел.
2. Збір інформації, анамнез, спостереження.
3. Клінічно-інструментальні методи (шкала Rancho, Монреальський когнітивний тест МОСА, Канадська оцінка виконання діяльності COPM, Діяльність нормального життя Activities of normal life, Оцінка виконавчих функцій пацієнта у соціумі I Can, Шкала оцінки компетентності пацієнта Patient Competency Rating Scale).
4. Методи математичної статистики.

Аналіз літературних джерел

Аналіз та узагальнення літературних джерел дав змогу зрозуміти сучасний стан даної проблеми в Україні. Даний аналіз допоміг нам визначити конкретну мету і завдання даної роботи та розробити методику ерготерапевтичного втручання.

Нами було опрацьовано відповідну літературу бібліотеки Українського католицького університету (центр Шептицького), інтернет джерела, а також були надані матеріали іноземними ерготерапевтами (Канада, США).

Вивчення літератури та матеріалів відбувалося впродовж всього дослідження.

Збір інформації триває при знайомстві з пацієнтом та його родичами. Дозволяє нам налагодити контакт з самим пацієнтом та родичами, визначити рівень самостійності пацієнта, особисті фактори, фактори середовища та дозволяє нам визначити запит пацієнта.

Анамнез Надає нам інформацію про стан захворювання пацієнта, протипокази та застереження, супутні захворювання, прийом ліків.

Спостереження триває протягом усього курсу ерготерапії. Спостерігаємо за загальним станом пацієнта, як реагує на нову ситуацію та шляхи її вирішення, мотивація пацієнта. Виявляємо труднощі, які виникають у пацієнта при поставленні нових завдань.

Клінічно-інструментальні методи

Шкала Rancho Los Amigos

Шкала когнітивного функціонування Rancho. Рівні когнітивного функціонування. Когнітивна сфера охоплює мислення особи та її навички запам'ятовування. До когнітивних навичок належить здатність утримувати увагу, усвідомлювати власне оточення, організовувати, планувати, доводити справу до кінця відповідно до рішення, розв'язувати проблемні ситуації, формувати судження, логічно розмірковувати та усвідомлювати проблеми. Під навичками запам'ятовування мається на увазі здатність пам'ятати події до і після черепно-мозкової травми. Через пошкодження внаслідок черепно-мозкової травми змінюються деякі або всі ці навички. Шкала когнітивного функціонування Rancho Levels of Cognitive Functioning – це інструмент оцінки, який використовує реабілітаційна команда. Її вісім рівнів описують типову динаміку чи етапи відновлення, які зазвичай спостерігаються після черепно-мозкової травми. Згодом було додано ще два рівні, для того щоб точніше описати можливості людей з більш високим рівнем можливостей. Це дає змогу ерготерапевту зрозуміти і зосередити увагу на можливостях особи і розробити належну програму реабілітації [53]. (Див. додаток А)

Монреальська шкала оцінки когнітивних функцій (Monreal Cognitive Assessment, МОСА)

Монреальська шкала оцінки когнітивних функцій – це скринінговий тест оцінки когнітивних функцій. Тест дозволяє оцінити різні аспекти пізнавальної діяльності, а саме: орієнтацію, пам'ять, мову, увагу, зорово-конструктивні навички. Проходження даного тесту дозволяє ерготерапевту визначити ті сфери когнітивних порушень над якими буде в подальшому працювати. Максимальна кількість балів за даний тест – 30 балів, нормою вважається 26 і більше. Слід звертати увагу не лише на кількість набраних балів, а на час який пацієнт витрачає при виконанні кожного завдання, кількість підказок. Правильне використання Монреальського когнітивного тесту дозволяє ерготерапевту розробити правильне ерготерапевтичне втручання (підбір завдань) та сприяти швидкому поверненню пацієнта до активного життя.(Див. додаток Б)

Канадська оцінка виконання діяльності (COPM)

COPM був розроблений для того, щоб з точки зору пацієнта об'єктивно виміряти зміни, що відбулися у виконанні заняттєвої активності для нього. Це є універсальний інструмент, який орієнтований на пацієнта:

- 1) індивідуалізований
- 2) враховує роль пацієнта та очікування від цієї ролі
- 3) враховує середовище, в якому проживає пацієнт
- 4) загальний, а не специфічний за віком і нозологією
- 5) враховує важливість, виконання заняття, задоволення
- 6) вимірює результат втручань

COPM дозволяє брати активну участь у процесі ерготерапії через:

- 1) визначення проблем у виконанні заняттєвої активності
- 2) оцінку якості виконання та задоволеність в цих проблемних сферах
- 3) визначення зміни у сприйнятті пацієнта виконання заняттєвої активності

"Єдиний спосіб з'ясувати, що пацієнти хочуть – це запитати їх про це"

Важливість COPM:

- 1) вимагає від пацієнтів повідомити про свої потреби
- 2) пацієнти самостійно виявляють проблеми, пов'язані з виконанням заняттєвої активності
- 3) пацієнти оцінюють свої проблеми з точки зору важливості
- 4) пацієнти самостійно оцінюють рівень свого функціонування за COPM
- 5) використовуючи COPM, пацієнт визначає проблему через нездійсненні очікування щодо ролі, яку пацієнт виконує чи вимоги до зовнішнього середовища, які заважають успішному виконанню заняттєвої активності.

COPM визначає 2 оцінки:

- 1) виконання та задоволення
- 2) первинна і вторинна (після втручання)

Особливості COPM:

- 1) інтерв'ю
- 2) визначення проблеми
- 3) оцінювання важливості
- 4) оцінювання результатів та рівня задоволення
- 5) повторне оцінювання

Організація інтерв'ю COPM:

- 1) самообслуговування
- 2) особиста гігієна
- 3) функціональна мобільність
- 4) управління громадою
- 5) продуктивність оплачувана робота
- 6) менеджмент господарства
- 7) гра/школа

- 8) дозвілля
- 9) самотійний відпочинок
- 10) активний відпочинок
- 11) соціалізація

Оцінювання важливості шкала 1-10 балів

Повторне оцінювання

Клієнт повторно оцінює продуктивність та задоволення щодо визначених занять.(Див. додаток В)

Діяльність нормального життя (Activities of normal life)

Діяльність нормального життя – анкета, яка дозволяє оцінити рівень фізичної діяльності та когнітивних особливостей у пацієнтів до та після черепно-мозкової травми. Анкета заповнюється разом з пацієнтом та родичами (за необхідності).

Щодо фізичної діяльності ми оцінюємо:

- 1) самообслуговування
- 2) функціональну здатність
- 3) ведення господарства, домашні обов'язки та інше

Когнітивні особливості:

- 1) пам'ять
- 2) планування
- 3) поведінка
- 4) психоемоційний стан (Див. додаток Г)

Таблиці Шульте

Використовують для тренування уваги. Являють собою набір цифр від 1-25, розташованих у клітинках у довільному порядку. Пацієнт повинен як найшвидше показати і назвати від 1-25 всі цифри. Можна фіксувати цифри тільки поглядом

або за допомогою ручки, але міток не залишати. Наведено 5 таблиць для п'яти спроб. Необхідно засікати час для проведення завдання.

Оцінка результатів:

- 1) добрий рівень концентрації уваги – якщо на кожному з таблиць витрачається не більше 40 секунд
- 2) достатній рівень концентрації уваги – якщо на кожному з таблиць витрачається не більше 50 секунд
- 3) концентрація слабка – якщо на кожному з таблиць витрачається більше 50 секунд (Див. додаток Д)

Оцінка виконавчих функцій пацієнта, Я Можу (I Can) [43]

Дозволяє ерготерапевту оцінити виконавчі функції пацієнта у соціумі. Це є підсумковий лист, в якому оцінка проводиться в 3 етапи (три різні завдання). I Can завдання розробляються індивідуально, на основі особистого життєвого досвіду пацієнта. В кінці розробляється програма ерготерапевтичного втручання та надаються рекомендації пацієнту.

В даному підсумковому листі зазначаються:

- 1) напрямки проведення завдання
- 2) дата проведення, час
- 3) включають особливі міркування пацієнта
- 4) проблеми безпеки
- 5) спостереження
- 6) основні сильні та слабкі сторони
- 7) виклики
- 8) конкретні навички (Див. додаток Е)

Шкала оцінки компетентності пацієнта, (Patient Competency Rating Scale, PCRS) [52]

Шкала оцінки компетентності пацієнтів (Patient Competency Rating Scale, PCRS) була розроблена у 1980-х роках Джорджем Пригатано, доктором наук, та його колегами з програми нейропсихологічної реабілітації в пресвітеріанській лікарні (Prigatano та ін, 1986) [52]. Основна мета PCRS - оцінити самосвідомість (здатність оцінювати поточні сильні та слабкі сторони) після травматичного ураження мозку. PCRS - це 30-елементний інструмент самозвіту, який просить суб'єкта використовувати 5-бальну шкалу, щоб оцінити ступінь своєї складності у різних завданнях та функціях. Відповіді суб'єкта порівнюються з відповідями з родича чи ерготерапевта, який оцінює пацієнта за однаковими предметами. (Див. додаток Ж)

Метод математичної статистики

Отримані результати ми піддавали математико-статичній обробці. Для обробки результатів використовувалась операційна система Microsoft Windows 10.

2.2 Організація дослідження:

Дослідження проводилося у 5 етапів:

1 етап (січень-квітень 2019р) – Огляд вітчизняної і зарубіжної науково-методичної літератури по даній темі.

2 етап (травень-червень 2019р) – Збір анамнезу, обстеження пацієнтів та визначення когнітивного рівня осіб після перенесеної ЧМТ на рівні Rancho-7.

3 етап (липень-серпень 2019р) – Розробка та застосування методики ерготерапевтичного втручання для осіб після перенесеної ЧМТ на рівні Rancho-7.

4 етап (вересень-грудень 2019) – Збір та опрацювання отриманих кінцевих результатів.

5 етап (січень-квітень 2020р) – Розробка методичних рекомендацій для пацієнтів та членів міждисциплінарної команди. Підготовка до захисту магістерської роботи.

У дослідженні взяв участь 1 пацієнт з ЧМТ на рівні Rancho-7.

РОЗДІЛ 3

МЕТОДИКА ЕРГОТЕРАПІЇ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОЇ ЧМТ ДЛЯ ОСІБ З КОГНІТИВНИМИ ПОРУШЕННЯМИ НА РІВНІ RANCHO-7 ТА ЇЇ ЕФЕКТИВНІСТЬ

3.1 Особливості методики ерготерапії для осіб після перенесеної ЧМТ з когнітивними порушення на рівні Rancho-7

Дослідження проводилися на базі реабілітаційного відділення лікарні швидкої медичної допомоги м. Львова, тривало 2 місяці. У дослідженні взяв участь 1 пацієнт, 19 років. Індивідуальні заняття проводилися двічі на тиждень тривалістю 60 хвилин. Окремо проводилися бесіди з мамою пацієнта та надавалися рекомендації щодо домашньої програми.

