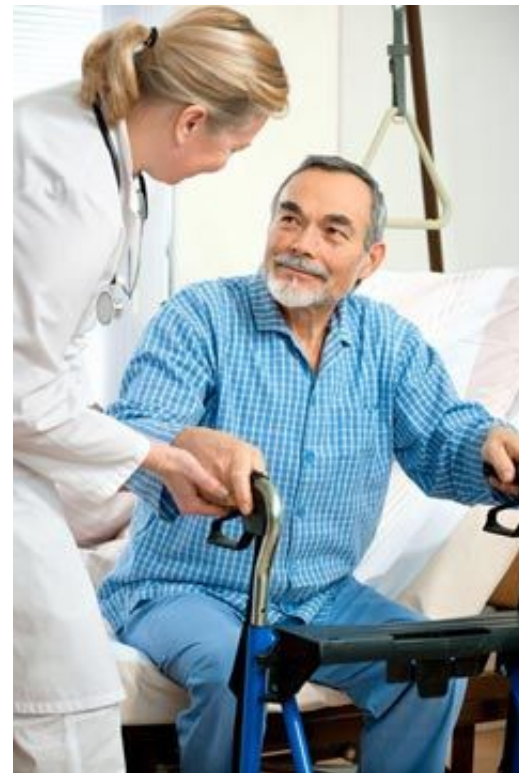


Загальне поняття про ерготерапію.

Ерготерапевтична оцінка та її масштабаб.
Оцінка хворого з інсультом, ЧМТ.



Левківський О.О.

Що означає термін Ерготерапія?

- Ерготерапія - наука про відповідність людини і навколишнього середовища - фізичного, соціального та психологічного.



Ерготерапевт оцінює наявний або потенційний рівень можливостей, зіставляючи його з тим, що людині потрібно, що для нього важливо, чого він хоче і на що він здатний.

- «Ерготерапія - наука про життя пацієнта»

Терез Джексон (1998)



Мета втручання:

- Ерготерапевт - це фахівець, який допомагає людям досягти їх максимального рівня функціонування та незалежності в усіх аспектах життя незважаючи на наявні обмеження.



ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНА ОЦІНКА

● **ОБЛАСТІ ОЦІНКИ:**

- • рухові можливості
- • м'язовий тонус
- • м'язова сила
- • координація рухів
- • дрібна моторика кисті,
- • маніпуляції, спритність, тонка координація,
- • баланс і контроль за положенням тіла
- • праксис і планування рухів
- • білатеральна інтеграція
- • чутливість
- • навички сприйняття
- • біль,

ЕРГОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ОЦІНКА

ОБЛАСТІ ОЦІНКИ:

- • оцінка безпеки,
- • настрої,
- • само-сприйняття,
- • мова та спілкування,
- • соціальна і сімейна підтримка,
- • ким працював, навички та вміння, інтереси,
- • дозвілля.



Карта спостереження пацієнта ерготерапевтом

№ _____

Дата: « ____ » 20__ року

I. Пацієнт _____.

- 1.1 Амбулаторний
- 1.2 Стаціонарний
- 1.3 Оглянутий первинно
- 1.4 Оглянутий повторно (№)
- 2. П.І.Б.
- 3.1 Вік
- 3.2 стать муж / жен
- 4. Дом. адреса. телефон
- 5. Інвалідність
- 6. Основний медичний діагноз
- 7. Анамнез захворювання.
- 8. Соціальний статус:
 - 8.1 Місце проживання
 - 8.2 Умови проживання
 - 8.3 Склад сім'ї
 - 8.4 Матеріальні умови
 - 8.5 Соціальне оточення / доглядають
- 9. Професійна орієнтація:
 - 9.1 Освіта
 - 9.2 Професія
 - 9.3 Професійний статус в даний час

Ерготерапевтична оцінка пацієнта з інсультом, ЧМТ і т.д.

- Паспортні дані.
- Діагноз: клінічний лікарський діагноз з обов'язковим зазначенням важливої для ерготерапевта супутньої патології, наприклад: наявність цукрового діабету вимагає суворої відповідності виготовленої їжі і дієти, артрити - підбору відповідного обладнання для захисту суглобів.

Ерготерапевтична оцінка пацієнта з інсультом, ЧМТ і т.д.

