

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ І
СПОРТУ УКРАЇНИ

Кафедра терапії та реабілітації

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття освітнього ступеня магістр
за спеціальністю 227 – Терапія та реабілітація
освітньою програмою: «Ерготерапія»

на тему: **«ЕРГОТЕРАПІЯ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ГПМК ЗА
ГЕМОРАГІЧНИМ ТИПОМ З ПРАВСТОРОННІМ ГЕМПАРЕЗОМ
ОСІБ СЕРЕДНЬОГО ВІКУ»**

Здобувач вищої освіти

другого (магістерського) рівня

Ткаченко Анна Романівна

Науковий керівник: Шевчук Ю.В.

к.мед.н., доцент

Рецензент: Андрєєва О.В.

завідувач кафедри оздоровчо- рекреаційної

рухової активності, д. фіз. вих, професор

Рекомендовано до захисту на засіданні

кафедри (протокол № 20 від 02.04.2025р.)

Завідувач кафедри: Лазарева О.Б.

д.фіз.вих., професор



Київ - 2025

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ.....	4
ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1 СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЕРГОТЕРАПІЇ ОСІБ СЕРЕДНЬОГО ВІКУ З ПРАВОСТОРОННІМ ГЕМІПАРЕЗОМ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ГПМК ЗА ГЕМОРАЛГІЧНИМ ТИПОМ	
1.1 ГПМК за геморагічним типом, етіологія, патогенез та наслідки.....	11
1.2 Когнітивна ерготерапія та структура СОРМ в контексті ерготерапевтичного втручання.....	25
Висновки до розділу 1.....	30
РОЗДІЛ 2 МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ	
2.1 Методи дослідження	32
2.1.1 Аналіз науково-методичної літератури	32
2.1.2 Стандартизовані інструменти оцінювання	33
2.1.3 Методи математичної статистики	39
2.2 Організація дослідження	39
РОЗДІЛ 3 РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ	
3.1 Аналіз результатів на попередньому етапі дослідження на попередньому етапі дослідження осіб середнього віку після перенесеного ГПМК за геморагічним типом з правостороннім геміпарезом	41
3.2 Алгоритм застосування стратегій когнітивної орієнтації на заняттєву активність для осіб середнього віку після перенесеного ГПМК за геморагічним типом з правостороннім геміпарезом	45
3.3 Ефективність алгоритму застосування втручань та обговорення отриманих результатів	58
ВИСНОВКИ	69
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	73

ДОДАТКИ	82
---------------	----

Перелік умовних позначень

ГПМК - гостре порушення мозкового кровообігу

ADL – активність повсякденного життя (Activity Daily Living)

COPM – канадський інструмент оцінки виконання заняття (Canadian Occupational Performance Measure)

MoCA – Монреальський когнітивний тест (Montreal Cognitive Assessment)

КТ - Комп'ютерна томографія

МРТ - магнітно-резонансна томографія

ТІО - терапія, індукована обмеженням

FMA - тест Фугл-Маєр (The Fugl-Meyer Assessment)

АПЖ - активність повсякденного життя

Вступ

Актуальність теми. Гостре порушення мозкового кровообігу (ГПМК) є поширеною причиною смерті та неврологічних порушень. За даними МОЗ на момент 29.10.2024 в Україні щороку госпіталізують понад 145 тисяч осіб з ГПМК. Лише торік понад 123 тисячі пацієнтів потрапили до лікарні з ГПМК за ішемічним типом, а ГПМК за геморагічний типом було діагностовано у понад 21 тисячі випадків. [2].

Інсульт - це гостре порушення мозкового кровообігу, внаслідок якого виникає пошкодження тканини головного мозку. Найчастіше він є ускладненням гіперічної хвороби й розвивається на тлі різкого підвищення артеріального тиску.

Розрізняють ішемічний та геморагічний інсульти. Ішемічний виникає в результаті закупорювання кровоносної судини, що постачає кров до мозку. Перешкода кровотоку в кровоносній судині може спричинити утворення тромбу, це називається церебральним тромбозом. Основною причиною церебральних тромбозів є жирові відкладення в судинах й артеріях (атеросклероз).

Кровоносні судини також можуть бути заблоковані тромбом, який утворився в іншій частині тіла, зазвичай у серці або великих артеріях верхньої частини грудної клітки та ший. Іноді частина тромбу відривається, потрапляє в кров і подорожує кровоносними судинами мозку, поки не досягне судин, які занадто малі, щоб пропустити його. Це називається церебральною емболією. Основною причиною такого типу тромбу є нерегулярне серцебиття, відоме як фібриляція передсердь (ФП).

Ішемічні інсульти спричиняють близько 85% всіх випадків хвороби.

Геморагічний інсульт настає тоді, коли ослаблена кровоносна судина розривається, і кров виливається в мозок. Кров накопичується і створює тиск на навколишні тканини мозку. Ці кровотечі можуть бути спричинені аневризмою або артеріовенозною мальформацією.

Аневризма - це роздування ослабленої ділянки кровоносної судини. Якщо аневризму не лікувати, вона продовжує слабшати, поки не розірветься та не почне кровоточити в мозок.

Артеріовенозна мальформація — це скупчення аномально сформованих кровоносних судин. Будь-яка з цих судин може розірватися, що також спричинить крововилив у мозок.

Найбільша артерія в мозку - це середня церебральна артерія. Коли ця артерія страждає від інсульту через раптове переривання або припинення кровотоку, тканина вмирає, і відбувається важке, потенційно незворотне пошкодження мозку.

Геморагічний інсульт виникає через ослаблення судин, які розриваються і кровотеча потрапляє в навколишній мозок. Кров накопичується і стискає навколишні тканини мозку. Розрізняють два типи геморагічних інсультів: субарахноїдальний крововилив і внутрішньомозковий крововилив. Субарахноїдальний крововилив (САК) виникає, коли кровоносна судина на поверхні мозку розривається і кров виливається в простір між мозком і черепом. Внутрішньомозковий крововилив (ВМК) відбувається, коли кровоносна судина розривається і кровоточить у тканину в глибині мозку. [3].



Рис. 1.1 Візуалізована різниця між ГПМК за ішемічним і геморагічним типом

Під час інсульту недостатній приплив крові до мозку призводить до загибелі клітин, викликаючи високий ризик смертності або інвалідності. Бічна борозна, що з'єднує лобову і скроневу частки і частину кола Вілліса, часто зазнає патології, що впливає на найбільш часто уражену кровоносну судину мозку [1]. Інсульт середньої мозкової артерії може спричинити проблеми з почуттями та зором. Якщо він вражає праву сторону артерії, симптоми з'являються на лівій стороні тіла [2]. Високий рівень холестерину, куріння та перебування поруч з тютюновим димом можуть зробити більш імовірним інсульт. Високий кров'яний тиск, ожиріння, діабет та неактивність також підвищують ризик, викликаючи пошкодження кровоносних судин та сприяючи атеросклерозу [3].

При ГПМК вогнища ураження головного мозку можуть виникати в різних зонах, залежно від типу інсульту та ураженої судини. Найчастіше страждає басейн середньої мозкової артерії, де ішемічний інсульт призводить до геміпарезу, геміанестезії, афазії та геміанопсії. Ураження басейну внутрішньої сонної артерії викликає схожі симптоми, але може включати тимчасову втрату зору на одне око. Вертебробазилярний басейн, що постачає кров'ю стовбур мозку та мозочок, при ураженні спричиняє порушення координації, запаморочення, дизартрію, диплопію, порушення ковтання, а в тяжких випадках – порушення дихання та серцевої діяльності. Лакунарні інсульти, невеликі вогнища в глибоких структурах мозку, призводять до чисто рухового або сенсорного геміпарезу, атаксії та

дизартрії. Геморагічний інсульт, залежно від місця крововиливу, може викликати внутрішньомозкові крововиливи в підкіркові ядра, таламус, стовбур мозку, мозочок, або субарахноїдальний крововилив під павутинну оболонку мозку. Важливо пам'ятати, що кожен випадок інсульту є унікальним, і наслідки можуть варіюватися залежно від багатьох факторів.