Проаналізувавши обстеження нашого пацієнта мультидисциплінарною командою ми визначили основні порушення при черепно-мозковій травмі на даному рівні, а саме:

1. Спастичність (м'язи згиначі пальців правої кисті)
2. Порушення моторного контролю (згинальна синергія верхньої кінцівки)
3. Правосторонній геміпарез
4. Порушення мови (моторна афазія)
5. Порушення когнітивних функцій (планування, пам'ять, увага, виконавчі функції)

Наше ерготерапевтичне втручання включало (Рис.3.1)

1. Обстеження
2. Виявлення проблеми (порушення когнітивних функцій)
3. Встановлення короткотермінових та довготермінових цілей у SMART форматі

4. Втручання (покращення пам'яті, уваги, вихід у соціум, планування поїздки у громадському транспорті, відновлення самостійності у повсякденному житті)
5. Домашня програма
6. Повторне оцінювання
7. Розробка ерготерапевтом практичних рекомендацій для покращення якості життя

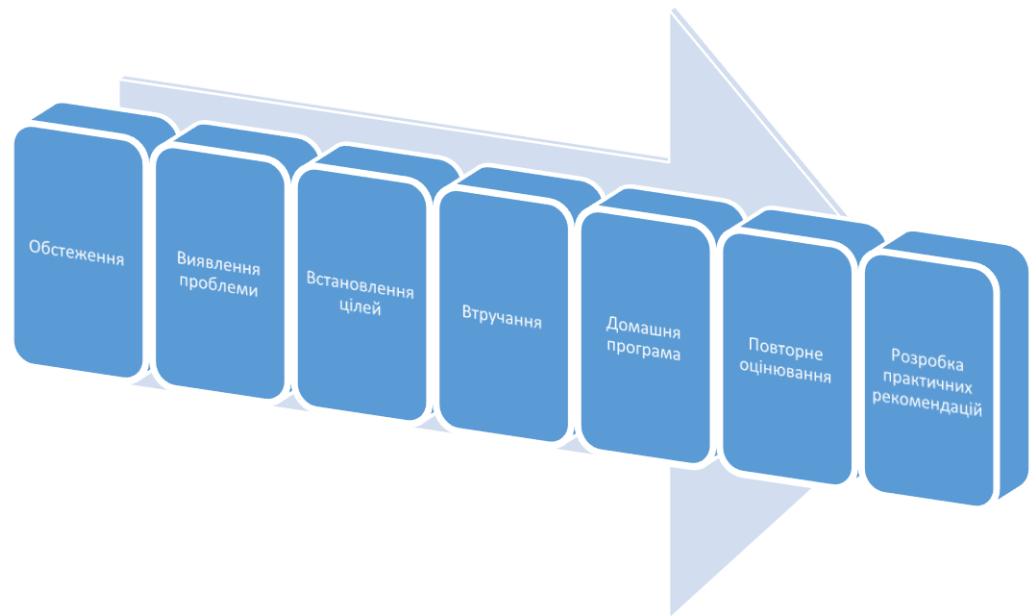


Рис.3.1 Ерготерапевтичне втручання

Ерготерапевтичне обстеження включало оцінку когнітивних функцій (особливостей) пацієнта (МОСА, Activities of normal life, I Can). Використовували тест, що дозволяв оцінити всі сфери діяльності пацієнта, виявити те, що є важливим для пацієнта (COPM) та шкалу оцінки компетентності пацієнта (PCRS). Заповнення ерготерапевтичного профілю дозволило нам максимально індивідуалізувати методику для пацієнта. Ми працювали над покращенням пам'яті, уваги, планування та над самостійністю пацієнта (вихід в соціум, громадський транспорт).

Статичній обробці ми піддавали дані таким тестам як МОСА, СОРМ, PCRS. Результати інших обстежень представленні в ерготерапевтичному профілі.

Програма ерготерапевтичного профілю розроблялася для пацієнта індивідуально. Заповнення ерготерапевтичного профілю дозволило нам сконцентруватися на факторах, сферах зайнятості, моделях виконання та зробити правильні акценти при втручанні, домашній програмі та рекомендаціях для пацієнта та родичів (Див. додаток 3).

У своїй роботі ми дотримувалися клієнтоцентричного підходу на основі даних ерготерапевтичного профілю та канадської оцінки виконання діяльності ми визначили, що є актуальним для пацієнта.

Заняття проводилися таким чином, в першій частині пацієнт виконував завдання над покращенням уваги, пам'яті, а у другій половині заняття – планування та участь пацієнта.

Проаналізувавши обстеження ми визначили важливі напрямки, які обрав сам пацієнт:

1. Покращення пам'яті
2. Відновлення навчання
3. Вихід у соціум (планування графіку дня, поїздка в громадському транспорті та послідовності дій)
4. Відновлення самостійності у повсякденному житті
5. Покращення психоемоційного стану

Процес оцінки виконавчих функцій пацієнта (I Can) проводився ерготерапевтом разом з пацієнтом. Ерготерапевт давав завдання, які відрізнялися одне від одного та виконувалися протягом трьох днів. При виконанні завдань ерготерапевт не допомагав і не коментував, лише спостерігав. Таким чином оцінювалися виконавчі функції пацієнта, визначалися сильні та слабкі сторони. Також записували специфічні навички (наприклад: пам'ять, біль, емоції), які спостерігалися під час виконання завдань. В кінці проводили підсумок.

Протягом виконання завдань ерготерапевт спостерігав, що пацієнт докладав зусиль до кожного завдання, наполегливо працює та старається виконувати до кінця кожен з викликів. Також пацієнт сам зазначав, що йому вдавалося важко зробити, що спричиняло найбільших труднощів, а саме:

1. Демонструвати гнучкість думки
2. Змінювати плани, коли потрібно
3. Вирішувати проблеми, що виникають
4. Демонструвати розуміння

Крім того ще спостерігалися проблеми з :

1. Плануванням
2. Увагою
3. Пам'яттю

На основі результатів оцінки виконавчих функцій пацієнта (I Can) ми визначили над чим будемо працювати та давали рекомендації для пацієнта та родичів.

Шкала оцінки компетентності пацієнта (PCRS) – дана анкета заповнювалася самим пацієнтом та дозволила нам розповісти про здатність робити різноманітні практичні навички. Пацієнт давав відповідь на кожне запитання, ніби це є щось, що обов'язково повинен зробити. У кожному запитання слід міркувати про те, наскільки легкою чи складною є певна діяльність та вибрати відповідну відповідь.

Результати даної шкали піддавалися статистичній обробці.

Activities of normal life – анкета, яка заповнялася з пацієнтом, дозволила нам визначити, яку когнітивну діяльність пацієнт міг виконувати до та після травми.

Ми визначили у пацієнта проблеми з :

1. Когнітивними функціями (пам'ять, увага, планування та організація, визначення пріоритетів)

2. Контроль емоцій та поведінка (підтримка розмови, участь у соціальних заходах)
3. Спілкування (пошук слів, щоб висловити свої думки).

Обстеження тесту МОСА допомогло нам визначити проблеми у сфері пізнавальної діяльності. А саме:

- 1) увага
- 2) пам'ять
- 3) виконавчі функції

Увага

Tsaousides and Gordon [63] описують увагу як "складну розумову діяльність, яка стосується того, як людина отримує та починає обробляти внутрішні та зовнішні подразники". Дефіцит уваги частіше зустрічається у людей з важкою черепно-мозковою травмою, і може включати труднощі у стійкій увазі / концентрації, затримку часу реакції, відволікання, зниження швидкості обробки та порушення виконання подвійних завдань (наприклад, ходьба та розмова) [63,36].

Приклади завдань для покращення уваги

1. Ми використовували таблиці Шульте (Див. Додаток Д). Пацієнт повинен як найшвидше показати і назвати від 1-25 всі цифри. Можна фіксувати цифри тільки поглядом або за допомогою ручки, але міток не залишати. Наведено 5 таблиць для п'яти спроб. Необхідно засікати час для проведення завдання.
2. Складання за допомогою слів речення. Для ускладнення завдання використовували не тільки прості речення, а й складні.
3. Знаходили 5 відмінностей між картинками. Ускладнювали завдання на час, та збільшували кількість відмінностей.
4. Знайти зайві слова. Для ускладнення збільшували кількість слів.

5. Складали кубики різного кольору і порівнювали з назвами живих предметів, явищ, тощо (Синє небо, червона ручка і т. д.).
6. Читання написаних слів різними кольорами. Ефект Струпа (англ. *Stroop effect*) — це затримка реакції при прочитанні слів, коли колір слів не збігається з написаними словами (наприклад, слово «червоний» написано жовтим) [43] (Див. додаток К).
7. Гра в китайські шахи.

Дані вправи були спрямовані для покращення уваги та дали змогу відновити концентрацію уваги, вибірккову увагу, постійну увагу та розподіл уваги.

Пам'ять

Порушення пам'яті – одне з найпоширеніших когнітивних порушень після черепно-мозкової травми [54]. Є вагомі докази, що підтверджують використання зовнішніх засобів пам'яті для компенсації погіршення пам'яті для осіб після ЧМТ. Навчання компенсаційних стратегій, включаючи засвоєні важливі тренінги (наприклад, візуальні зображення) та компенсації зовнішньої пам'яті (наприклад, записники, щоденники) виявляють ефективними при легких порушеннях пам'яті після ЧМТ [29].

Тому для даного пацієнта ми пропонували використовувати щоденник, в якому записувати графік свого дня та важливу інформацію. Родичам також надавали рекомендації як сприяти самостійності пацієнта.

Приклади завдань для покращення пам'яті

1. Робота зі щоденником. Записували графік дня, важливу інформацію.
2. Використовували Методику "10 слів". Тест побудований на тісному зв'язку концентрації уваги з короткочасною пам'яттю (Див. додаток Л).
3. Розгадували кросворди (егортерапевт розробляла для пацієнта).

4. Читали і переказували прочитане.
5. Працювали над короткотривалою пам'яттю (згадували порядок пройденого заняття та тривалість).
6. Перегляд фільмів та переказ.

Даних комплекс вправ допоможе пацієнту краще відновити пам'ять завдяки компенсаційним стратегіям, щоб почуватися більш самостійним.

Виконавча функція

Виконавча функція може бути визначена як розумова здатність "успішно займатися незалежною, цілеспрямованою, корисливою поведінкою" [45]. Виконавча функція дозволяє людині планувати або ставити цілі, ініціювати поведінку, вирішувати проблеми, передбачати наслідки, контролювати продуктивність, і реагувати гнучко та адаптивно. Порушення виконавчих функцій може включати нездатність виконувати ці пізнавальні процеси та перешкоджати щоденній діяльності.

Відновлення виконавчих функцій відбувалося відповідно до запиту пацієнта. Тому особливу увагу ми приділяли:

1. Покупці продуктів та інше
2. Користування громадським транспортом (планування поїздки)
3. Вихід в соціум (похід в кафе)

Спочатку дані види діяльності виконувалися під контролем ерготерапевта. Далі ми ускладнювали завдання, щоб досягти максимального рівня самостійності пацієнта.

Щодо покупки продуктів, то спочатку ставили завдання від простішого до складнішого. А саме: пацієнта складав список продуктів (3 види, наприклад: вода, хліб, цукерки) далі під контролем ерготерапевта здійснювався похід магазин. Далі список продуктів збільшували. Давали складніші завдання (наприклад, купити у супермаркеті певний вид чаю та не забути взяти чек на касі у продавця). Таким

чином ускладнювалося завдання, оскільки серед великого асортименту чаю пацієнт шукав той, як був у завданні.