- Клас інсульту:
- дає клініко-функціональну характеристику інсульту,
- орієнтовний прогноз відновлення. Див. Додаток №
- Ступінь парезу в руці:
- легкий
- глибокий парез
- плегія

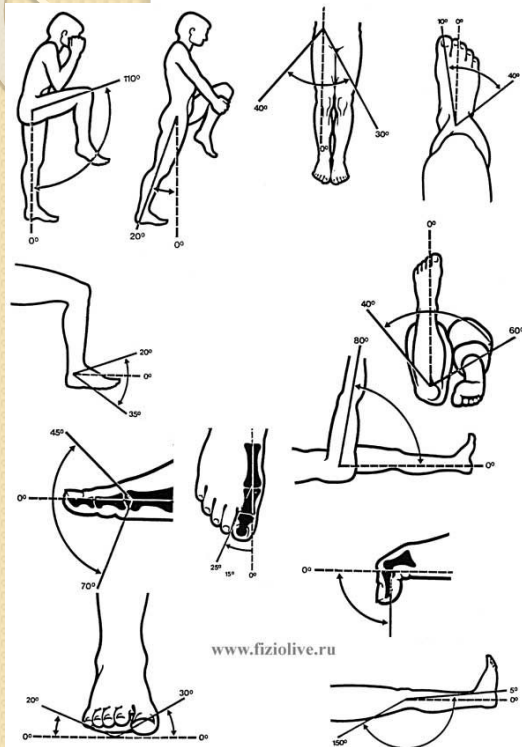


Сила м'язового скорочення оцінюється за шкалою Оксворд \ MRC:

- 0 = немає активних скорочень м'язів
- 1 = напруження окремих м'язових волокон при активному скороченні м'яза
- 2 = м'язове скорочення, що викликає рух кінцівки при знятті сили гравітації (по повній амплітуді)
- 3 = м'язове скорочення, яке проводить рух кінцівки проти сили гравітації (по повній амплітуді)
- 4 = м'язове скорочення провадить рух кінцівки проти сили гравітації і опору
- 5 = «нормальне» м'язове скорочення

Амплітуда пасивних рухів:

- В ідеалі повинна вимірюватися за допомогою гоніометра.
- При визначенні потрібно враховувати вікову норму амплітуди, попередні захворювання (артрози, артрити, наслідки травм).
- Слід пам'ятати, що, оцінюючи амплітуду пасивних рухів, ЕТ повинен виробляти пасивні рухи, відповідні природному паттерну руху, наприклад, не тягнути випрямлену в лікті руку пацієнта вгору, необхідно перевірити ступінь рухливості лопатки щоб уникнути травми плеча і т.п.



Рівновага:

- Статична рівновага в положенні сидючи:



пацієнт може підтримувати положення сидючи, будучи посаджений.

Допускається асиметричність пози.

Статичної рівноваги достатньо для самостійного прийому їжі сидючи в кріслі.



Динамічна рівновага в положенні сидячи:



- пацієнт може потягнутися вперед або в сторону, змістивши центр ваги в межах площі опори і повернутися в початкове положення.
- Динамічна рівновага в положенні сидячи потрібна для одягання верхньої половини тіла (футболка, кофта) і для серверування собі стола - накладання в тарілку їжі , наливання напою в чашку і т.п.

Статична рівновага в положенні стоячи:

- пацієнт може підтримувати положення стоячи, навіть якщо він встав за допомогою.
- Допускається асиметричність пози.
- Пацієнт, який має статичну рівновагу стоячи має можливість стоячи вмитися біля раковини.



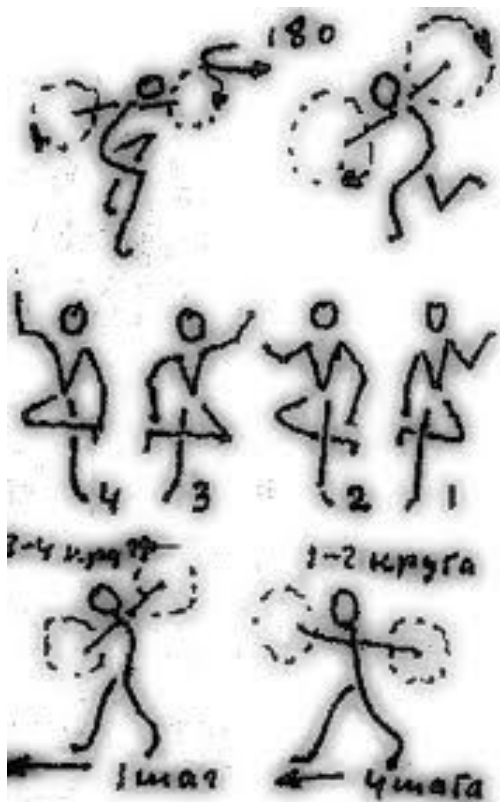
Динамічна рівновага в положенні СТОЯЧИ:

- пацієнт може потягнутися вперед або в сторону, змістивши центр ваги в межах площі опори і повернутися в початкове положення,
- може перенести вагу з однієї ноги на іншу.
- Норма функціонального дотягування в положенні стоячи у здорової літньої людини не менше 25 см.
- Пацієнт, який має динамічну рівновагу стоячи ГОТОВИЙ ДО ХОДЬБИ.