Інсульт є другою найпоширенішою причиною набутих когнітивних порушень, які схильні пацієнтів до інституціоналізації, інвалідності, підвищеної смертності та гіршої якості життя. Зі старінням населення та зниженням смертності після інсульту, показники когнітивних порушень після інсульту зростають. Незважаючи на те, що когнітивні порушення настільки ж поширені, як і інші неврологічні дефіцити, такі як рухові та сенсорні, їх часто не беруть до уваги при нагляді за тими, хто пережив інсульт, якщо вони не прогресували до деменції. Це цілком може бути тому, що ці пацієнти здатні підтримувати певний рівень особистої незалежності, незважаючи на погане когнітивне відновлення. [4]

Було встановлено, що ті, хто пережив інсульт, може не проявляти когнітивних дефіцитів або можуть знижуватися, а потім покращуватися, залишатися стабільними або прогресувати до деменції з часом.[4]

ГПМК може впливати на все тіло, включаючи плегію (повна відсутність руху) або парез (часткова наявність руху), когнітивні дефіцити та дефіцити пам'яті, проблеми з мовленням та зором, емоційні труднощі, повсякденні проблеми та біль. Парез або плегія є поширеним наслідком інсульту, часто з одного боку тіла (геміплегія). Парез може вражати лише обличчя, руку або ногу, але найчастіше уражається одна вся сторона тіла та обличчя. Людина, яка перенесла інсульт у лівій півкулі (стороні) мозку, продемонструє правосторонню плегія або парез. Так само людина з інсультом у правій півкулі (сторона) покаже дефіцит на лівій стороні тіла.

ГПМК у лівій півкулі мозку може призвести до повного або часткового парезу на правій стороні тіла. Можуть бути труднощі з розумінням мови або розмовних слів, пошук слів або незвичайне використання слів або звуків. Людина, як правило, обережна або навіть іноді боязка в поведінці. Втрата пам'яті також може бути присутня.

Характерні ознаки ГПМК у правій півкулі мозку - це повний або частковий парез на лівій стороні тіла. Часто виникають зорові труднощі, швидкі та імпульсивні рухи та думки. Втрата пам'яті також може бути присутня.

При лівому або правому інсульті мозку може виникнути розріз поля зору, який називається геміанопсією. Людина не повністю втратила зір, але поле зору зменшується в обох очах. В результаті зір в одну сторону відсутній. Сторона розрізу поля зору буде такою ж, як і сторона парезу в тілі. Людина не може розпізнати, що область розрізу поля зору відсутня. Ця нехтування може призвести до травмування занедбаної сторони навіть до такої міри, що вони не визнають цю частину тіла як свою власну. [5]

Об'єкт дослідження - процес ерготерапії для осіб середнього віку з правостороннім геміпарезом після перенесеного ГПМК за геморагічним типом, які мають когнітивний дефіцит.

Предмет дослідження - структура і зміст алгоритму ерготерапії для осіб середнього віку з правостороннім геміпарезом після перенесеного ГПМК за геморагічним типом, які мають когнітивний дефіцит, спрямовані та навчання та відновлення навичок активності повсякденного життя .

Мета дослідження - обґрунтувати застосування когнітивних стратегій і розробити алгоритм ерготерапевтичних втручань спрямованих на відновлення ADL (ADL – активність повсякденного життя (Activity Daily Living) осіб після перенесеного ГПМК за геморагічним типом

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати та систематизувати сучасні спеціальні та науково-методичні знання та результати практичного досвіду вітчизняних та зарубіжних дослідників стосовно ролі ерготерапії в процесі відновлення осіб середнього віку після перенесеного ГПМК за геморогічним типом з правостороннім геміпарезом.
2. Підібрати методи дослідження та розробити програму ерготерапевтичних втручань використовуючи канадський інструмент оцінки виконання заняття (COPM (Canadian Occupational Performance Measure) для осіб після ГПМК за геморогічним типом з правостороннім геміпарезом.
3. Проаналізувати ефективність запропонованих втручань.

Теоретична значущість роботи полягає в науковому обґрунтуванні COPM підходу та розробці алгоритму ерготерапевтичних втручань направлених на відновлення ADL для осіб середнього віку з правостороннім геміпарезом після перенесеного ГПМК за геморогічним типом, які мають когнітивний дефіцит.

Практична значущість роботи полягає у аналізі ефективних методів реабілітації та алгоритмів ерготерапевтичних втручань з обґрунтованою доцільністю включення COPM підходу для осіб середнього віку з правостороннім геміпарезом після перенесеного ГПМК за геморогічним типом, які мають когнітивний дефіцит.

РОЗДІЛ 1

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЕРГОТЕРАПІЇ ОСІБ СЕРЕДНЬОГО ВІКУ З ПРАВОСТОРОННІМ ГЕМПАРЕЗОМ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ГПМК ЗА ГЕМОРАГІЧНИМ ТИПОМ

1.1 ГПМК за геморагічним типом, етіологія, патогенез та наслідки.

Розглянемо геморагічний тип гострого порушення мозкового кровообігу (ГПМК), а саме його причини виникнення, механізми розвитку та можливі наслідки для організму.

Кровопостачання головного мозку здійснюється завдяки двом основним парам великих артерій:

- Внутрішні сонні артерії, які транспортують кров від серця вздовж передньої частини шиї.
- Хребетні артерії, що доставляють кров від серця вздовж задньої частини шиї.

У порожнині черепа хребетні артерії з'єднуються, формуючи базилярну артерію, яка розташовується в потиличній ділянці. Внутрішні сонні та базилярна артерії розгалужуються на численні дрібніші судини, серед яких важливу роль відіграють церебральні артерії. Деякі з цих гілок з'єднуються між собою, утворюючи артеріальне коло головного мозку, також відоме як коло Вілліса. Це коло слугує сполучною ланкою між хребетними та внутрішніми сонними артеріями. Від кола Вілліса відходять інші артерії, подібно до доріг, що відгалужуються від кільцевої розв'язки, і ці судини забезпечують кровопостачання всіх ділянок головного мозку.

У випадках, коли відбувається закупорка великих артерій, що живлять мозок, клінічні прояви можуть варіюватися. У деяких людей це може не

викликати жодних симптомів або призвести лише до незначного інсульту. Однак в інших, при аналогічному блокуванні судин, може розвинутися масивний ішемічний інсульт. Одним із факторів, що пояснюють таку різницю, є наявність колатеральних артерій. Колатеральні артерії – це додаткові судини, що проходять між іншими артеріями, забезпечуючи обхідні шляхи для кровотоку. До таких артерій належить коло Вілліса та з'єднання між артеріями, що відходять від нього. Деякі люди мають вроджено добре розвинені колатеральні артерії, що може захистити їх від інсультів. У таких випадках, коли одна з основних артерій блокується, кровотік може продовжуватися через колатералі, іноді запобігаючи розвитку інсульту. Інші ж народжуються з менш розвиненими колатеральними судинами, які можуть бути недостатніми для забезпечення адекватного кровопостачання ураженої ділянки мозку, що призводить до інсульту.

Організм також має здатність захищатися від інсультів шляхом формування нових артерій. Коли блокування судин розвивається повільно та поступово, наприклад, при атеросклерозі, нові артерії можуть встигнути вирости, щоб підтримувати кровопостачання ураженої ділянки мозку і таким чином запобігти інсульту. Якщо інсульт вже стався, процес росту нових артерій може допомогти запобігти повторному інсульту, хоча він не може відновити вже завдані пошкодження.

Існують два типи ГПМК:

- Ішемічний інсульт
- Геморагічний інсульт

Близько 80% інсультів є ішемічними - зазвичай через заблоковану артерію, часто заблоковану тромбом. Клітини мозку, таким чином, позбавлені кровопостачання, не отримують достатньо кисню та глюкози (цукру), які

переносяться кров'ю. Пошкодження, яке виникає, залежить від того, як довго клітини мозку позбавлені крові. Якщо вони позбавлені лише на короткий час, клітини мозку відчують стрес, але вони можуть відновитися. Якщо клітини мозку довше позбавлені, клітини мозку вмирають, і деякі функції можуть бути втрачені, іноді назавжди. Як швидко клітини мозку гинуть після позбавлення крові, різниться. Вони гинуть лише через кілька хвилин в деяких областях мозку, але не раніше, ніж через 30 хвилин або більше в інших областях. У деяких випадках після того, як клітини мозку вмирають, інша область мозку може навчитися виконувати функції, які раніше виконувала пошкоджена область.