Користування громадським транспортом спочатку здійснювався у супроводі ерготерапевта. Пацієнту давалося завдання, наприклад, як заїхати з точки А в точку Б. Використовували гаджети (завантаження google карти). Пацієнт шукав відповідний маршрут та номер маршрутного таксі. Далі пацієнт самостійно без ерготерапевта користувався громадським транспортом. Таким чином ми не тільки виводили на самостійність пацієнта, а й долали його страх та невпевненість у громадському транспорті.

Похід у кафе разом з ерготерапевтом. Пацієнту ставилося завдання вибирати певне кафе, яке б він хотів відвідати, далі шукав номер маршрутного таксі, як доїхати до кафе, зробити замовлення (наприклад, лате) розрахуватися на касі та не забути взяти решту.

Також по бажанню пацієнта ми здійснювали поїздку у торговельний центр для покупки футболки. Це був великий виклик для самого пацієнта, оскільки це було вперше. Великий торговельний центр, з безліччю магазинів, тобто багато шуму і відволікаючих факторів. Пацієнт обирав з футболку, певного кольору, який він хотів, шукав відповідний розмір, здійснював примірку та розраховувався на касі та не забував про товарний чек. Все це здійснювалося під контролем ерготерапевта.

Ерготерапевт проводив оцінку ефективності пацієнта перед завданням, а потім переглядали його після завершення завдання.

Самооцінка пацієнта:

- Перед завданням:

Наскільки це буде складно? Чи потрібно мені використовувати якісь стратегії? Які стратегії я повинен використовувати? Які проблеми можуть виникнути?

- Після завдання:

Наскільки мені це було важко? Наскільки точним я був? Скільки мені потрібно було допомоги? Що я міг зробити по-іншому наступного разу?

Також ми використовували **стратегії моторного навчання**, а саме:

1. Підтримка пацієнта
 2. Допуск помилок
 3. Рекомендації для відпрацювання заняття поза межами часу терапії
 4. Навчання опікунів або родичів
1. Підтримка пацієнта передбачає різний спектр ручної підтримки, яка дозволяє пацієнту активно виконувати певне завдання. Цієї підтримки повинно бути рівно стільки, щоб він був активним учасником процесу. Ця стратегія передбачає адекватний підбір ручної підтримки пацієнта: занадто багато і переносу навичку у звичайне життя не буде, занадто мало – і пацієнт не зможе виконати завдання.
 2. Допуск помилок під час практики може мати місце, але не повинно обмежувати: прогресуванню виклику завдання, зменшенню фізичної підтримки, обмеженню вербального зворотного зв'язку та / або надання пацієнту можливості спробувати рух.

Безпомилкове навчання буде домінувати, якщо ерготерапевт:

1. Надає багато інструкцій, fitback, особливо у розпорядчій формі (менше питає пацієнта, більше говорить, що йому треба робити)
2. Не забезпечує прогресування складності завдання
3. Зупиняє завдання коректуючи пацієнта, поки завдання не будуть виконанні досконало.
4. Навчання з допуском помилок буде домінувати, якщо ерготерапевт :
 - 1) дозволить пацієнту з'ясувати кращий шлях до вирішення завдання
 - 2) використовує більше відкритих питань замість розпорядчої форми (більше запитує ніж розповідає)
 - 3) забезпечує прогресивність завдання

4) не надає багато ручної підтримки та намагається її зменшити

1. Рекомендації для відпрацювання заняття поза межами часу терапії. Необхідно чітко просити пацієнта практикувати ментально чи фізично завдання поза межами часу терапевтичних занять.
2. Навчання опікунів або родичів. Необхідно надавати інформацію про стан пацієнта, його безпосереднє виконання завдання або інструкції щодо необхідних компонентів для виконання завдання. Люди, які оточують пацієнта протягом тривалого часу повинні бути обізнані щодо того, на що спрямована терапія і як можливо допомогти йому досягти цілей поза межами терапевтичних занять [27].

Стратегії моторного навчання стосовно того, що ерготерапевт говорить:

1. Заохочення та підбадьорення
 2. Інструкції – фокус уваги
 - 2а. інструкції – зовнішній фокус уваги
 - 2б. інструкції – внутрішній фокус уваги
 3. Запитування (а не декларування)
 4. Зворотній зв'язок (fitback)
 5. Зв'язок завдання з іншим завданням
 6. Ментальні практики
-
1. Заохочення та підбадьорення. Це позитивні / заспокійливі твердження, які не містять інформації, що безпосередньо стосується завдання. Наприклад: молодець.
 2. Інструкції – фокус уваги. Під час представлення завдання можливо давати інструкції, що стосуються внутрішнього фокусу уваги: наприклад, кінцівок, або інструкцій, що мають зовнішній фокус уваги: наприклад, по відношенню до оточуючого середовища.

3. Запитування (а не декларування). Необхідно заохочувати пацієнта думати, аналізувати і / або знаходити вирішення проблеми через процес, задаючи відкриті питання. Бажано, щоб запитання не містили вже готові відповіді для вибору, а стимулювали пацієнта до самоаналізу виконання завдання.
4. Зворотній зв'язок (fitback). Ерготерапевт акцентує увагу пацієнта на тому, що йому вдалося добре зробити.
5. Зв'язок завдання з іншими завданням або оточенням. Явний зв'язок завдання, що практикується під час терапії, з аналогічним завданням (в межах або поза терапією) або поєднання цього завдання щодо інших умов.
6. Ментальні практики. Це репетиція руху у своїй уяві без фактичного виконання руху. Необхідно пам'ятати, що не для всіх пацієнтів така стратегія може підходити, однак для багатьох вона може стати додатковим чинником, який пришвидшить процес опанування нової рухової навички [27].

Принципи нейропластичності :

1. Використовуй бо – загубиш
2. Використовуй і покращуй
3. Специфічність
4. Повторюваність
5. Інтенсивність
6. Питання стосовно часу
7. Важливість для пацієнта

Навчання моторним навичкам. Оволодіння навичками, пов'язаними з **практикою** або **досвідом** призводить до **відносно постійних** змін у рухових навичках.

Практика:

- 1) повторювання, яке допускає можливість помилок і вирішення проблем.

Досвід :

- 1) значущість
- 2) тіло реагує по-різному у реальній та змодельованій реальності

Відносна постійність:

- 1) може не узагальнювати стосовно всіх ситуацій
- 2) зміни можуть вплинути на майстерність

Специфічний спосіб навчання моторним навичкам

Необхідні складові:

- 1) виклик
- 2) прогресивність
- 3) вимагає активної участі
- 4) специфічна до завдання (значуща для пацієнта)
- 5) інтенсивність (практикування)
- 6) варіабельність (різноманітність оточення)
- 7) активне вирішення проблеми
- 8) можливість помилятися (Матеріали тренінгу Training, Economic empowerment, Assistive and Medical\physical rehabilitation services(TEAM) in Ukraine)

3.2 Ефективність методики ерготерапії для осіб після перенесеної ЧМТ з когнітивними порушення на рівні Rancho-7

Дослідження проводилося 2 місяці. Тому обстеження робили на початку і вкінці першого місяця та кінцеве обстеження вкінці другого місяця, що дозволило нам оцінити результати ерготерапевтичного втручання.

Проводилося обстеження когнітивних функцій (МОСА), оцінка виконавчої діяльності, виявляли те, що є важливим для пацієнта (COPM), оцінка компетентності пацієнта (PCRS), яка дає можливість оцінити ступінь своєї

складності у різних завданнях та функціях. На основі зібраної інформації заповнювався ерготерапевтичний профіль.

Показники когнітивного тесту МОСА

Таблиця 3.2

№	1 обстеження	2 обстеження	3 обстеження	норма
виконавчі навички	0	1	1	1
пам'ять	2	3	5	5
увага	1	1	3	3
мова	1	2	3	3

З таблиці 3.2 ми бачимо, що у нашого пацієнта найбільші труднощі були з виконавчими навичками, пам'яттю, увагою та мовою. Тому ми працювали над їх покращенням, що допомогло над досягти норми за кожним показником.



Рис. 3.2 Зміни показників при проведенні тесту МОСА

З рисунку 3.2 ми бачимо, що при першому обстеженні за тестом МОСА сума набраних балів становила – 23. Друге обстеження показало, покращення в пам'яті, сума балів складала – 25. І третє обстеження показало, що когнітивні особливості у пацієнта покращилися і досягли норми – 27 балів.

Показники оцінювання кожного виду повсякденної активності за канадською оцінкою виконання діяльності (COPM)

Таблиця 3.3

№	Догляд За собою		Транспорт		Покупки		Читання		Соціальне спілкування	
	Виконання	Задоволення	Виконання	Задоволення	Виконання	Задоволення	Виконання	Задоволення	Виконання	Задоволення
До	8	7	5	2	4	3	6	3	5	5
Після	9	8	7	5	7	6	7	5	6	6

Сума 1 Виконання – $8+5+4+6+5 = 28$ балів

Сума 1 Задоволення – $7+2+ 3+3+5 = 20$ балів

Сума 2 Виконання – $9+7+7+7+6 = 36$ балів

Сума 2 Задоволення – $8+5+6+5+6 = 30$ балів

Підрахувавши бали зміни у Виконанні = Сума 2 – Сума 1 = $36-28 = 8$ балів

У Задоволеності = Сума 2 – Сума 1 = $30-20 = 10$ балів.

Отже, ми можемо зробити висновки, що показники виконання та задоволення до та після ерготерапевтичного втручання мають зміни до покращення. А саме: сума задоволеності збільшилась на 10 балів, а сума у виконанні – на 8 балів.

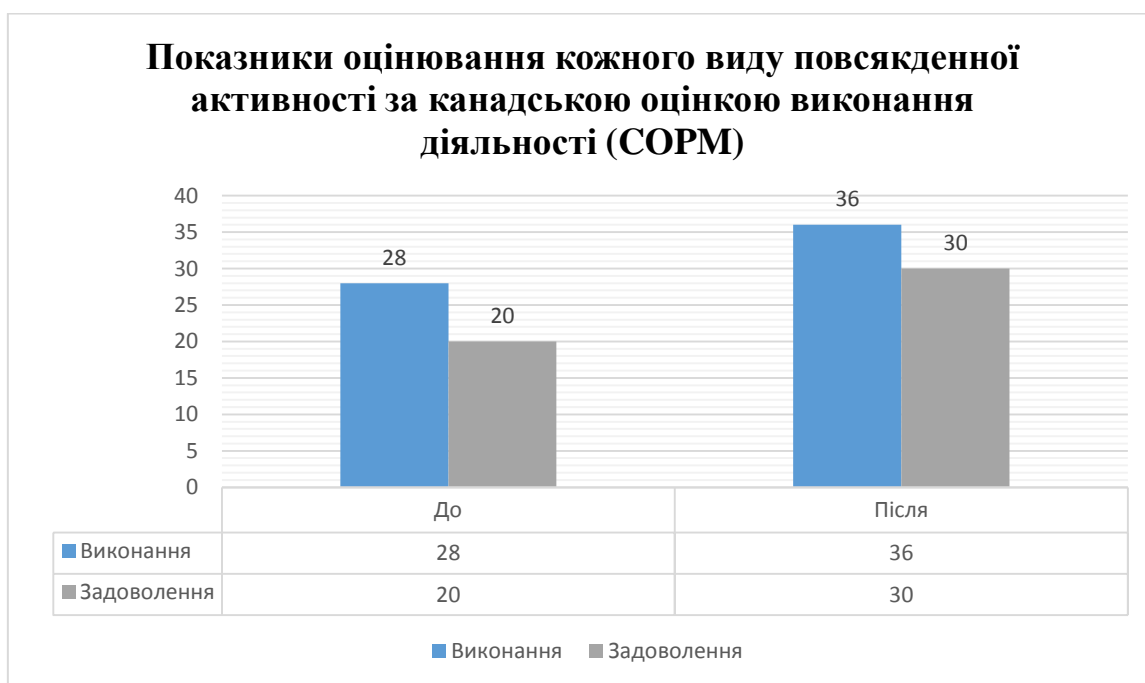


Рис. 3.3 Показники оцінювання за канадською оцінкою виконання діяльності

З рисунку 3.3 ми бачимо суттєве збільшення показників задоволення та виконання, що дало змогу свідчити про незалежності пацієнта та рівень його задоволення у певних видах діяльності.