Координація руху:

- Відзначаються плавність, точність рухів, наявність тремору або атаксії



Шкала Бартела: (Див. Додаток № 6-3)

- Заповнюється обов'язково.
- Відображає ступінь самостійності пацієнта в повсякденному житті.
- Заповнюється під час зустрічей МДБ.
- Служить відмінним засобом вимірювання реабілітаційного прогресу у залежних пацієнтів

Шкала Бартел:

ПРИЙОМ ЇЖИ

- 0 - повністю залежить від допомоги оточуючих (необхідне годування зі сторонньою допомогою)
- 5 - частково потребує допомоги, наприклад, при розрізанні їжі, намазуванні масла на хліб і т. д., при цьому приймає їжу самостійно
- 10 - не потребує допомоги (здатний їсти будь-яку нормальну їжу, не тільки м'яку, самостійно користується всіма необхідними столовими приборами; їжа готується і сервірується іншими особами, але не розрізається)

ПРИЙОМ ВАННИ

- 0 - залежний від оточуючих
- 5 – незалежний від оточуючих: приймає ванну (входить і виходить з неї, миється) без сторонньої допомоги, або миється під душем, не потребуючи нагляду чи допомоги

ПЕРСОНАЛЬНА ГІГІЄНА

- (чищення зубів, маніпуляція з зубними протезами, зачісування, гоління, вмивання лица)
- 0- потребує допомоги при виконанні процедури особистої гігієни
- 5 - незалежний від оточуючих при вмиванні лица, зачісуванні, чищенні зубів, голінні

ОДЯГАННЯ

- 0 – залежний від оточуючих
- 5 - частково потребує допомоги (наприклад, при защіпанні гудзиків), але більше половини дій виконує самостійно, деякі види одягу може вдягати повністю самостійно, затрачаючи на це розумну кількість часу
- 10 - не потребує допомоги, в тому числі при защіпанні гудзиків, зав'язуванні шнурівок і т.д., може вибирати і надягати будь-який одяг

КОНТРОЛЬ ДЕФЕКАЦІЇ

- 0 - нетримання калу(або потребує застосування клізми, яку ставить особа, що доглядає)
- 5 - випадкові інциденти нетримання калу (не частіше одного разу на тиждень) або потребується допомога при використанні клізми, свічок
- 10 - повний контроль дефекації, при необхідності може використовувати клізму або свічки, не потребує допомоги

КОНТРОЛЬ СЕЧОВИПУСКАННЯ

- 0 – нетримання сечі, або використовується катетер, керувати яким хворий самостійно не може
- 5 - випадкові інциденти нетримання сечі (максимум один раз за 24 години)
- 10 - повний контроль сечовипускання (в тому числі й випадки катетеризації сечового міхура, коли хворий самостійно справляється з катетером)

КОРИСТУВАННЯ ТУАЛЕТОМ

- (переміщення в туалеті, роздягання, очищення шкірних покривів, вдягання, вихід із туалету)
- 0 - повністю залежний від допомоги оточуючих
- 5- потребує деякої допомоги, проте частину дій, в тому числі персональні гігієнічні процедури, може виконувати самостійно
- 10 - не потребує допомоги (при переміщеннях, вдяганні та роздяганні, виконанні гігієнічних процедур)

ПЕРЕМІЩЕННЯ (з ліжка на крісло і назад)

- 0 - переміщення неможливе, не здатний сидіти (втримувати рівновагу), для підняття з ліжка потрібна допомога двох осіб
- 5 - при вставанні з ліжка потрібна значна фізична допомога (одної сильної/обізнаної особи або двох звичайних людей), може самостійно сидіти на ліжку
- 10 - при вставанні з ліжка потрібна незначна допомога (одної особи), або потрібний догляд, вербальна допомога
- 15 - незалежний від оточуючих (не потребує допомоги)