Перехідні ішемічні атаки (ТІА), які іноді називають міні-інсультами, часто є ранньою попереджувальною ознакою неминучого ішемічного інсульту. Вони викликані короткочасним перериванням кровопостачання частини мозку. Оскільки кровопостачання швидко відновлюється, тканина мозку не вмирає, як це відбувається під час інсульту, і функція мозку швидко повертається.

Інші 20% інсультів є геморагічними - через кровотечу в мозку або навколо нього. При цьому типі інсульту кровоносна судина розривається, заважаючи нормальному кровотоку і дозволяючи крові просочуватися в тканини мозку або навколо мозку. Кров, яка безпосередньо контактує з тканиною мозку, дратує тканину і з часом може спричинити утворення рубцевої тканини в мозку, що іноді призводить до судом.

Деякі фактори ризику інсульту можна певною мірою контролювати або змінювати, наприклад, шляхом лікування розладу, який збільшує ризик інсульту.

Основними факторами ризику, що модифікуються для обох типів інсульту, є:

- Високий кров'яний тиск
- Високий рівень холестерину
- Діабет
- Резистентність до інсуліну (неадекватна реакція на інсулін), яка виникає при діабеті 2 типу
- Куріння сигарет
- Ожиріння, особливо якщо зайва вага знаходиться навколо живота
- Обструктивне апное сну
- Споживання занадто великої кількості алкоголю
- Відсутність фізичної активності
- Нездорова дієта (наприклад, з високим вмістом насичених жирів, трансжирів та калорій)
- Депресія або інші психічні стреси
- Серцеві розлади, які підвищують ризик утворення тромбів у серці, розриву та подорожі через кровоносні судини як емболію (наприклад, серцевий напад або аномальний серцевий ритм, який називається фібриляцією передсердь)
- Інфекційний ендокардит (інфекція слизової оболонки серця і, як правило, клапанів серця)
- Вживання кокаїну або амфетамінів
- Запалення кровоносних судин (васкуліт)

Багато з цих факторів також є факторами ризику атеросклерозу, який є поширеною причиною ішемічного інсульту. При атеросклерозі артерії звужуються або блокуються неоднорідними жировими відкладеннями, які утворюються в стінках артерій.

Порушення згортання крові, які призводять до надмірного згортання, є фактором ризику ішемічних інсультів. Розлади, які збільшують кровотечу, збільшують ризик геморагічного інсульту.

Високий кров'яний тиск є особливо важливим фактором ризику ішемічного та геморагічного інсульту.

Для ішемічного інсульту основні модифіковані фактори ризику також включають:

- Фібриляція передсердь
- Звуження (стеноз) сонної артерії в шиї

Для геморагічного інсульту основні модифіковані фактори ризику також включають:

- Використання антикоагулянтів (ліки, що пригнічують згортання крові)
- Опуклість в артеріях мозку (аневризма головного мозку)
- Аномальні зв'язки між артеріями та венами (артеріовенозна мальформація)

Частота інсультів знизилася за останні десятиліття, головним чином тому, що люди більше усвідомлюють важливість контролю високого кров'яного тиску та високого рівня холестерину, а також припинення куріння сигарет. Контроль цих факторів знижує ризик атеросклерозу.

Фактори ризику, які не можна змінити, включають:

- Раніше перенесений інсульт
- Вік
- Наявність родичів, які перенесли інсульт (генетичні фактори)

Існує два основних типи геморагічних інсультів:

- Крововилив у внутрішньомозку
- Субарахноїдальний крововилив

Інші розлади, які включають кровотечу всередині черепа, включають епідуральні гематоми та субдуральні гематоми, які зазвичай викликані травмою голови. Ці розлади викликають симптоми, які іноді нагадують симптоми інсульту.

Коли кровоносні судини мозку слабкі, аномальні або знаходяться під незвичайним тиском, може статися геморагічний інсульт. При геморагічних інсультах кровотеча може виникати в мозку, як внутрішньомозковий крововилив. Або кровотеча може виникнути між внутрішнім і середнім шаром тканини, що покриває мозок (у субарахноїдальному просторі), як субарахноїдальний крововилив.

Внутрішньомозковий крововилив - це кровотеча в мозку.

- Інтрацеребральний крововилив зазвичай є результатом хронічного високого кров'яного тиску.
- Першим симптомом часто є сильний головний біль.
- Діагноз базується в основному на результатах візуалізаційних тестів.
- Терапія може включати вирішення проблем, які можуть сприяти кровотечі (наприклад, зниження артеріального тиску, якщо він дуже високий) і, рідко, хірургічне видалення накопиченої крові.

На внутрішньоцеребральний крововилив припадає близько 10% усіх інсультів, але набагато більший відсоток смертей через інсульт. Серед людей старше 60 років внутрішньомозковий крововилив частіше зустрічається, ніж субарахноїдальний крововилив (кровотеча навколо, а не всередині мозку).

Інтрацеребральний крововилив найчастіше є результатом

- Хронічний високий кров'яний тиск (гіпер.ія), який послаблює малу артерію

Фактори ризику, які сприяють цьому типу крововиливу, включають

- Куріння сигарет
- Ожиріння
- Нездорова дієта (наприклад, з високим вмістом насичених жирів, трансжирів та калорій)

Вживання кокаїну або амфетамінів може спричинити тимчасовий, але дуже високий кров'яний тиск і крововилив. У деяких літніх людей аномальний білок, який називається амілоїдом, накопичується в артеріях мозку. Це накопичення (зване амілоїдною ангіопатією) послаблює артерії і може викликати крововилив.

Менш поширені причини включають аномалії кровоносних судин, присутні при народженні, опуклість в артеріях мозку (мозкова аневризма), аномальний зв'язок між артеріями та венами (артеріовенозна мальформація) у черепі, травми, пухлини, запалення кровоносних судин (васкуліт), порушення кровотечі та використання антикоагулянтів у занадто високих дозах. Порушення кровотечі та використання антикоагулянтів збільшують ризик смерті від внутрішньомозкового крововиливу.

Внутрішньомозковий крововилив починається раптово, часто під час активності. Сильний головний біль є поширеним явищем. Однак головний біль може бути легким або відсутнім у літніх людей.

Багато людей втрачають свідомість, коли виникає внутрішньомозковий крововилив, часто протягом декількох секунд або декількох хвилин. Або люди можуть стати менш обізнаними про своє оточення і менш здатними розуміти, пам'ятати і ясно мислити. Нудота, блювота та судоми поширені.

Якщо крововилив невеликий, свідомість може не постраждати, а головний біль або нудота можуть бути легкими або відсутніми.

Однак, коли крововилив розширюється, симптоми, що свідчать про дисфункцію мозку, розвиваються раптово і неухильно погіршуються.

Деякі симптоми, такі як слабкість, параліч, втрата чутливості та оніміння, часто впливають лише на одну сторону тіла. Люди можуть не говорити або заплутатися. Зір може бути порушений або втрачений. Одне або обидва ока можуть бути не в змозі рухатися в певних напрямках. В результаті очі можуть вказувати в різних напрямках.

Великі крововиливи збільшують тиск у черепі. Іноді підвищений тиск штовхає мозок вниз і змушує його проходити через жорсткі структури, які розділяють мозок на відсіки. Результатом є серйозна проблема, яка називається гризною. Тиск може бути чинити на ділянки, які контролюють свідомість і дихання в стовбурі мозку (який з'єднує мозок зі спинним мозком). Грижі можуть спричинити втрату свідомості, кому, нерегулярне дихання та смерть.

Ще однією серйозною проблемою є гідроцефалія. Це відбувається, коли спинномозкова рідина (яка оточує мозок і спинний мозок) блокується від виходу з мозку. Рідина накопичується в мозку і чинить на нього додатковий тиск. Гідроцефалія може сприяти симптомам, викликаним крововиливом, таким як головні болі, сонливість, сплутаність свідомості, нудота та блювота, і може збільшити ризик коми та смерті.

Великі крововиливи смертельні протягом декількох днів приблизно у половини людей. У тих, хто вижив, свідомість повертається, а проблеми, викликані крововиливом, зазвичай поступово зменшуються, коли кров всмоктується. Деякі люди мають напрочуд мало проблем, тому що

крововилив менш руйнівний для тканини мозку, ніж недостатнє кровопостачання.

Субарахноїдальний крововилив кровоточить у простір (субарахноїдний простір) між внутрішнім шаром і середнім шаром тканин, що покривають мозок (мозкові м'язки).