**Показники оцінювання за шкалою компетентності пацієнта (PCRS)
на початку та вкінці програми ерготерапії самим пацієнтом**

Таблиця 3.4

Діяльність (практичні навички)	До вручення	Після вручення	Норма
1. Скільки проблем у мене є в приготуванні їжі для себе?	3	3	5
2. Скільки проблем у мене є в одяганні себе?	3	3	5
3. Скільки проблем у мене є у догляді за особистою гігієною?	5	5	5
4. Скільки проблем у мене є з миттям посуду?	3	4	5
5. Скільки проблем у мене є в пранні одягу?	3	4	5
6. Скільки проблем у мене є в	1	3	5

догляді за своїми фінансами?			
7. Скільки проблем у мене є при проведенні зустрічей вчасно?	2	3	5
8. Скільки проблем у мене є щоб розпочати спілкування в групі?	2	3	5
9. Скільки проблем у мене є залишатись залученим до роботи, навіть якщо мені нудно чи я втомлений?	2	3	5
10. Скільки проблем у мене є пригадуючи, що я вечеряв минулого вечора?	2	4	5
11. Скільки проблем у мене є із запам'ятовуванням імен людей, яких я часто бачу?	3	4	5

12. Скільки проблем у мене є із запам'ятовуванням свого щоденного розкладу?	3	4	5
13. Скільки проблем у мене є із запам'ятовуванням важливих речей, які я маю зробити?	2	3	5
14. Скільки проблем у мене було б за кермом автомобіля, якби довелося?	1	2	5
15. Скільки проблем у мене було б в отриманні допомоги, якби я б розгубився?	2	3	5
16. Скільки проблем у мене було б в налаштуванні на	1	2	5

несподівані зміни?			
17. Скільки проблем у мене було б, що б переконати людей, яких я добре знаю?	2	3	5
18. Скільки проблем у мене є щоб сприймати адекватну критику з боку інших людей?	1	2	5
19. Скільки проблем у мене є щоб контролювати плач?	4	4	5
20. Скільки проблем у мене є в належному поведженні у колі друзів?	2	3	5
21. Скільки проблем у мене є щоб виявити прихильність (симпатію) іншим людям?	2	3	5

22. Скільки проблем у мене є беручи участь у групових заходах?	2	3	5
23. Скільки проблем у мене є при усвідомленні того, коли те що я сказав чи зробив засмутило когось іншого?	2	3	5
24. Скільки проблем у мене є у плануванні щоденних заходів?	2	3	5
25. Скільки проблем у мене є у розумінні нових інструкцій?	1	2	5
26. Скільки проблем у мене є у послідовному виконанні своїх щоденних обов'язків?	3	4	5

27. Скільки проблем у мене є контролювати свій темперамент, коли щось засмутило мене?	2	3	5
28. Скільки проблем у мене є щоб уникати депресії?	3	3	5
29. Скільки проблем у мене є щоб мої емоції впливали на мою здатність виконувати щоденні обов'язки?	2	3	5
30. Скільки проблем у мене є у контролюванні свого сміху?	4	4	5

З таблиці 3.4 оцінивши показники кожного виду діяльності ми бачимо, що у пацієнта відмічається покращення у певних пунктах, які стосуються когнітивних функцій, а саме: пункт 6 з оцінки 1 до 3, пункт 7 з 2 до 3, 8 – 2 до 3, 10 – з 2 до 4, 11 – 3 до 4, 12 – 3 до 4, 13– 2 до 3, 15 – 2 до 3, 24 – 2 до 3, 26 – 3 до 4. Наші показники не досягли норми, але ми бачимо позитивну динаміку покращення когнітивних функцій і дуже важливо є те, що це бачить сам пацієнт.

Дана шкала є важливою для самого пацієнта, оскільки, він сам може оцінити рівень когнітивного дефіциту.



Рис. 3.4 Шкала компетентності пацієнта (PCRS) на початку та вкінці ерготерапевтичного втручання

За шкалою компетентності пацієнта (PCRS) ми бачимо, що на початку дослідження початкові результати становили 70 балів, а після ерготерапевтичного втручання наш результат становив – 96 балів. Відмічено позитивну динаміку на 26 балів.

Показники оцінювання рівня концентрації уваги Таблиці Шульте

Таблиця 3.5

№	1 обстеження	2 обстеження	3 обстеження	Норма (сек)
	57	51	47	40

Оцінивши концентрацію уваги з даної таблиці ми бачимо, що на початку обстеження пацієнт на виконання завдання витрачав 57 секунд, це свідчило про слабкий рівень концентрації уваги. Після проведення нами ерготерапевтичного втручання ми бачимо покращення, а саме при результаті 47 секунд пацієнт досягнув достатній рівень концентрації уваги. Коли при нормі 40 секунд – добрий рівень концентрації уваги.

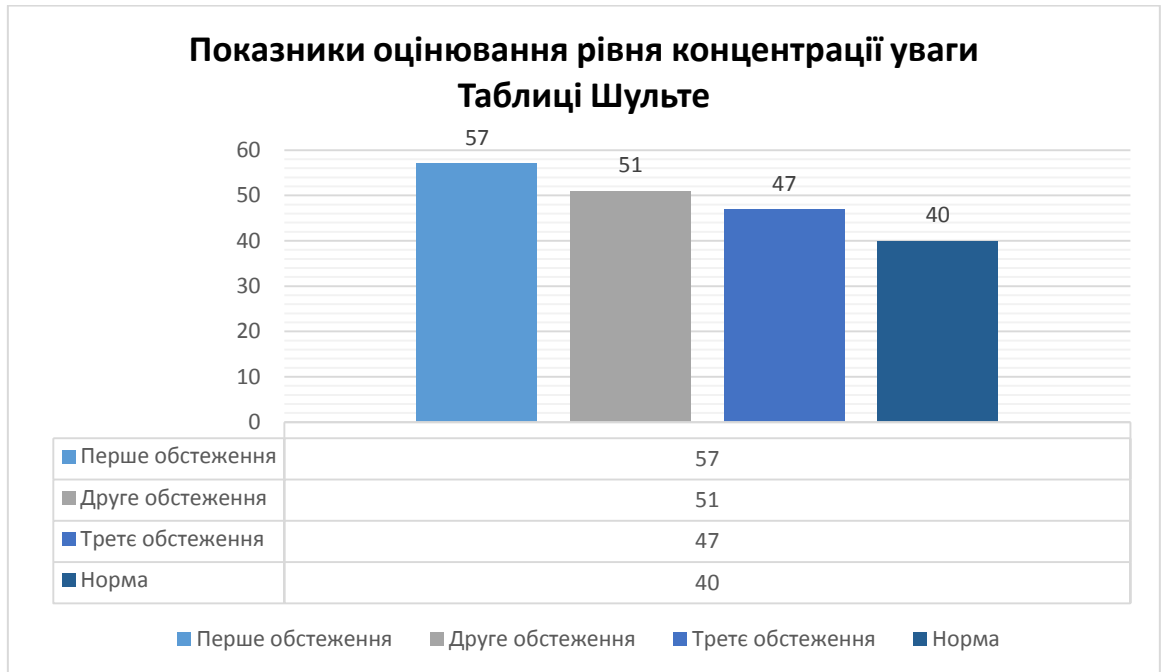


Рис. 3.5 Оцінка рівні концентрації уваги таблиці Шульце

З рисунку 3.5 ми бачимо позитивну динаміку рівня концентрації уваги у пацієнта.

Показники оцінювання рівня тесту Методика «10слів»

Таблиця 3.6

№	1 обстеження	2 обстеження	3 обстеження	Норма
	6	7	9	8-10

Даний тест побудований на тісному зв'язку концентрації уваги з короткочасною пам'яттю. Нашому пацієнтові було запропоновано 10 випадкових

слів, підібраних без явних смислових та асоціативних зв'язків. Уважно прочитавши 10 слів тільки один раз потрібно було відтворити їх у будь-якому порядку. Було наведено 5 наборів з 10 слів (для п'яти спроб).

Оцінка результатів при 1-му обстеженні пацієнту вдалося відтворити 6 слів з 10. При 2-му обстеженні 7 з 10, та при 3-му – пацієнт досягнув норми.

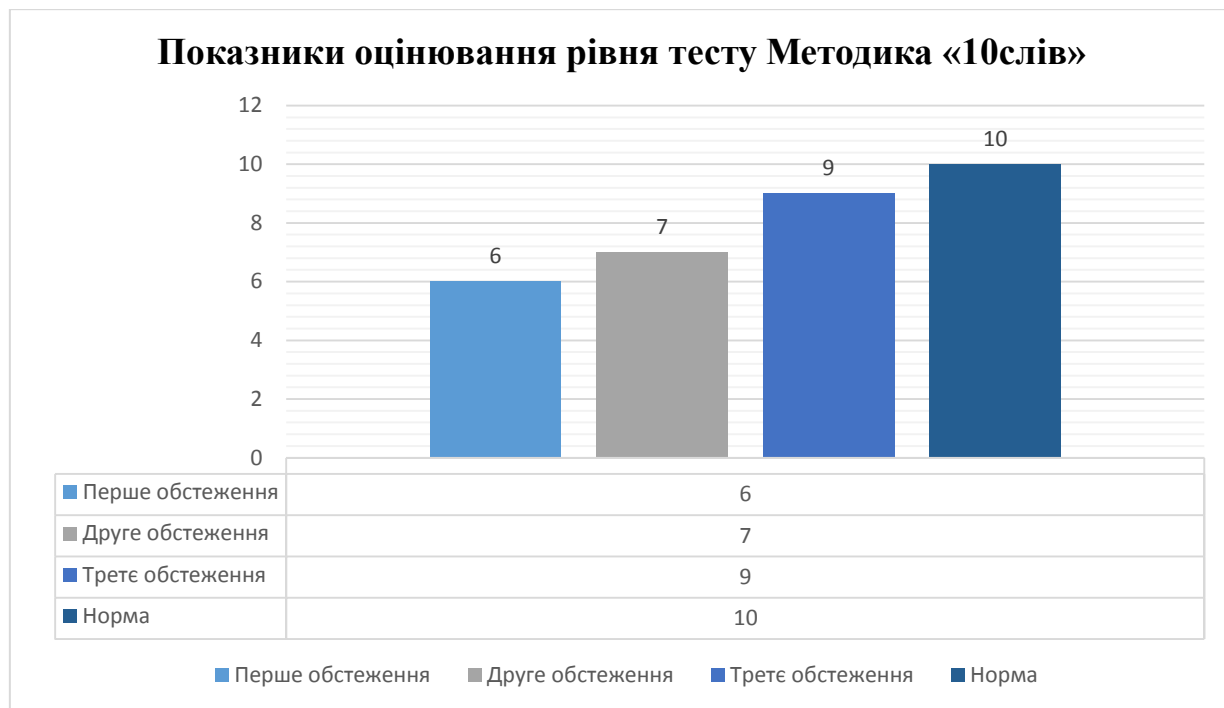


Рис. 3.6 Показники оцінювання тесту Методика «10 слів»

З рисунку 3.6 ми бачимо позитивну динаміку тесту Методика «10 слів». Пацієнт досягнув норми та показав покращення концентрації уваги з короткочасною пам'яттю.