ЗДАТНІСТЬ ДО ПЕРЕСУВАННЯ ПО РІВНІЙ ПЛОЩИНІ

- (переміщення в межах дому/палати і поза домом; можуть використовуватись допоміжні засоби)
- 0- не здатний до переміщення або долає менше 45м
- 5 – здатний до незалежного пересування в інвалідному візку на відстань більше 45 м, в тому числі оминати кути і користуватись дверима та самостійно повертати за ріг
- 10 - може ходити з допомогою однієї особи або двох осіб (фізична підтримка або нагляд і вербальна підтримка), проходить більше 45 м
- 15 – не залежний від оточуючих (але може використовувати допоміжні засоби, наприклад, паличку), долає самостійно більше 45 м

ПОДОЛАННЯ СХОДІВ

- 0 - не здатний підніматись по сходах, навіть з підтримкою
- 5 - потрібна фізична підтримка (наприклад . щоб піднести речі), нагляд або вербальна підтримка
- 10 - незалежний



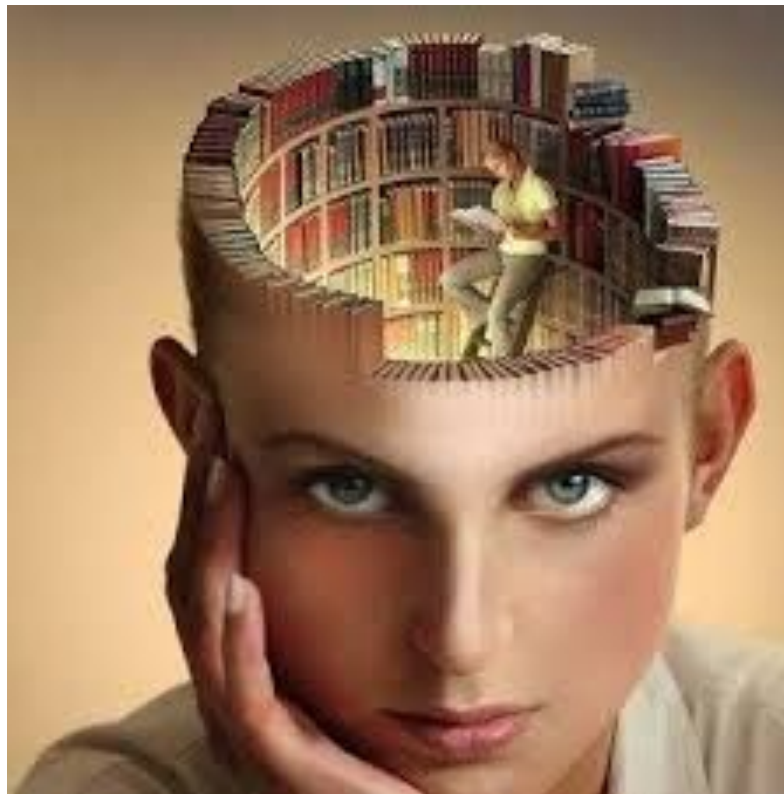
Шкала MMSE:.

- Проводиться не у всіх пацієнтів - тільки у тих, у яких ЕТ підозрює порушення когнітивних функцій.



Пам'ять:

- суб'єктивна оцінка самого пацієнта або ЕТ (описова).



Порушення чутливості:

- **Гемігіпестезія** - порушення чутливості в одній половині тіла.
- **Тактильна (поверхнева) чутливість** - визначається легким дотиком до різних частин тіла пацієнта.
- Оцінка суб'єктивна: пацієнт із закритими очима повинен визначити місце дотику, порівняти праву і ліву сторони.
- Перевірити у пацієнта можливість визначення з закритими очима текстури предмета, ступеня нерівності поверхні, вклавши в руку різні матеріали.



Температурна чутливість:

- Відчуття тепла, холоду.
- Можна вкласти в руку пацієнта теплі або холодні, наприклад, металеві предмети.
- Оцінка температурної чутливості важлива для запобігання опіків паретичних кінцівок (наприклад, руки під час миття або ноги при користуванні грілкою або при дотику до батареї опалення).



Больова чутливість

- визначається щипком або уколом гострим предметом.
- Сучасні правила інфекційної безпеки вимагають застосування одноразових заточених предметів (ними можуть бути зубочистки), але категорично не можна використовувати одну і ту ж шпильку.



Пацієнт визначає «гостро» або «тупо» він відчуває укол, порівнює свої відчуття при щипку / уколі з правого і лівого боку.