Найпоширенішою причиною є розрив опуклості (аневризми) в артерії. Зазвичай розрив артерії викликає раптовий, сильний головний біль, за яким часто слідує коротка втрата свідомості.

Субарахноїдальний крововилив - це небезпечний для життя розлад, який може швидко призвести до серйозної, постійної інвалідності. Це єдиний тип інсульту, який частіше зустрічається серед жінок, ніж серед чоловіків.

Субарахноїдальний крововилив зазвичай є результатом травм голови. Однак субарахноїдальний крововилив через травму голови викликає різні симптоми, діагностується і лікується по-різному, і не вважається інсультом.

Субарахноїдальний крововилив вважається інсультом лише тоді, коли він відбувається спонтанно, тобто коли крововилив не є результатом зовнішніх сил, таких як нещасний випадок або падіння. Спонтанний крововилив зазвичай виникає внаслідок наступного раптового розриву аневризми в артерії мозку

Аневризми - це опуклості в ослабленій ділянці стінки артерії. Аневризми зазвичай виникають там, де артерія розгалужується. Аневризми можуть бути присутніми при народженні (вроджені), або вони можуть розвинутися пізніше, після багатьох років високого кров'яного тиску послабити стінки артерій. Більшість спонтанних субарахноїдальних крововиливів є результатом вроджених аневризм. Аневризми в артерії головного мозку

можуть протікати в сім'ях. Близько 6-20% аневризм головного мозку можуть бути результатом успадкованого дефекту стінки артерії.

Крововилив через розрив аневризми може виникнути в будь-якому віці, але найчастіше зустрічається серед людей у віці від 40 до 65 років.

Рідше субарахноїдальний крововилив є результатом розриву аномального зв'язку між артеріями та венами (артеріовенозна мальформація) у мозку або навколо нього. Артеріовенозна мальформація може бути присутня при народженні, але зазвичай вона виявляється лише за розвитком симптомів. Субарахноїдальний крововилив також може бути результатом порушень кровотоку.

Симптоми субарахноїдального крововиливу можуть з'явитися за кілька хвилин до тижнів до розриву. Люди повинні негайно повідомити лікаря про будь-які незвичайні головні болі.

Коли велика аневризма розривається, це викликає такі симптоми:

- Головний біль, який може бути надзвичайно раптовим і сильним (іноді його називають головним болем громової клап)
- Біль на обличчі або очах
- Подвійне бачення
- Затуманений зір
- Втрата свідомості

Раптовий, сильний головний біль, викликаний розривом, досягає піку протягом декількох секунд. Його часто описують як найгірший головний біль, який коли-небудь відчував. Головний біль часто супроводжується короткочасною втратою свідомості. Деякі люди помирають до того, як дійдуть до лікарні. Деякі люди залишаються без свідомості в комі і в

кінцевому підсумку вмирають. Інші прокидаються, відчуваючи себе розгубленими та сонними.

Субарахноїдальний крововилив може призвести до інших серйозних проблем (ускладнень), таких як:

- Гідроцефалія: протягом 24 годин кров від субарахноїдального крововиливу може згорнутися. Згущена кров може перешкоджати витіку рідини, що оточує мозок (спинномозкова рідина), як це зазвичай відбувається. В результаті кров накопичується в мозку, збільшуючи тиск у черепі. Гідроцефалія може сприяти таким симптомам, як головний біль, сонливість, сплутаність свідомості, нудота та блювота, і може збільшити ризик коми та смерті.
- Вазоспазм: Вазоспазм - це скорочення (спазм) кровоносних судин. Це відбувається приблизно у 25% людей, зазвичай приблизно через 3-10 днів після крововиливу. Вазоспазм обмежує приплив крові до мозку. Тоді тканини мозку можуть не отримувати достатньо кисню і можуть померти, як при ішемічному інсульті. Вазоспазм може викликати симптоми, подібні до симптомів ішемічного інсульту, такі як слабкість або втрата чутливості з одного боку тіла, труднощі з використанням або розумінням мови, запаморочення та порушення координації.
- Другий розрив: Іноді аневризма розривається вдруге, зазвичай протягом тижня і з катастрофічними наслідками.

Деякі люди відновлюють більшу частину або всю розумову та фізичну функцію після субарахноїдального крововиливу. Однак у багатьох людей продовжуються такі симптоми, як слабкість, парез, втрата чутливості з одного боку тіла або труднощі з використанням та розумінням мови, незважаючи на своєчасне лікування.

Геміплегія та геміпарез є двома поширеними фізичними наслідками інсульту. Однак ці стани зовсім різні і мають різні наслідки для повсякденного життя та незалежності того, у кого трапився інсульт.

Геміпарез - це слабкість або нездатність рухатися на одній стороні тіла, що ускладнює виконання повсякденних дій, таких як їжа або одягання.

Одностороння слабкість рук, частина обличчя, ніг може спричинити:

- Втрата рівноваги
- Труднощі з ходьбою
- Порушення здатності хапати об'єкти
- Зниження точності руху
- М'язова втома
- Відсутність координації

Місце, де стався інсульт крововилив у мозку, визначить розташування м'язової слабкості. Вогнище ураження, яке локалізується у лівій стороні мозку, яка контролює мову та говоріння, може призвести до правостороннього парезу.

Інсульт, як гостре порушення мозкового кровообігу, часто призводить до ураження рухових шляхів, що клінічно проявляється парезом або плегією контралатеральної кінцівки. Одним із частих і значущих наслідків є формування патологічних м'язових синергій – стереотипних патернів коактивації м'язів, які обмежують можливість ізольованих рухів у суглобах ураженої верхньої кінцівки (Т. Twitchell, 1951; В. J. Sunderland, 2007).

На нейронному рівні, формування м'язових синергій після інсульту пояснюється кількома ключовими механізмами. По-перше, ураження кортикоспінального тракту, який відповідає за контроль довільних,

особливо дистальних рухів, призводить до розгальмування більш примітивних рухових патернів, що зберігаються на рівні стовбура мозку та спинного мозку (N. Hogan, E. Bizzi, 1991). Ці патерни, філогенетично давніші, характеризуються координованою активацією великих груп м'язів, а не селективним включенням окремих м'язів, необхідним для складних, цілеспрямованих рухів.

По-друге, зміни в збудливості мо.ейронів та інтернейронів спинного мозку, зумовлені як прямим ураженням низхідних шляхів, так і вторинними нейропластичними процесами, сприяють посиленню зв'язків між мо.ейронними пулами м'язів, які зазвичай активуються одночасно в синергічних рухах (S. Levin et al., 2009). Це призводить до того, що спроба виконати ізольований рух в одному суглобі неминуче супроводжується активацією м'язів в інших суглобах, формуючи характерні синергічні патерни згинання або розгинання верхньої кінцівки.

Клінічно, м'язові синергії значно обмежують функціональні можливості ураженої руки, суттєво впливаючи на виконання повсякденних активностей (ADL). Наприклад, домінування згинальної синергії часто призводить до утруднення або неможливості розгинання ліктя та розкриття кисті, що унеможливорює виконання таких завдань, як захоплення предметів різної форми та розміру, утримання столових приборів, одягання. З іншого боку, виражена розгинальна синергія може перешкоджати піднесенню руки до рота або виконанню гігієнічних процедур.

Вплив м'язових синергій на повсякденну активність є багатограним. Обмеження рухів у окремих суглобах призводить до компенсаторних рухів тулубом та неураженою кінцівкою, що підвищує енерговитрати та може призводити до втоми та больових синдромів. Зниження спритності та

координації ураженої руки ускладнює виконання бімануальних завдань, що значно знижує рівень самостійності пацієнта.

Когнітивні порушення та втрата пам'яті після інсульту є поширеними і можуть вплинути на якість життя. Це означає, що це впливає на те, як мозок сприймає, аналізує, відтворює та зберігає інформацію.

Типові когнітивні проблеми можуть включати:

- погана концентрація або увага,
- забудькуватість,
- плутанина,
- нездатність нормально обробляти інформацію та
- проблеми з відповідями на запитання, плануванням, спостереженням за розмовами, запам'ятовуванням важливих фактів, розумінням того, де вони знаходяться, міркуваннями або прийняттям суджень.

Оскільки когнітивні та емоційні проблеми є поширеними після інсульту та впливають на повсякденне життя тих, хто пережив інсульт, та членів їхніх сімей, важливо, щоб кожен, хто пережив інсульт, був обстежений.