ВИСНОВКИ

1. Аналіз сучасної наукової літератури показав велику базу напрацювань. Проте огляд вітчизняної літератури вказує нам на недостатньо висвітлену сферу когнітивної терапії для осіб після черепно-мозкової травми. Нові методи з'являються і розвиваються далі. Тому потрібні подальші дослідження для отримання протоколу лікування когнітивних порушень в осіб, які перенесли черепно-мозкову травму.
2. Розроблена нами методика ерготерапевтичного втручання показала позитивну динаміку у відновленні когнітивних функцій. Завдяки якій наш пацієнт ставав більш самостійним та покращувався його психоемоційний стан. Нам не вдалося повернути пацієнта до соціуму в повні мірі через проблеми комунікації, планування, вирішення проблем, які виникають. Проте це не є запорукою щоб зупинятися на досягнутому. Потрібні подальші дослідження та розробка ефективних стратегій для відновлення травм мозку.
3. Позитивні зміни когнітивних порушень, які перевірені нами на практиці і обгрунтовані теоретично дають можливість стверджувати, що наше дослідження підкреслює ефективність реабілітації для зменшення впливу когнітивних функцій, пов'язаних з ЧМТ. Найкращий показник когнітивного тесту МОСА показав, що з 23 балів при 1-му обстеженні зростає до 27 балів, наш пацієнт досягнув норми. Також ми отримали позитивну динаміку при оцінюванні рівня концентрації уваги за таблицею Шульте з 57 сек при 1-му обстеженні час зменшувався до 47 секунд досягнувши достатній рівень концентрації уваги. Та показники оцінювання Методики «10 слів» показали покращення концентрації уваги з короткочасною пам'яттю, з 6 слів при 1-му обстеженні до 9 слів, таким чином досягнувши норми.

4. Розроблення практичних рекомендацій сприяють швидкому та ефективному відновленні когнітивних функцій, що покращують якість життя пацієнтам, родичам та допомагають ерготерапевтам.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ ПАЦІЄНТА ТА ЧЛЕНІВ КОМАНДИ

Рекомендації для покращення якості життя після перенесеної ЧМТ :

- Більше зосереджуйтеся на тому, що маєте Ви і менше на тому, що мають інші люди
- Вчіться цінувати наступні активності такі, як: приготування їжі, ведення господарства, садівництво та інші хобі
- Намагайтеся не порівнювати себе з тою людиною, якою Ви були до травми.
- Намагайтеся не злитися на себе, коли Вам щось не вдається
- Ставте собі реалістичні цілі
- Перестаньте робити те, що не працює
- Акцентуйтеся на своїх основних цілях, стежте за прогресом і дотримуйтеся планів, які працюють
- Подивіться, що працює для інших людей, а що ні
- Робіть вправи для вашого тіла і розуму
- Вчіться на своїх помилках
- Просіть людей, які піклуються про Вас про їхній фітбек.
- Розкажіть про свої відчуття
- Будьте відкритими та спілкуйтеся
- Запитайте людей чому вони себе так ведуть з вами
- Звичка записувати у щоденник та постійно слідкувати за ним допоможе вам уникнути проблем та неприємностей!!!
- Записи зроблені у вашому щоденнику (розпорядок дня, важлива інформація, ваші плани, ідеї) допоможуть вам в період розгубленості та хаотичності думок сформуванню послідовності дій та опанувати ситуацію

- Не одноразове повторювання собі, що ти повинен це зробити не зробить тебе більш ефективним. Спробуйте уникати цю фразу: "Я мушу це зробити"
- Спочатку вирішить, що ви дійсно хочете зробити, а потім з'ясуйте, що ви дійсно можете зробити, і Коли ви дійсно можете це зробити !
- Якщо ви часто розчаровані працюйте над постановкою менш амбітних цілей та часових рамок для їх досягнення
- Життя не стане кращим, якщо ти здасишся!
- Вам стане краще, якщо навчитесь говорити собі щось на кшталт: «Всі роблять помилки, я спробую і зроблю краще наступного разу».
- Більшість людей, які перенесли ЧМТ не розуміють що таке травма головного мозку і дають не професійні поради!!!
- Майте на увазі, що всі ми різні, що працює для одних – може не працювати для вас. Визначте, що працює для вас, а що ні!
- Час, терпіння та ретельні думки – це те, що потрібно для того, щоб розібратися і зробити життя кращим!
- Пам'ятайте!!! Те , що ви вирішите робити зрештою залежатиме від вас.
- Не має значення, що скажуть люди, що ви цього не зможете зробити, приймайте рішення на користь того, що для вас є найбільш важливим!!!

Рекомендації для покращення пам'яті :

- Використовуйте зовнішні засоби пам'яті (дошка, записники, календарі, смартфони, годинники, списки, контейнери для зберігання таблеток)
- Дотримуйтесь встановленого розпорядку
- Поліпшення загального самопочуття
- Зберігайте Ваші речі у постійному місці (наприклад: ключі, гаманці, тощо)
- Записуйте регулярні заняття в щоденнику
- Визначте види діяльності, які Вам приємні та розслабляючі, наприклад, слухання музики чи заняття фізичними вправами
- Адаптація середовища

- Концентруйте на відповідних матеріалах, які Ви хочете або повинні запам'ятати
- Зменшіть кількість інформації, яку потрібно запам'ятати і зосередьтеся на найважливішому
- Переконайтеся, що інформація є зрозумілою і повторіть своїми словами
- Використовуйте асоціації з запам'ятовуванням нової інформації
- Використовуйте маленьке і часте правило – краще кілька разів попрацювати декілька хвилин на день, ніж більш тривалий період один раз на день!
- Заохочуйте людину організовувати інформацію – наприклад, групувати предмети у списку покупок на різні категорії
- Переконайтеся, що людині є абсолютно зрозуміло, що від них очікується
- Розбивайте завдання на малі частини
- Надавайте підказки при необхідності
- Читайте вголос, щоб краще запам'ятати

Рекомендації для покращення уваги :

- Змініть оточення, щоб покращити навички уваги
- Зосередьтеся на розмові або на завданні
- Регулярні фізичні вправи
- Збалансоване харчування
- Сон та відпочинок
- Робити перерви між завданнями
- Запропонуйте переорієнтуватися, якщо пацієнт відволікається чи погано концентрується
- Заохочуйте членів сім'ї, родичів говорити чітко і повільно
- Нагадуйте своєму мозку "фокусуватись" під час занять
- Скажіть кроки завдання вголос під час виконання завдання
- Постарайтесь ігнорувати відволікаючі думки, коли Ви намагаєтесь зосередитись

- Практикуйте виконувати завдання, які Вам важко виконати невеликими кроками
- Розмовляючи з іншою людиною, підсумуйте або повторіть ключові моменти

Рекомендації для покращення виконавчих функцій:

- Складні завдання розділіть на менші кроки
- Виконуйте завдання за допомогою покрокових процедур
- Контролюйте емоції
- Ерготерапевт працює над програмою боротьби з гнівом або над стратегіями вирішення проблем із пацієнтом, який не відчуває, що у нього є ці проблеми
- Розробіть цілі
- Сприяйте навичкам вирішення проблем

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Анатомія потиличної долі головного мозку, функція — [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <https://studfile.net/preview/5602628/page: 21/>.
2. Анатомія, фізіологія, еволюція нервової системи — [Електронний ресурс]. — Режим доступу: https://pidruchniki.com/1835121852978/meditsina/budova_funktsiyi_dovgastogo_mozku.
3. Біологія, Будова і функції головного мозку, 2010 - 2020 — [Електронний ресурс] — Режим доступу : https://pidruchniki.com/77443/prirodoznavstvo/budova_funktsiyi_golovnogogo_mozku.
4. Будова і функції середнього мозку — [Електронний ресурс]. — Режим доступу: https://pidruchniki.com/1605042652980/meditsina/budova_funktsiyi_serednogo_mozku.
5. Выготский Л. С. Развитие высших психических функций / Л. С. Выготский. — М.: Педагогика, 1960. — 484 с.
6. Зони кори великого мозку — [Електронний ресурс]. — Режим доступу : https://pidruchniki.com/1588072852985/meditsina/zoni_kori_velikogo_mozku.
7. Касаткин Д. С. Современная стратегия коррекции когнитивных нарушений / Д. С. Касаткин // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2014. — Т. 114, № 3. — С. 114—121.
8. Лімбічна система. Ретикулярна формація ядра стріопалідарної системи [Електронний ресурс] — Режим доступу: <https://cyberleninka.ru/article/n/limbichna-sistema-retikulyarna-formatsiya-yadra-striopalidarnoyi-sistemi>.

9. Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. — 3-е изд. — М.: Академический проект, 2000. — 512 с. 3.
10. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии: учеб. пособие для вузов. — 7-е изд., стер. — М.: Академия, 2009.
11. Морфологічна будова кори головного мозку—[Електронний ресурс]—Режим доступу:(https://stud.com.ua/26934/meditsina/morfologichna_budova_kori_golovno_mozku).
12. Неврологія, 2019 / — [Електронний ресурс]. — Режим доступу : <http://www.neurology.org.ua/zchmt/>.
13. Педаченко Г.А. Сочетанная черепно-мозговая травма. Догоспитальная помощь при черепно-мозговой травме — К.: Б.и., 1996. — 31 с.
14. Педаченко Є.Г., Морозов А.М. Сучасні стандарти і організація лікувально-діагностичного процесу при черепно-мозковій травмі // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. —1999. — № 1. — С. 115–120.
15. Прамістар /Бачинська Н.Ю., Демченко О.В., та інші. Особливості синдрому помірних когнітивних порушень у хворих на гіпертонічну дисциркуляторну енцефалопатію та можливості корекції когнітивних змін препаратом. Международный неврологический журнал. 2012.- № 1-2 - (48).
16. Симптоми ураження різних часток головного мозку — [Електронний ресурс]. — Режим доступу : https://studopedia.su/4_51745_simptomi-urazhennya-riznih-chastok-golovno-mozku.html.
17. Современные представления о патогенезе закрытой черепно-мозговой травмы/ Под ред. Е.Г. Педаченко. — К.: ТОВ «Задруга», 1996. — 282 с.
18. Судова медицина, Черепно-мозкова травма, 2010-2020 — [Електронний ресурс]. — Режим доступу : https://pidruchniki.com/89825/meditsina/cherepno-mozkova_travma.