МСЧ(м'язово-суглобова чутливість / глибока чутливість)

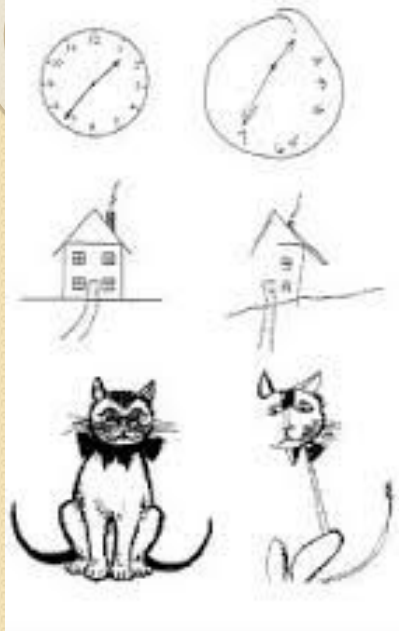
- інформація, яка надходить у головний мозок від рецепторів, що у зв'язках, сухожиллях і м'язах, що дає можливість знати, де і в якому становищі перебувають сегменти кінцівок.
- Оцінити МСЧ можна, попросивши пацієнта з закритими очима визначити, вгору або знизу ви зміщуєте сегмент кінцівки / фалангу пальця.
- Утримувати сегмент / фалангу слід з боків, а не зверху-знизу, так ви уникнете можливості використання пацієнтом почуття натискання.

МСЧ (м'язово-суглобова чутливість / глибока чутливість)

- Другий спосіб «віддзеркалення»: надати паретичній кінцівці / пальцям кисті будь-яке положення і попросити «перенести» це положення на протилежну збережену кінцівку.
- Порушення МСЧ призводить до значних труднощів використання руки: хворі скаржаться, що предмети випадають з руки.

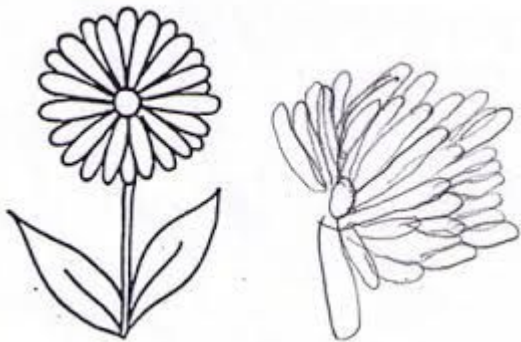


Сенсорне згасання: симптом неглекта (неуваги до ураженого боку)



- -при одночасній тактильній стимуляції симетричних зон з обох сторін хворим розпізнається дотик тільки зі здорової сторони, а при односторонній тактильної стимуляції кожної із сторін по чергово - чутливість збережена, включаючи уражену сторону.

Відзначити порушення чутливості можна використовувати «+», «++», «+++»



Геміанопсія

- випадання полів зору з ураженої сторони в обох очах.
- Це може бути половина або чверть (верхня, нижня) поля зору.
- Слід відрізняти від зорового згасання - неухаги до ураженого боку.



Геміанопсія

- При одночасній стимуляції зоровими подразниками праворуч і ліворуч - пацієнт «не бачить» з ураженої сторони, а при односторонній стимуляції - реагує правильно.
- Феномен, аналогічний сенсорному тактильному згасанню, що входить до синдрому неглекта

Мова:

- Сенсорна (імпресивна) дисфазія - порушення можливості розуміти звернену мову.
- Моторна (експресивна) дисфазія - порушення можливості висловити те, що необхідно.
- Дизартрія - порушення чіткості вимови. Часто поєднується з проблемами ковтання!
- ЕТ необхідно бути в курсі ступеня мовних порушень для того, щоб ефективно спілкуватися з пацієнтом.
- Ступінь порушень може бути оцінена в «плюсах» - від «+» до «+++» - залежно від вираженості.
- При наявності порушень потрібно обговорення їх з логопедом.

Порушення ковтання:

Роль ЕТ у веденні пацієнтів з порушенням ковтання:

- підбір обладнання для годування\ прийому їжі при розширенні рухового режиму.



Порушення ковтання:

- Обов'язковою умовою для прийому їжі - пацієнт не повинен лежати плоско на спині.
- Варіанти позиціонування: або з піднятим головним кінцем (на боці або на спині) або в положенні сидячи.
- ЕТ підбирає висоту прикроватьного столика, стільця і т.п.
- Як і всі члени МДБ - ЕТ повинен знати яка їжа дозволена пацієнту.
- Інформація про це повинна бути на видному місці, краще - над головою пацієнта.



- Адекватна оцінка пацієнта ерготерапевтом- запорука успішної реабілітації та профілактики серйозних ускладнень!