1.2 Роль ерготерапії після перенесеного ГПМК за геморагічним типом з правостороннім геміпарезом для осіб середнього віку.

Ерготерапія відіграє унікальну та важливу роль у мультидисциплінарному підході у менеджменті когнітивних порушень (АОТА 2013). Мета ерготерапії полягає в тому, щоб максимізувати незалежність і участь людей у виконанні своїх життєвих ролей, звичках і повсякденних справах вдома, в школі, на робочому місці, в громаді та інших місцях за допомогою

спільного процесу оцінки та втручання, який включає в себе цілий ряд кваліфікованих послуг (АОТА 2014). Ерготерапевти оцінюють людей з інсультом на предмет порушення когнітивних функцій і працюють з ними, щоб поліпшити вплив когнітивних порушень на виконання людиною своїх улюблених занять, особливо на її незалежність у IADL (АОТА 2013; De Wit 2006; Korner-Bitensky 2011; Schiavi 2018).

Для досягнення цілей людини в повсякденній життєдіяльності (ADL) в процесі ерготерапії можна використовувати низку втручань окремо або в поєднанні з іншими заходами. Навчання повсякденній життєдіяльності з використанням правої верхньої кінцівки у таких повсякденних активностях, як: писання, малювання, використання ложки чи виделки, чищення зубів, розчісування волосся, відкривання дверей, набирання тексту на клавіатурі, використання мишки комп'ютера, приготування їжі (наприклад, нарізання овочів), одягання (застібання гудзиків, зав'язування шнурків), миття посуду, користування смартфоном, є загальнозживаним втручанням з використанням функціональних видів діяльності, що є загальним вибором терапевтів у процесі ерготерапії (наприклад, Holmqvist 2014; Koh 2009; Korner-Bitensky 2011; Kristensen 2016). Інші втручання включають призначення допоміжних технологій, таких як персональні цифрові асистенти та адаптацію навколишнього середовища, наприклад, сенсорні системи оповіщення, а також сприяння усвідомленню пацієнтом своїх обмежень і стратегій компенсації цих обмежень (Holmqvist 2014; Koh 2009).

Когнітивні здібності, на які зазвичай спрямована ерготерапія при когнітивній реабілітації після інсульту, - це планування, увага, ініціація, структурування або організація, короткочасна пам'ять і орієнтація (Holmqvist 2014). У когнітивній реабілітації після інсульту ерготерапевтичні втручання застосовують відновлювально-корекційний підхід (який також називають когнітивно-реабілітаційним підходом) або

компенсаторно-адаптивний підхід, або їх поєднання (Gillen 2015; Gillen 2018).

Компенсаторно-адаптивний підхід - це підхід «згори донизу», який фокусується на тренуванні незмінних навичок і модифікації середовища або завдань для адаптації до дефіциту (Poulin 2020). Цей підхід залежить від виду діяльності (Gillen 2018). Приклади втручань у рамках цього підходу включають практичні заняття, такі як приготування простої вечері, або адаптивні підходи, такі як розбиття етапів приготування їжі разом з людиною, використання базового рецепту, а не складного, використання віртуального помічника для повторення етапів рецепту, або залучення допомоги опікуна, або поєднання практичних та адаптивних підходів. Вибір терапевтичної діяльності зумовлений труднощами у виконанні цієї діяльності (наприклад, запам'ятовування інгредієнтів або послідовності кроків у певному рецепті) (Гіллен, 2018).

Комбінований підхід, такий як модель когнітивної реабілітації для ерготерапії (Averbuch 2011), використовує різні підходи на різних етапах після травми (Togliа 2014). Компенсаторне та адаптивне навчання для зменшення когнітивного дефіциту може використовуватися на ранніх стадіях, а пізніше поєднуватися з градуйованим когнітивним навчанням, яке може включати інтенсивну практику конкретних когнітивних навичок (Togliа 2014). У цьому підході вибір терапевтичної діяльності зумовлений тим, як ця діяльність кидає виклик основним дефіцитам, а також її відповідністю заняттєвим потребам людини та її потребам в участі в житті суспільства (Gillen 2018). Ерготерапевти, які працюють у сфері когнітивної реабілітації після ГПМК, зазвичай використовують як модифікаційний так і компенсаторний підходи (Holmqvist 2014; Koh 2009).

Ерготерапевтичні втручання є актуальними для пацієнтів, які перенесли ГПМК за геморогічним типом, коли справа стосується цілей, пов'язаних з когніцією та виконавчими функціями.

Когнітивні та виконавчі функції є ключовими для успіху в повсякденній діяльності, включаючи пам'ять, увагу, вирішення проблем, швидкість обробки інформації, планування, організацію, ініціацію та регуляцію емоцій. В ерготерапії використовуються когнітивні методи для покращення функціональної діяльності та незалежності осіб з когнітивними порушеннями.

Функціональна когнітивна терапія застосовує когнітивні навички в реальних ситуаціях, зосереджуючись на покращенні здатності виконувати щоденні завдання через діяльність, модифікацію середовища та компенсаторні стратегії.

Когнітивна корекційна терапія використовує структуровані вправи для покращення конкретних когнітивних дефіцитів, таких як пам'ять, увага та виконавчі функції, сприяючи нейропластичності та полегшуючи виконання щоденних завдань. Розуміння відмінностей між цими підходами є важливим для розробки ефективних стратегій втручання в ерготерапії.

Навчання адаптивним технікам пам'яті входить до сфери функціональних когнітивних методів терапії, оскільки воно передбачає надання людям практичних стратегій та інструментів для компенсації дефіциту пам'яті та підтримки незалежного функціонування в повсякденному житті. Ерготерапевти навчають людей використовувати зовнішні засоби пам'яті, такі як календарі, планувальники, програми нагадування та блокноти для пам'яті, для організації завдань, планування зустрічей та відтворення важливої інформації. Крім того, ерготерапевти можуть включати когнітивні стратегії, такі як розбиття на блоки, мнемонічні прийоми та техніки

повторення, для покращення збереження та відтворення пам'яті. Навчаючи адаптивним технікам пам'яті, ерготерапевти дають людям можливість подолати проблеми з пам'яттю, покращити виконання завдань та підтримувати незалежність у їхніх щоденних рутинах.

Канадська асоціація ерготерапевтів у співпраці з Міністерством охорони здоров'я та соціального забезпечення Канади розробила концептуальну модель і керівні принципи для пацієнтоорієнтованої практики ерготерапії (Department of National Health and Welfare & Canadian Association of Occupational Therapists, (DNHW & CAOT), 1983).

SOPM - це інструмент оцінки виконання заняття, призначений для використання ерготерапевтами для оцінки результатів роботи пацієнтів у сферах догляду за собою, продуктивності та дозвілля. Використовуючи напівструктуроване інтерв'ю, SOPM - це п'ятиетапний процес, який вимірює індивідуальні, ідентифіковані пацієнтом проблемні області в повсякденній активності після перенесеного ГПМК. Пацієнт і терапевт разом визначають терапевтичні цілі, впроваджують терапію та оцінюють результати терапії.

SOPM відображає філософію моделі заняттєвої активності. Вона орієнтована на пацієнта і включає ролі та рольові очікування в оточенні пацієнта. Вона враховує важливість навички або діяльності пацієнта, використовуючи напівструктурований, індивідуалізований підхід до співбесіди. SOPM охоплює такі сфери, як самообслуговування, продуктивність і незалежність як основні результати, що вимірюються, але може також включати в себе оцінку компонентів продуктивності, щоб отримати розуміння того, чому пацієнт може мати труднощі. SOPM розроблений, щоб допомогти ерготерапевтам встановити цілі заняттєвої

діяльності, засновані на сприйнятті потреб пацієнта, та об'єктивно зміни у визначених проблемних сферах після перенесено ГПМК.

СОРМ вимірює визначені пацієнтом проблемні сфери у повсякденному функціонуванні. У тих випадках, коли пацієнт не в змозі визначити проблемні сфери (наприклад, маючи когнітивний дефіцит), особа, яка здійснює догляд, може відповісти на запитання.

Висновки до розділу 1:

Для поглибленого розуміння досліджуваної теми було проведено критичний аналіз та порівняння науково-методичної літератури.

Було досліджено зв'язок між інсультом наслідками для ВК та когніту.