19. Схематична будова та функції моста — [Електронний ресурс]. — Режим доступу : <https://studfile.net/preview/5186132/page:5/>.
20. Черепно-мозкова травма: сучасні принципи невідкладної допомоги, стандарти діагностики та лікування — [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <https://urgent.com.ua/ua-issue-article-305>.
21. Шевага В.М., Пасенок А.В., Задорожна Б.В. Невропатологія. 2-е видання — 2009. —14с.
22. Altered functional connectivity in the motor network after traumatic brain injury / M. Kasahara, D. K. Menon, C. H. Salmond [et al.] // *Neurology*. — 2010. — Vol. 75. — P. 168—176.
23. American Occupational Therapy Association. Occupational therapy practice framework: domain and process (3rd edition). *American Journal of Occupational Therapy* 2014;68(Suppl 1):S1- S48.
24. Apurba Barman, Ahana Chatterjee. Cognitive Impairment and Rehabilitation Strategies After Traumatic Brain Injury : *Indian J Psychol Med*. 2016 May-Jun; 38(3): 172–181.
25. Arciniegas DB, Held K, Wagner P. Cognitive Impairment Following Traumatic Brain Injury. *Curr Treat Options Neurol*. 2002;4:43–57.
26. Attention & concentration after brain injury . — [Електронний ресурс]. — Режим доступу: .
27. Brash JS, Van Sweringen JM, Perera S, Wer DM, Studenski SJ. Motor learning versus standard walking exercise in older adults with subclinical gait dysfunction: a randomized clinical trial. *Journal of American Geriatric Society*. 2013; 61(11):1879-86.
28. Cicerone KD, Dahlberg C, Kalmar K, Langenbahn DM, Malec JF, Bergquist TF, et al. Evidence- based cognitive rehabilitation: recommendations for clinical practice. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2000; 81(12): 1596- 615

29. Cicerone KD, Langenbahn DM, Braden C, Malec JF, Kalmar K, Fraas M, et al. Evidence- based cognitive rehabilitation: Updated review of the literature from 2003 through 2008. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2011;92(4): 519- 30.
30. Cicerone KD, Dahlberg C, Malec JF, Langenbahn DM, Felicetti T, Kneipp S, et al. Evidence- based cognitive rehabilitation: updated review of the literature from 1998 through 2002. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2005;86(8): 1681- 92.
31. De Lisa JA, Gans BM, Walsh NE. *Physical Medicine and Rehabilitation: Principles and Practice*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
32. Factors influencing failure to return to work due to traumatic brain injury. GREENSPAN. WRIGLEY. *Brain Injury*. January 1, 1996. № 3. 207-218.
33. Franklin Stein, Ph.D., OTR/L, FAOTA Professor Emeritus, Occupational Therapy, The University of South Dakota Vermillion, South Dakota. *Clinical Research in Occupational Therapy : fifth edition 2012 / 612*.
34. *Getting Better After Brain Injury*. The National Resource Center for Traumatic Brain Injury. P.O. Box 980542, Richmond, VA 23298-0542.
35. Graham S. Harris K.R. Lyon G.R. Krasnegor N.A. Addressing problems in attention, memory, and executive functioning. in: Lyon G.R. Krasnegor N.A. *Attention, memory, and executive function*. Paul H. Brookes, Publishing Co, Baltimore 1996: 349-366.
36. Halbauer JD, Ashford JW, Zeitzer JM, Adamson MM, Lew HL, Yesavage JA. Neuropsychiatric diagnosis and management of chronic sequelae of war-related mild to moderate traumatic brain injury. *J Rehabil Res Dev*. 2009;46:757–96.
37. Hui Xiao, Yang Yang, Ji-huiXi, Zi-qian Chen Structural and functional connectivity in traumatic brain injury: *Neural Regen Res*. 2015 Dec; 10(12): 2062–2071.doi: 10.4103/1673-5374.172328.

38. Hyder AA, Wunderlich CA, Puvanachandra P, Gururaj G, Kobusingye OC. The impact of traumatic brain injuries: A global perspective. *NeuroRehabilitation*. 2007; 22:341–53.
39. Ibrahim SAS, Dahlan A. Engagement in occupational activities and purpose in life amongst older people in the community and institutions. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 2015;202:263- 72.
40. Khan F, Baguley IJ, Cameron ID. Rehabilitation after traumatic brain injury. *Medical journal of Australia* 2003;178(6):290- 5.
41. Koehler R, Wilhelm EE, Shoulson I. *Cognitive Rehabilitation Therapy for Traumatic Brain Injury: Evaluating the Evidence*. Washington, DC: National Academies Press; 2012.
42. Kraus MF, Maki PM. Effect of amantadine hydrochloride on symptoms of frontal lobe dysfunction in brain injury: Case studies and review. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 1997;9:222–30.
43. Leslie Birkett, B. Sc. OT, Reg. (Ont.) & Deidre Sperry M.Sc., S-LP(C). *I CAN A Transdisciplinary Evaluation of Executive Functions in the Community/*.
44. Levin HS, Hanten G: Executive Functions After Traumatic Brain Injury in Children. *Pediatric Neurology* Volume 33, Issue 2, August 2005, Pages 79-93.
45. Lezak MD, Howieson DB, Loring DW. *Neuropsychological Assessment*. 4th ed. New York: Oxford University Press; 2004.
46. McCarthy M, MacKenzie E, Durbin D, Paidas C, Aitken M, Jaffe KM, Slomine B, Dorsch A, Christensen J, Berk R, Houseknecht E, Ziegfeld S, Knight VM, Korehbandi P, Parnell D, Klotz P: Executive functioning in the first year after pediatric traumatic brain injury. *Pediatrics*. 2008 Jun;121(6):e1686-95. doi: 10.1542/peds.2007-2461.
47. Martin S. Rice, PhD, OTR/L, FAOTA, Franklin Stein, PhD, OTR/L, FAOTA, George Tomlin, PhD, OTR/L, FAOTA. *Clinical Research in Occupational Therapy* : sixth edition / 461.

48. MR Kennedy, C Coelho, L Turkstra, M Ylvisaker, M Moore Sohlberg, K Yorkston, HH Chiou, and PF Kan. Intervention for executive functions after traumatic brain injury: a systematic review, meta-analysis and clinical recommendations : Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-assessed Reviews. *Neuropsychol Rehabil.* 2008 Jun;18(3):257-99.
49. Naomi Josman, Tikva Berney & Tal Jarus. Performance of Children with and without Traumatic Brain Injury on the Contextual Memory Test (CMT). *Journal Physical & Occupational Therapy in Pediatrics.* Volume 19, 200-Issue 3-4.
50. Pennington B.F., Bennetto L., McAleer O., Roberts Jr., R.J., Lyon G.R., Krasnegor N.A: Executive functions and working memory. Theoretical and measurement issues, in: Lyon G.R. Krasnegor N.A. Attention, memory, and executive function. Paul H. Brookes Publishing Co, Baltimore 1996: 327-348.
51. Peter Meulenbroek^{1,2} and Lyn S. Turkstra: Job stability in skilled work and communication ability after moderate-severe traumatic brain injury. *Disability and rehabilitation.* 2016. №5. 452-461.
52. Prigatano, G. P. and Others (1986). *Neuropsychological Rehabilitation After Brain Injury.* Baltimore: Johns Hopkins University Press.
53. Rancho Los Amigos Levels. — [Электронный ресурс]. — Режим доступа : <http://rancho.org> <https://www.brainline.org/article/rancho-los-amigos-levels>.
54. Rees L, Marshall S, Hartridge C, Mackie D, Weiser M. Erabi Group. Cognitive interventions post acquired brain injury. *Brain Inj.* 2007;21:161–200.
55. Silver JM, McAllister TW, Arciniegas DB. Depression and cognitive complaints following mild traumatic brain injury. *Am J Psychiatry.* 2009;166:653–61.
56. Silver JM, Yudofsky SC, Hales RE. *Neuropsychiatry of Traumatic Brain Injury.* Washington, DC: American Psychiatric Press; 1994.
57. Samuelkamaleshkumar, Viswanathan: Cognitive rehabilitation for adults with traumatic brain injury to improve occupational outcomes. *The Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2017. №6

58. Schretlen DJ, Shapiro AM. A quantitative review of the effects of traumatic brain injury on cognitive functioning. *Int Rev Psychiatry*. 2003;15:341–9.
59. Skandsen T, Finnanger TG, Andersson S, Lydersen S, Brunner JF, Vik A. Cognitive impairment 3 months after moderate and severe traumatic brain injury: A prospective follow-up study. *Arch Phys Med Rehabil*. 2010;91:1904–13.
60. 3 Steps to Improve Executive Cognitive Function Following TBI. —[Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://www.medbridgeeducation.com/blog/2016/11/3-steps-improve-executive-cognitive-function-following-tbi/>.
61. The brain injury association, 2009. Factsheet. Improving life after brain injury. www.headway.org.uk/shop.aspx.
62. Toglia JP. Generalization of treatment: a multicontext approach to cognitive perceptual impairment in adults with brain injury. *American Journal of Occupational Therapy* 1991;45(6):505- 16.
63. Tsaousides T, Gordon WA. Cognitive rehabilitation following traumatic brain injury: Assessment to treatment. *Mt Sinai J Med*. 2009;76:173–81.
64. . Vaishnavi S, Rao V, Fann JR. Neuropsychiatric problems after traumatic brain injury: Unraveling the silent epidemic. *Psychosomatics*. 2009;50:198–205.
65. World Federation of Occupational Therapists. Definition of Occupational Therapy, 2004. - [Электронный ресурс]. – Access mode: www.wfot.org.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Шкала Rancho Los Amigos

Шкала когнітивного функціонування Rancho.

Швидкість покращення стану є суто індивідуальною і залежить від важкості черепно-мозкової травми, локалізації травми в головному мозку і того, скільки часу пройшло після неї. Деякі пацієнти проходять усі вісім рівнів, тоді як інші досягають певного рівня і не можуть перейти до наступного вищого. Важливо пам'ятати, що кожна особа індивідуальна і при визначенні рівня когнітивного функціонування необхідно враховувати багато чинників. Коли пацієнт прогресує до більш високих рівнів, вони демонструють покращені когнітивні та поведінкові стани і рухаються до більшої незалежності. Індивідууми рухаються по різних рівнях у послідовній схемі. Проте кількість часу, що витрачається на кожному рівні та досягнутий максимальний рівень, є різною серед осіб. Особи можуть також демонструвати перекриття поведінки між двома різними рівнями, і вони можуть пропускати рівні під час відновлення. Кожен рівень передбачає певний діапазон можливостей особи, і ваш родич може проявляти деякі або всі ознаки, перелічені нижче [27].

1 Рівень. Реакція відсутня.

Особа на цьому рівні не реагує на звуки, образи, дотик чи рух.

2 Рівень. Генералізована реакція.

Особа починає реагувати на звуки, образи, дотик чи рух; реагує повільно, непослідовно або із затримкою; однаково реагує на те, що чує, бачить або відчуває. Реакція може проявлятися в формі жування, пітніння, пришвидшеного дихання, стогону, руху та (або) підвищення артеріального тиску.

3 Рівень. Локалізована реакція.