Робота з функціональним станом верхньої кінцівки покращує здатність, досліджено серед ерго покращує здатність пацієнта допомогое виконувати АПЖ: миття посуду, малювання, в'язання, приготування їжі, виконання ранкової гігієни, ведення гостоподарства; Когнітивна ерготерапія – це комплексний підхід, який допомагає покращити роботу мозку (когнітивні функції) та застосовувати ці навички в щоденному житті. Вона включає два основні напрямки:

Функціональна когнітивна терапія: Вчить використовувати свої когнітивні навички в реальних ситуаціях, щоб самостійно робити повсякденні справи. Для цього використовуються практичні завдання, зміни в оточенні та різні способи обійти труднощі.

Корекційна терапія: Спрямована на тренування конкретних проблем з пам'яттю, увагою та іншими когнітивними функціями за допомогою спеціальних вправ. Це допомагає мозку краще працювати.

Щоб ефективно використовувати когнітивні методи в ерготерапії, застосовують практичні завдання, змінюють оточення, аналізують дії та вчать застосовувати нові навички в різних ситуаціях. У результаті когнітивна ерготерапія допомагає людям покращити роботу мозку, пристосуватися до повсякденного життя та підвищити його якість.

Структура СОРМ, з її оптимальним планом дій, є ефективним інструментом в ерготерапії. Вона допомагає пацієнтам досягати цілей, підвищує їхню

мотивацію, сприяє співпраці з ерготерапевтом та дозволяє відстежувати прогрес реабілітації.

Доведено, що когнітивна ерготерапія з використанням СОРМ є особливо корисною для пацієнтів після геморагічного інсульту, покращуючи їхні когнітивні функції, самообслуговування, повсякденну активність та якість життя, а також знижуючи ризик ускладнень.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1 Методи дослідження

З метою вирішення завдань та гарантування об'єктивності роботи були застосовані наступні методи дослідження:

- аналіз науково-методичної літератури;
- стандартизовані методи дослідження: індекс Бартел, Монреальська когнітивна оцінка MoCa, Тест Фугл-Маєр The Fugl-Meyer Assessment FMA, Канадський інструмент оцінки виконання заняття (Canadian Occupational Performance Measure COPM);
- методи математичної статистики.

2.1.1 Аналіз науково-методичної літератури

Науково-методична література, проаналізована в роботі, включає сучасні закордонні та вітчизняні дослідження, присвячені передовим методам реабілітації когнітивних та функціональних порушень порушень, присвячені розгляду особливості ерготерапевтичних втручань пацієнтам перенесших ГПМК з правостороннім геміпарезом.

Глибокий теоретичний аналіз літературних джерел, включаючи вітчизняні та зарубіжні праці, надав основу для дослідження ерготерапії пацієнтів з правостороннім геміпарезом після геморагічного інсульту. Виявлення причин інсульту та його впливу на повсякденну активність дозволило сформулювати мету, завдання, обрати методи дослідження та узагальнити результати.

В рамках магістерської роботи було опрацьовано 67 джерел наукової та спеціальної літератури.

2.1.2 Стандартизовані методи дослідження

У контексті реабілітації пацієнтів, які перенесли ГПМК за геморагічним типом з правостороннім геміпарезом, стандартизовані ерготерапевтичні тести відіграють критично важливу роль у забезпеченні об'єктивної та кількісної оцінки функціонального стану.

Індекс Бартел (додаток 1) є стандартизованим інструментом, що широко застосовується в ерготерапії для оцінки рівня незалежності особи в основних видах повсякденної діяльності. Він вимірює здатність людини самостійно виконувати десять ключових завдань, включаючи прийом їжі, пересування, особисту гігієну, користування туалетом, прийняття ванни/душу, пересування по рівній поверхні, підйом та спуск сходами, одягання/роздягання, а також контроль сечовипускання та дефекації.

Мета використання Індексу Бартел полягає у визначенні фактичного рівня незалежності пацієнта, а не його потенційної здатності, що дозволяє об'єктивно оцінити необхідний рівень допомоги та спланувати відповідні реабілітаційні втручання. Серед переваг Індексу Бартел – простота та швидкість проведення, висока надійність та валідність, а також широке застосування в клінічній практиці. Однак, важливо враховувати його обмеження, такі як неврахування складних видів діяльності та когнітивних функцій, а також можливу недостатню чутливість до змін у пацієнтів з легкими функціональними порушеннями. Тому, для отримання повної картини стану пацієнта, рекомендується використовувати Індекс Бартел у поєднанні з іншими методами оцінювання.

Оцінювання кожного виду діяльності проводиться за шкалою, що відображає ступінь самостійності, а загальний бал варіюється від 0 (повна залежність) до 100 (повна незалежність), що дозволяє класифікувати пацієнтів за рівнем функціональної незалежності.

Монреальська шкала когнітивної оцінки (МоСА) (додаток 2) є широко використовуваним скринінговим інструментом для швидкої оцінки когнітивних функцій. Цей тест був розроблений для виявлення легкої когнітивної дисфункції, яка може бути не виявлена за допомогою інших скринінгових тестів, таких як міні-дослідження психічного стану (MMSE). МоСА оцінює різні когнітивні домени, включаючи увагу та концентрацію, виконавчі функції, пам'ять, мову, зорово-конструктивні навички, абстрактне мислення, рахунок та орієнтацію.

Тест МоСА складається з серії завдань, які оцінюють різні когнітивні функції. Наприклад, для оцінки уваги та концентрації пацієнта просять повторити послідовність цифр або букв, а також виконати завдання на віднімання. Для оцінки виконавчих функцій пацієнта просять виконати завдання на чергування та абстрактне мислення. Для оцінки пам'яті пацієнта просять запам'ятати список слів, а потім відтворити їх через деякий час. Для оцінки мови пацієнта просять назвати малюнки, повторити фрази та виконати завдання на розуміння. Для оцінки зорово-конструктивних навичок пацієнта просять намалювати куб або годинник. Для оцінки орієнтації пацієнта просять назвати поточну дату, день тижня, місцезнаходження та місто.

Тест МоСА є простим у проведенні та займає близько 10 хвилин. Він може бути використаний у різних клінічних умовах, включаючи первинну медичну допомогу, неврологічні клініки та геріатричні центри. Результати тесту інтерпретуються наступним чином:

Кожне з питань, що входять до тесту, має власну оцінку, яка залежить від складності завдання, і варіюється від нуля до одного балу. Загальний результат тесту формується шляхом підсумовування балів, отриманих за кожне питання, і може досягати максимуму в тридцять балів. Результат

тесту дозволяє не лише отримати загальну оцінку, але й оцінити окремі когнітивні сфери, аналізуючи бали, отримані за кожне з питань.

Загальний бал, отриманий в результаті тестування, використовується для визначення рівня когнітивних функцій. Результат у діапазоні від 26 до 30 балів свідчить про нормальний стан когнітивних функцій. Оцінка від 22 до 25 балів вказує на легку когнітивну дисфункцію, тоді як результат від 16 до 21 бала свідчить про помірну когнітивну дисфункцію. Середня когнітивна дисфункція діагностується при результаті від 10 до 15 балів, а результат нижче 10 балів вказує на важку когнітивну дисфункцію.

Тест Фугл-Маєр (FMA) (додаток 3) є стандартизованим інструментом, що широко використовується в ерготерапії для оцінки рухової функції у пацієнтів після інсульту, особливо тих, хто переніс ГПМК за геморагічним типом з правостороннім геміпарезом. Цей тест дозволяє детально проаналізувати рухові порушення та відстежити динаміку відновлення, що є критично важливим для планування реабілітаційної програми.

FMA складається з кількох розділів, кожен з яких оцінює різні аспекти рухової функції:

- **Рухова функція верхньої кінцівки:**
 - Цей розділ оцінює здатність пацієнта виконувати рухи в різних суглобах верхньої кінцівки, включаючи плече, лікоть, зап'ястя та пальці.
 - Оцінюються такі параметри, як амплітуда рухів, координація та здатність до ізольованих рухів.
 - Особлива увага приділяється оцінці рухів, які є важливими для виконання повсякденних дій, таких як підняття руки, захоплення предметів та виконання дрібних рухів.

- Чутливість:
 - Цей розділ оцінює тактильну та пропріоцептивну чутливість ураженої кінцівки.
 - Оцінюється здатність пацієнта розрізняти різні типи дотиків та відчувати положення кінцівки в просторі.
 - Ці данні дуже важливі, тому що втрата чутливості, дуже сильно впливає на якість життя пацієнта.
- Амплітуда суглобів:
 - Цей розділ оцінює обсяг рухів у суглобах ураженої кінцівки.
 - Оцінюється наявність контрактур та інших обмежень рухів.

Оцінювання та інтерпретація:

- Кожне завдання FMA оцінюється за трибальною шкалою:
 - 0 = неможливо виконати
 - 1 = частково виконано
 - 2 = виконано повністю
- Сума балів за всі завдання дає загальний бал, який відображає ступінь рухового дефіциту. Вищий бал свідчить про кращу рухову функцію, тоді як нижчий бал вказує на більш виражений руховий дефіцит.
- Результати FMA використовуються для:
 - Визначення цілей реабілітації.
 - Розробки індивідуальної програми ерготерапії.
 - Моніторингу прогресу пацієнта.
 - Оцінки ефективності реабілітаційних втручань.

FMA є цінним інструментом для ерготерапевтів, що працюють з пацієнтами після ГПМК, оскільки дозволяє отримати об'єктивну та кількісну оцінку

рухової функції, що є важливим для планування та проведення ефективної реабілітації.

Процес проведення СОРМ (додаток 5) складається з п'яти основних етапів.

Початкове інтерв'ю є основою для встановлення довірливих відносин між ерготерапевтом та пацієнтом. Мета полягає в тому, щоб зрозуміти життєві ролі, цінності та пріоритети пацієнта, а також виявити, як інсульт вплинув на його повсякденне життя. Ерготерапевт розпочинає з відкритих запитань, наприклад: "Розкажіть мені про ваш звичайний день до інсульту". Важливо обговорити види діяльності, які були важливими для пацієнта, такі як робота, хобі, сімейні обов'язки, та з'ясувати, як інсульт змінив його здатність їх виконувати. Особливу увагу слід приділити трьом основним областям: самообслуговування (одягання, купання, прийом їжі), продуктивність (робота, домашні справи) та дозвілля (хобі, соціальні активності). Враховуючи можливі когнітивні порушення, необхідно використовувати просту мову, давати достатньо часу для відповідей та використовувати візуальні підказки. Залучення родини пацієнта є важливим для отримання додаткової інформації.

Виявлення проблем з заняттєвою активністю передбачає, що пацієнт визначає конкретні види діяльності, які він вважає проблемними, тобто ті, які йому важко виконувати через наслідки інсульту. Ерготерапевт допомагає пацієнту конкретизувати ці проблеми, використовуючи відкриті запитання та приклади. Важливо зосередитися на видах діяльності, які є важливими для пацієнта, але які він не може виконувати через наслідки інсульту. Для пацієнтів з геміпарезом це можуть бути проблеми з одяганням, приготуванням їжі, використанням ураженої руки, пересуванням по дому або участю в хобі. Усі виявлені проблеми записуються.

Оцінка важливості полягає в тому, що пацієнт оцінює важливість кожного виявленого виду діяльності за 10-бальною шкалою, де 1 означає "неважливо", а 10 – "дуже важливо". Ерготерапевт пояснює пацієнту значення шкали та просить його оцінити важливість кожного виду діяльності. Це дозволяє визначити пріоритетні види діяльності, на яких слід зосередитися в реабілітації. Враховуючи, що це пацієнти середнього віку, особливу увагу слід звернути на їхню заняттєву діяльність та участь у соціумі.

Оцінка виконання та задоволеності передбачає, що для 5 найбільш важливих видів діяльності пацієнт оцінює своє виконання (наскільки добре він виконує діяльність) та задоволеність (наскільки він задоволений своїм виконанням) за 10-бальними шкалами. Ерготерапевт пояснює пацієнту значення шкал та просить його оцінити своє виконання та задоволеність для кожного виду діяльності. Це дозволяє визначити, які види діяльності потребують найбільшого втручання. Наприклад, пацієнт може оцінити своє виконання одягання на 3 бали, а задоволеність – на 2, що свідчить про необхідність покращення цієї діяльності.

Повторна оцінка здійснюється після періоду реабілітації з використанням СОРМ, щоб оцінити зміни у виконанні та задоволеності. Ерготерапевт повторює кроки 1-4 та порівнює результати з початковою оцінкою. Це дозволяє оцінити ефективність реабілітаційних втручань та внести необхідні корективи. Для пацієнтів з геміпарезом важливо відстежувати зміни у виконанні завдань, пов'язаних з використанням ураженої руки, та у їхній здатності до самообслуговування.

2.1.3. Методи математичної статистики

Для математичної обробки числових даних кваліфікаційної роботи використовувались методи варіаційної статистики.

Аналіз відповідності виду розподілу кількісних показників закону нормального розподілу перевіряли за критерієм Шапіро-Уїлка (W).

Більшість показників не відповідали закону нормального розподілу на всіх етапах дослідження. Для кількісних показників, які мали нормальний розподіл, визначали середнє значення (\bar{x}) та середня помилка середнього арифметичного (m).

З метою оцінки значущості різниці, при наявності нормального розподілу результатів досліджень, використовували t-критерій Стьюдента для парних вибірок.

Математична обробка числових даних кваліфікаційної роботи виконувалися у Microsoft Excel.

2.2 Організація дослідження

Дослідження проводилося в умовах відділення реабілітації КНП «Свято-Михайлівської клінічної лікарні міста Києва». У дослідженні приймають участь 10 пацієнтів, які було розподілено на основну групу (n=5) і контрольну групу (n=5).

Дослідження проводилось в три етапи протягом 2023-2024 року.

Перший етап (лютий 2023 року) був присвячений початку організації дослідження та аналізу сучасних літературних джерел, це дозволило оцінити стан проблеми, мету та задачі дослідження, узагальнити принципи процесу надання ерготерапевтичних послуг.

Другий етап (березень-грудень 2023 року) був розроблений алгоритму втручань ерготерапії для відновлення функцій верхньої кінцівки при наслідках геморагічного інсульту у осіб зрілого віку.

Третій етап (січень-березень 2024 року) була відстежена динаміка процесу надання ерготерапевтичних послуг, сформульовані висновки та завершено оформлення кваліфікаційної роботи.

РОЗДІЛ 3

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

3.1 Аналіз результатів на попередньому етапі дослідження осіб середнього віку після перенесеного ГПМК за геморагічним типом з правостороннім геміпарезом.

У дослідженні брали участь 10 пацієнтів, які було розподілено на основну групу (n=5) і контрольну групу (n=5).

Основна група:

- 5 пацієнтів з правостороннім геміпарезом;
- 2 жінок;
- 3 чоловіків.

Контрольна група:

- 5 пацієнтів з правостороннім геміпарезом;
- 2 жінок;
- 3 чоловіків.

Критеріями включення в дане дослідження були:

- вік пацієнтів від 40 до 60 років;
- пацієнти чоловічої і жіночої статі;
- пацієнти з гострим порушенням мозкового кровообігу за геморагічним типом;
- ураження в лівій півкулі головного мозку;
- в дослідження включались пацієнти з незначною моторною афазією, для яких в процесі ерготерапевтичного втручання використовувалися прості способи комунікації, зважаючи, що вправи виконувалися наочним способом;
- давність інсульту від 1-ого тижня до 1 місяця;
- підвищення м'язового тону за шкалою Ашворт не більше 2-х балів;

Критерій виключення - пацієнти з сенсорною афазією.

Аналіз результатів пацієнтів на попередньому етапі основної групи та контрольної групи за індексом Бартел (таблиця 1): Результати оцінки за індексом Бартела показали, що в основній групі середнє значення становило 35 ± 6.12 балів, а в контрольній групі – 32 ± 9.08 балів. Статистичний аналіз не виявив значущих відмінностей між групами на початковому етапі ($p=0.56$). Це свідчить про те, що функціональна незалежність учасників обох груп на початку дослідження була порівнянною.

Індекс Бартела	Первинне обстеження		P
	Основна група (n=5)	Контрольна група (n=5)	
Показник	35 ± 6.12	32 ± 9.08	0.56

Таблиця 1 - аналіз результатів пацієнтів на попередньому етапі основної групи та контрольної групи за індексом Бартел

Аналіз результатів пацієнтів на попередньому етапі основної групи та контрольної групи за шкалою Фугл-Маєра (таблиця 2): Оцінка моторної функції за шкалою Фугл-Майєра виявила середні значення 24.5 ± 10.15 балів в основній групі та 20.2 ± 8.26 балів у контрольній групі. Статистично значущих відмінностей між групами за цим показником виявлено не було ($p=0.31$).