Особа впродовж дня періодично перебуває в стані свідомості; робить більше рухів, ніж раніше; більш специфічно реагує на те, що бачить, чує або відчуває.

Наприклад, може повернутися в напрямку звуку, віддалитися від джерела болю і намагатися дивитися на особу, яка рухається по кімнаті; реагує повільно і непослідовно; починає впізнавати членів родини і друзів; виконує деякі прості вказівки, зокрема «Подивися на мене» або «Стисни мою руку»; починає непослідовно реагувати на прості запитання, відповідаючи «так» і «ні» кивком голови.

4 Рівень. Сплутана свідомість і збудженість.

Особа перебувати в стані сплутаної свідомості та бути дуже наляканою; не розуміти, що вона відчуває або що навколо неї відбувається; надто гостро реагувати на те, що бачить, чує або відчуває: завдавати ударів, кричати, нецензурно лаятися або кидатися з боку в бік (причиною цього є сплутана свідомість); бути знерухомленим, щоб уникнути самопошкодження; бути дуже зосередженою на своїх базових потребах, наприклад, на потребі поїсти, полегшити біль, повернутися в ліжку, піти до туалету чи піти додому; не розуміти, що їй намагаються допомогти; не утримувати увагу або бути не в змозі зосередитися на кілька секунд; їй може бути важко виконувати вказівки; час від часу впізнавати членів родини / друзів; бути в змозі з допомогою виконувати прості рутинні дії, зокрема їсти, одягатися чи говорити.

5 Рівень. Сплутана свідомість і недоречність реакції.

Особа на цьому рівні може бути спроможною утримувати увагу тільки на декілька хвилин; бути в стані сплутаної свідомості, їй може бути складно осмислювати оточення поза собою; не знати, який сьогодні день, де вона перебуває або чому вона в лікарні; бути не в змозі почати чи завершити повсякденні дії, наприклад, почистити зуби, навіть якщо фізично здатна це зробити. Вона може потребувати покрокових вказівок; відчувати перевантаженість і ставати неспокійною, коли стомлюється або коли навколо забагато людей; мати дуже погану пам'ять: краще пригадує події до аварії, ніж свій повсякденний розпорядок чи інформацію, яку їй повідомили після травми;

вигадувати, намагаючись заповнити пробіли в пам'яті (конфабульоз) зациклюватися на певній думці чи діяльності (персервація) і потребувати допомоги, щоб переключитися на наступну частину цієї діяльності; зосереджуватися на базових потребах, зокрема на потребі поїсти, полегшити біль, повернутися в ліжку, піти в туалет або піти додому.

6 Рівень. Сплутана свідомість і доречність реакції.

Особа на цьому рівні може: мати дещо сплутану свідомість через проблеми з пам'яттю і мисленням, пам'ятати головні моменти бесіди, але забувати і плутати деталі. Наприклад, вона пам'ятає, що вранці до неї приходили відвідувачі, але забула, про що вони говорили; дотримуватися розкладу з певною допомогою, але плутатися, коли в рутинному розпорядку виникають зміни; знати, який зараз місяць і рік за винятком ситуацій, коли є важкі проблеми з пам'яттю; утримувати увагу приблизно 30 хвилин, але їй складно зосереджуватися в шумній обстановці або коли виконувана діяльність складається з багатьох кроків. Наприклад, на перехресті їй може бути складно зробити крок з тротуару на проїжджу частину, дивитися чи немає автомобілів, стежити за світлофором, іти та говорити одночасно; чистити зуби, одягатися, їсти тощо з допомогою; знати, коли їй потрібно до туалету; виконувати ті чи інші дії або говорити надто швидко, не подумавши; знати, що її поклали в лікарню через травму, але не розуміти всіх своїх поточних проблем; більше усвідомлювати проблеми соматичного характеру, ніж проблеми мислення; асоціювати свої проблеми із перебуванням у лікарні та вважати, що вона почуватимуться добре, щойно повернеться додому.

7 Рівень. Автоматизм і доречність реакції.

Особа на цьому рівні може: дотримуватися визначеного розкладу; бути в змозі виконувати рутинні дії із самообслуговування без допомоги, якщо фізично спроможна це робити. Наприклад, вона може самостійно одягатися чи їсти; стикатися з проблемами в нових ситуаціях і ставати роздратованою чи діяти, не

подумавши; мати проблеми з плануванням діяльності, її початком чи доведенням до кінця; їй може бути важко утримувати увагу в стресових ситуаціях або за наявності відволікаючих чинників. Наприклад, під час святкувань чи інших подій, коли збирається вся родина, на роботі, в школі, церкві або під час спортивних заходів; не усвідомлювати того, як її проблеми з мисленням і пам'яттю можуть впливати на подальші плани і цілі. Відповідно, вона може розраховувати повернутися до свого колишнього способу життя чи роботи; надалі потребувати нагляду через знижене відчуття безпеки і здатність оцінювати ситуацію. Вона все ще не повністю розуміє вплив своїх соматичних проблем чи проблем мислення; думати повільніше в стресових ситуаціях; бути негнучкою чи ригідною і здаватися впертою. При цьому її поведінка зумовлена черепно-мозковою травмою; бути в змозі говорити про свої наміри щось зробити, але їй буде складно зробити це насправді.

8 Рівень. Цілеспрямованість і доречність реакцій.

Особа на цьому рівні може: почати компенсувати свої проблеми; мислити більш гнучко і менш ригідно. Наприклад, вона може почати знаходити декілька способів вирішення для певної проблеми; бути готовою до проходження експертизи для оцінки здатності управляти автомобілем чи опанувати спеціальність; бути в змозі опанувати нове в повільнішому темпі; і далі почуватися перевантаженою в складних, стресових чи надзвичайних ситуаціях; погано оцінювати нові ситуації і потребувати допомоги; потребувати певних рекомендацій у прийнятті рішень; мати проблеми з мисленням, але вони залишаються непомітними для людей, які не були знайомі з нею до травми.

9 Рівень. Цілеспрямований, адекватний.

Особа на цьому рівні може: використовувати допоміжні засоби та списки справ, щоб пам'ятати щоденний розпорядок дня, а також записує важливу інформацію; здатна думати про наслідки рішень або дій, іноді потребуючи сторонньої допомоги; точно оцінює свої здібності, але вимагає спостереження при

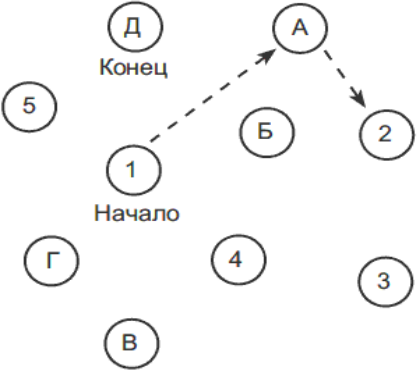
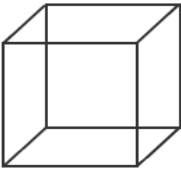

прийнятті відповідних заходів для завершення початої дії; усвідомлює потреби і почуття інших; може все ще бути в депресивному стані.

10 Рівень. Цілеспрямований, адекватний, більш-менш незалежний.

Особа на цьому рівні може: виконувати кілька завдань одночасно при будь-яких умовах; може самостійно вести календар, список справ та інші допоміжні засоби для запам'ятовування; самостійно починає і поетапно завершує знайомі і незнайомі особисті, побутові, громадські та робочі справи, а також рекреаційні заняття; прогнозує вплив своїх порушень і обмежень на завершення повсякденних дій; здатний думати про наслідки рішень або дій, але при виборі відповідного рішення або йому може знадобитися більше часу, ніж зазвичай, або стратегії компенсації; точно оцінює свої здібності і самостійно адаптується згідно вимогам для виконання дій.

ДОДАТОК Б

МОНРЕАЛЬСЬКИЙ КОГНІТИВНИЙ ТЕСТ (МОСА) Ім'я: _____ ДАТА _____

ВОРОВО-КОНСТРУКТИВНІ / ВИКОНАВЧІ НАВИЧКИ							Намалюйте ГОДИННИК (10хв по 11 год) (3 бали)	БАЛ И:
Скопіюйте куб								
[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	/5	
		[] [] [] Контур Цифри Стрілки						
НАЗВИ							/3	
ПАМ'ЯТЬ Прочитайте список слів.Обстежуваний повинен їх повторити.Зробіть дві спроби,Навіть якщо обстежуваний повторив усі слова після першої спроби. Перепитайте слова через		ОБЛИЧЧЯ	ОКСАМИТ	ШКОЛА	РОМАШКА	ЧЕРВОНІЙ	Бали не додаються	
	1 спроба							

5 хв.	2 спроба							
УВАГА Прочитайте список цифр. Обстежуваний повинен повторити їх у такому ж порядку [] 2 1 8 5 4 (1 цифра/сек) Обстежуваний повинен повторити їх у зворотньому порядку [] 7 4 2								/2
Прочитайте список букв. Обстежуваний повинен повторити їх у такому ж порядку. Бали не додаються, якщо є дві або більше помилок. вдарити долонею по столу кожен раз при проголошенні букви А. [] Ф Б А С М Н А А Ж К Л Б А Ф А К Д Е А А А Ж А М О Ф А А Б								/1
Серійне віднімання 7 починаючи зі 100 [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65 4 або 5 правильних віднімань: 3 бали ; 2 або 3 прав. відн.: 2 бали ; 1 прав. відн.: 1 бал ; 0 прав. відн.: 0 б.								/3
Мова Я впевнений, що тільки Євген сьогодні може мені допомогти. [] Завжди, коли пес був у кімнаті, кіт ховався під диваном. []								/2
Вербальна швидкість/ Назвати за одну хвилину максимальну кількість слів, що починаються з букви К N ≥ 11								/1
АБСТРАКЦІЯ Спільне між словами, наприклад, яблуко і апельсин = фрукти [] поїзд і велосипед [], лінійка і годинник [].								/2
ВІДКЛАДЕННЯ ПОВТОРЕННЯ ОПЦІЙНО	Повторені слова БЕЗ ПІДКАЗКИ	Обличчя []	Оксамит []	Школа []	Ромашка []	Червоний []		/5
	Категоріальна підказка							
	Список слів для вибору							
ОРІЄНТАЦІЯ [] Дата [] Місяць [] Рік [] День тижня [] Місце [] Місто								/6

Норма $\geq 26/30$ **СУМА БАЛІВ:** _____ (Додайте 1 бал, якщо освіта ≤ 12)

ДОДАТОК В

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		

©
M.
La
w,
S.
Ba
pti

ste, A.Carswell, M.A. McColl, H. Polatajko, N. Pollock, 1998

КРОК 1:**ВИЗНАЧЕННЯ ПРОБЛЕМ У ВИКОНАННІ ДІЙ
(АКТИВНОСТІ)**

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.

КРОК 2:**ОЦІНКА
ВАЖНОСТІ**

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.

КРОК 1А: Самообслуговування

Догляд за собою _____
(вдягання, _____
прийом ванни, _____
особиста гігієна, _____
прийом їжі) _____
Функціональна _____
мобільність _____
(пересаджування, _____
переміщення _____
всередині дому і поза ним) _____
Діяльність в суспільстві _____
(транспорт, покупки, гроші) _____

ВАЖЛИВІСТЬ**КРОК 1Б: Продуктивна діяльність**

Оплачувана/ _____
неоплачувана _____

ВАЖЛИВІСТЬ

<p>робота _____</p> <p>(волонтерська, _____</p> <p>основна робота) _____</p> <p>Ведення домашнього _____</p> <p>господарства _____</p> <p>(прибирання, прання, _____</p> <p>приготування їжі) _____</p> <p>Гра/школа _____</p> <p>(напр. навички гри, _____</p> <p>домашнє завдання) _____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>КРОК 1В: Дозвілля</p> <p>«Тихі» захоплення _____</p> <p>(хоббі, читання) _____</p> <p>Активний відпочинок _____</p> <p>(спорт, прогулянки, _____</p> <p>подорожі) _____</p> <p>Соціальне спілкування _____</p> <p>(візити, переписка, _____</p> <p>размови по телефону _____</p> <p>вечірки) _____</p>	<p>ВАЖЛИВІСЬ</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

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 задовільністю її

виконання. Підрахуйте загальні бали. Їх можна отримати шляхом додавання отриманих балів, котрі відповідають виконанню чи задовільності виконання і поділом на кількість проблем, котрі оцінювались. При повторному використанні даного інструменту, особа знову оцінює кожен проблему з точки зору її виконання і задовільності виконання. Підрахуйте нові бали, а потім бали, котрі будуть ілюструвати зміни.

Додаткові нотатки і інформація:

Первинна оцінка:			Повторна оцінка:	
ПРОБЛЕМИ АКТИВНОСТІ:	ВИКОНАННЯ 1	ЗАДОВІЛЬНІСТЬ1	ВИКОНАННЯ 2	ЗАДОВІЛЬНІСТЬ2
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"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ПІДРАХУНОК БАЛІВ:	СУМА 1	СУМА 1	СУМА 2	СУМА 2
ЗАГАЛЬНИЙ БАЛ =	ВИКОНАННЯ	ЗАДОВІЛЬНІСТЬ	ВИКОНАННЯ	ЗАДОВІЛЬНІСТЬ
СУМА ВИКОНАННЯ чи ЗАДОВІЛЬНІСТЬ				
Кількість ПРОБЛЕМ	= <input type="text"/>	= <input type="text"/>	= <input type="text"/>	= <input type="text"/>

ЗМІНИ У ВИКОНАННІ = СУМА 2 - СУМА 1 =

ЗМІНИ У ЗАДОВІЛЬНОСТІ = СУМА 2 - СУМА 1 =

Первинна оцінка: _____

ДОДАТОК Д

ТАБЛИЦІ ШУЛЬТЕ

14	18	7	24	21
22	1	10	9	6
16	5	8	20	11
23	2	25	3	13
19	15	17	12	4

22	25	7	21	11
6	2	10	3	23
17	12	16	5	18
1	15	20	9	24
19	13	4	14	8

9	5	11	23	20
14	25	17	1	6
3	21	7	19	13
18	12	24	16	4
8	15	2	10	22

21	12	7	1	20
6	15	17	3	18
19	4	8	25	13
24	2	22	10	5
9	14	11	23	16

5	14	12	23	2
16	25	7	24	13
11	3	20	4	18
8	10	19	22	1
21	15	9	17	6

ДОДАТОК Е

**I CAN
Я МОЖУ
ТРАНСДИСЦИПЛІНАРНА ОЦІНКА
ВИКОНАВЧИХ ФУНКЦІЙ У ГРОМАДІ**

Leslie Birkett, B.Sc. OT, OT Reg. (Ont.) & Deidre Sperry M.Sc., S-LP (C)

ПІДСУМКОВИЙ ЛИСТ

Ім'я пацієнта

--	--

Команда оцінювання

--	--

Підтримуючий працівник

--	--

	Призначення	Дата виконання
1		
2		

3		

Підсумок: (включити особливі обставини, ключові спостереження, заходи безпеки, основні сильні сторони та сфери виклику і т.д.)

© Copyright 2009 Leslie Birkett & Deidre Sperry. All rights reserved. Reproduction is prohibited without the expressed consent of the author(s).

Я МОЖУ

Досягнення №#1					
Основні навички	ТАК	ЩЕ НІ	НІ	ПРОЯВ	
Складання плану					
Зміна плану за потреби					
Проявлення ініціативи					
Вирішення проблем що виникають					
Приймання рішення					
Демонстрація гнучкості думки					
Демонстрація застосування навчання із однієї ситуації в іншу					
Використовує відповідні компенсаторні стратегії					
Демонструє самосвідомість					
Дотримується завдання					

Демонструє відповідну соціальну поведінку				
Адаптує поведінку в залежності від середовища				
Підтримує цілеспрямовану поведінку				
Контролює психікою при недосягненні цілі				
Просить про допомогу при необхідності				
Слідкує за часом				

© Copyright 2009 Leslie Birkett & Deidre Sperry. All rights reserved. Reproduction is prohibited without the expressed consent of the author(s).

Я МОЖУ

Досягнення №#1					
Специфічні навички	ТАК	ЩЕ НІ	НІ	ПРОЯВ	

ДОДАТОК Ж

Шкала оцінки компетентності пацієнта (PCRS)

(Форма пацієнта)

Source: Prigatano, G. P. and Others (1986). Neuropsychological Rehabilitation After Brain Injury. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Ідентифікаційна інформація

Ім'я пацієнта: _____

Дата: _____

Інструкції

Далі йде анкета, яка просить Вас розповісти про Вашу здатність робити різноманітні дуже практичні навички. Деякі питання можуть не стосуватися безпосередньо тих речей, які Ви часто робите, але велике прохання дати відповідь на кожне запитання так, ніби це було щось, що Ви обов'язково повинні зробити. У кожному запитанні слід міркувати про те, наскільки легким чи складним є певна діяльність для Вас, та виберіть відповідну відповідь.

Рейтинг компетентності, варіанти відповідей:

1	2	3	4	5
Не можу робити	Дуже важко робити	Можу робити з певними труднощами	Досить легко зробити	Роблю з легкістю

___ 1. Скільки проблем у мене є в приготуванні їжі для себе?

- ___ 2. Скільки проблем у мене є в одяганні себе?
- ___ 3. Скільки проблем у мене є у догляді за особистою гігієною?
- ___ 4. Скільки проблем у мене є з миттям посуду?

1	2	3	4	5
Не можу робити	Дуже важко робити	Можу робити з певними труднощами	Досить легко зробити	Роблю з легкістю

- ___ 5. Скільки проблем у мене є в пранні одягу?
- ___ 6. Скільки проблем у мене є в догляді за своїми фінансами?
- ___ 7. Скільки проблем у мене є при проведенні зустрічей вчасно?
- ___ 8. Скільки проблем у мене є щоб розпочати спілкування в групі?
- ___ 9. Скільки проблем у мене є залишатись залученим до роботи, навіть якщо мені нудно чи я втомлений (а).
- ___ 10. Скільки проблем у мене є пригадуючи, що я вечеряв минулого вечора?
- ___ 11. Скільки проблем у мене є із запам'ятовуванням імен людей, яких я часто бачу?
- ___ 12. Скільки проблем у мене є із запам'ятовуванням свого щоденного розкладу?
- ___ 13. Скільки проблем у мене є із запам'ятовуванням важливих речей, які я маю зробити.
- ___ 14. Скільки проблем у мене було б за кермом автомобіля, якби довелося?
- ___ 15. Скільки проблем у мене було б в отриманні допомоги, якби я розгубився?

___ 16. Скільки проблем у мене було б в налаштуванні на несподівані зміни?

___ 17. Скільки проблем у мене було б, що б переконати людей, яких я добре знаю?

1	2	3	4	5
Не можу робити	Дуже важко робити	Можу робити з певними труднощами	Досить легко зробити	Роблю з легкістю

___ 18. Скільки проблем у мене є щоб сприймати адекватну критику з боку інших людей?

___ 19. Скільки проблем у мене є щоб контролювати плач?

___ 20. Скільки проблем у мене є в належному поведженні у колі друзів?

___ 21. Скільки проблем у мене є щоб виявити прихильність (симпатію) іншим людям?

___ 22. Скільки проблем у мене є беручи участь у групових заходах?

___ 23. Скільки проблем у мене є при усвідомленні того, коли те що я сказав чи зробив засмутило когось іншого?

___ 24. Скільки проблем у мене є у плануванні щоденних заходів?

___ 25. Скільки проблем у мене є у розумінні нових інструкцій?

___ 26. Скільки проблем у мене є у послідовному виконанні своїх щоденних обов'язків?

___ 27. Скільки проблем у мене є контролювати свій темперамент, коли щось засмутило мене?

___ 28. Скільки проблем у мене є щоб уникати депресії?

___ 29. Скільки проблем у мене є щоб мої емоції впливали на мою здатність

виконувати щоденні обов'язки?

___ 30. Скільки проблем у мене є у контролюванні свого сміху?

Додаток 3

ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНИЙ ПРОФІЛЬ	
Ім'я пацієнта	
Вік	
Дата заповнення	
Дата травми/початок захворювання	
Діагноз /анамнез /рівень допомоги/ допоміжні засоби	
Фактори клієнта(цінності , вірування, духовність, структура організму)	

Сфери зайнятості (щоденна діяльність, робота, освіта, дозволя)

Моделі виконання (звички, навички, ролі, ритуали)

Історія реабілітації

Короткотермінові цілі

Довготермінові цілі

Інше

ПЛАН ВТРУЧАННЯ	
Дата:	
Місце проведення:	
Ерготерапевт:	
Цілі втручання	
Обладнання	
Втручання	Клінічне обґрунтування

Спостереження

ДОДАТОК К

Ефект Струпа

Синій	Фіолетовий
Жовтий	Помаранчевий
Червоний	Сірий
Зелений	Чорний

Ефект Струпа — це затримка реакції при прочитанні слів, коли колір слів не збігається з написаними словами. Ефект названий на честь Джона Рідлі Струпа, який вперше опублікував цей тест англійською в 1935 році. До цього цей ефект був опублікований у Німеччині в 1929 році.

ДОДАТОК Л

МЕТОДИКА «10 СЛІВ»

Цей тест побудований на тісному зв'язку концентрації уваги з короткочасною пам'яттю. Запропоновано десять випадкових слів, підібраних без явних смислових та асоціативних зв'язків. Прочитайте десять слів тільки один раз, уважно вчитуючись у кожне поняття. Потім відтворіть їх у будь-якому порядку, загинаючи пальці.

Наведено 5 наборів з 10 слів (для п'яти спроб).

- 1) *Книга, троянда, доміно, яхта, кролик, окуляри, цегла, гніздо, голка, контрабас.*
- 2) *Болото, принц, кішка, магазин, парта, футбол, хмара, медуза, живопис, градусник.*
- 3) *Сокира, гроза, вино, броня, зоопарк, самурай, фабрика, гиря, барон, руда.*
- 4) *Кіно, яблуко, чайник, чудо, носоріг, жовтень, фініш, пензель, зерно, папір.*
- 5) *Капуста, шпага, подушка, дорога, пилка, пагорб, паркан, трубка, весілля, комар.*

Оцінка результатів.

Добра концентрація уваги, якщо після одного зачитування вдається відтворити 8 і більше слів. Концентрація уваги задовільна, якщо вдається відтворити 7 слів. Концентрація уваги слабка, якщо вдається відтворити менше 7 слів.