Щодо чутливості, середня оцінка в основній групі склала 11 ± 0 балів, а в контрольній – 10.2 ± 0.45 балів. Було виявлено статистично значущу різницю між групами за цим показником ($p=0.04$), що може свідчити про дещо вищий рівень чутливості в основній групі на початку дослідження.

Оцінка пасивної амплітуди рухів показала середні значення 18 ± 1.15 градусів в основній групі та 17.8 ± 2.28 градусів у контрольній групі. Статистично значущих відмінностей між групами не виявлено ($p=0.78$).

Середні значення інтенсивності суглобового болю склали 17.6 ± 2.12 балів в основній групі та 17.4 ± 2.07 балів у контрольній групі. Статистичний аналіз не виявив значущих відмінностей між групами за цим показником ($p=0.84$).

Шкала Фугл-Маєра/ Первинне обстеження	Основна група (n=5)	Контрольна група (n=5)	P
Моторна функція	24.5 ± 10.15	20.2 ± 8.26	0.31
Чутливість	11 ± 0	10.2 ± 0.45	0.04
Пасивна амплітуда	18 ± 1.15	17.8 ± 2.28	0.78
Суглобовий біль	17.6 ± 2.12	17.4 ± 2.07	0.84

Таблиця 2 - аналіз результатів пацієнтів на попередньому етапі основної групи та контрольної групи за шкалою Фугл-Маєра

Аналіз результатів пацієнтів на попередньому етапі основної групи та контрольної групи за тестом MoCa (таблиця 3): Результати оцінки когнітивних функцій за шкалою MoCA показали, що середня оцінка в основній групі становила 24.1 ± 2.51 балів, а в контрольній групі – 18.01 ± 3.33 балів. Виявлено статистично значущу різницю між групами за цим показником ($p=0.006$), що свідчить про вищий рівень когнітивних функцій в основній групі на початку дослідження.

Тест МоСа	Первинне обстеження		P
	Основна група (n=5)	Контрольна група (n=5)	
Показник	24.1 ± 2.51	18,01 ± 3,33	0.006

Таблиця 3 - аналіз результатів пацієнтів на попередньому етапі основної групи та контрольної групи за тестом МоСа

Аналіз за COPM: На основі опитувальника COPM було визначено 5 основних активностей, які є проблематичними для осіб основної групи, (наведених нижче у таблиці 4): виконання ранкової гігієни, одягання верхніх та нижніх елементів одягу, приготування їжі (нарізання продуктів, чищення овочів і т.д.), дозвілля (письмо), продуктивна діяльність (прибирання у квартирі/будинку);

Активності, які викликають складнощі їх виконання	Виконання - 1 бал	Задовільність - 1 бал
Виконання ранкової гігієни	1,8	1,2
Одягання верхніх та нижніх елементів одягу	2,8	2,2
Приготування їжі (нарізання продуктів, чищення овочів і т.д.)	1	1
Дозвілля (письмо)	1	1

Продуктивна діяльність (прибирання у квартирі/будинку)	2,8	2
--	-----	---

Таблиця 4 - Середньостатистичні показники первинної оцінки за COPM

Ерготерапевтична інтервенція для осіб середнього віку, які перенесли геморагічний інсульт з правостороннім геміпарезом, вимагає комплексного підходу, що інтегрує оцінку та корекцію когнітивних та моторних порушень. На початковому етапі було проведено детальну оцінку функції верхньої кінцівки, ADL, IADL та когнітивного профілю пацієнта, використовуючи стандартизовані інструменти.

Первинне обстеження виявило статистично значущі відмінності між основною та контрольною групами за показниками чутливості (за шкалою Фугл-Майєра) та когнітивних функцій (за тестом MoCA). Інші показники функціонального стану, такі як загальна функціональна незалежність (індекс Бартела), моторна функція, пасивна амплітуда рухів та суглобовий біль, не мали статистично значущих відмінностей між групами на початку дослідження.

3.2 Алгоритм застосування стратегій когнітивної орієнтації на заняттєву активність для осіб середнього віку після перенесеного ГПМК за геморагічним типом з правостороннім геміпарезом.

Для пацієнтів першої групи було розроблено комплексну програму реабілітації, яка включала блок ерготерапії: терапевтичні вправи, вправи для розвитку дрібної моторики, функціональні вправи з предметами та терапію індукованим обмеженням, яка являє собою виконання заняттєвої активності з іммоболізацією протилежної кінцівки. Пацієнти контрольної групи виконували лише терапевтичні вправи та вправи для дрібної моторики.

При розробці програми ерготерапії враховувалися індивідуальні функціональні порушення верхньої кінцівки у кожного пацієнта.

На основі отриманих даних розробляється індивідуалізований план втручання, що включає постановку реалістичних та вимірюваних цілей у співпраці з пацієнтом та його родиною. Вибір стратегій когнітивної орієнтації базувався на виявлених дефіцитах та включає в себе методи тренування уваги (розбиття завдань на етапи, усунення відволікаючих факторів, використання таймерів), пам'яті (зовнішні допоміжні засоби, повторення, асоціації), виконавчих функцій (планування, вирішення проблем, гнучкість мислення) та просторового сприйняття (орієнтування в просторі, розпізнавання форм).

В основу ерготерапевтичного втручання було покладено біомеханічну рамку практики, спрямовану на функціональне відновлення верхньої кінцівки. Враховувалися такі фактори, що ускладнюють виконання заняттєвої активності: обмеження діапазону рухів, м'язова слабкість, спастичність, синергії, порушення координації та моторного контролю, низький рівень толерантності до навантаження.

З метою збільшення пасивної амплітуди рухів було застосовано комплекс терапевтичних вправ (додаток б), а саме:

Плечовий суглоб:

- Згинання та розгинання
- Відведення та приведення
- Зовнішня та внутрішня ротація

Ліктьовий суглоб:

- Згинання та розгинання

- Супінація та пронація

Променево-зап'ястковий суглоб:

- Тильне та долоне згинання кисті
- Ульнарна та радіальна девіація

П'ястно-фалангові суглоби (основа пальців):

- Згинання та розгинання
- Відведення та приведення

Міжфалангові суглоби (суглоби пальців):

- Згинання та розгинання

Великий палець:

- Відведення та приведення
- Згинання та розгинання

Застосовувався алгоритм терапевтичних вправ, спрямований на збільшення активної амплітуди рухів, покращення моторного контролю, а саме:

Плечовий суглоб:

- Кругові обертання плечима вперед і назад.
- Піднімання і опускання плечей.
- Зведення лопаток.
- Піднімання рук вгору (згинання).
- Опускання рук вниз (розгинання).
- Відведення рук у сторони.
- Приведення рук до тулуба.

- Виконання зовнішньої і внутрішньої ротації (вихідне положення: плечовий суглоб 0°, ліктьовий суглоб 90°)

Ліктьовий суглоб:

- Згинання та розгинання ліктя.
- Пронація та супінація (обертання передпліччя).

Променево-зап'ястковий суглоб:

- Згинання та розгинання (тильне та долонне згинання)
- Ульнарна та радіальна девіація.

Кожна вправа повторювалась 7-12 разів, поступово збільшуючи інтенсивність. На початковому етапі реабілітації деяким пацієнтам було складно самостійно виконувати комплекс терапевтичних вправ, тому ерготерапевт надавав підтримку ураженій верхній кінцівці. Навіть при відновленні повного обсягу рухів ураженої верхньої кінцівки, інсульт може призвести до зниження сили та спритності руки. Це ускладнює виконання таких простих дій, як захоплення та відпускання предметів, перетворюючи звичайні побутові завдання на серйозні випробування.

Алгоритм вправ для дрібної моторики був спрямований на відновлення функціональності кисті, зміцнення м'язів, покращення спритності та координації, а саме:

Вихідне положення пацієнта сидячи за столом, руки знаходяться на столі.

П'ястно-фалангові суглоби (основа пальців):

- **Згинання та розгинання:**
 - Стискання та розтискання пальців у кулак
- **Відведення та приведення:**

- Розведення та приведення пальців разом.

Кругові обертання: Обертання кожного пальця у одну та протилежну сторону.

Міжфалангові суглоби (суглоби пальців):

- **Згинання та розгинання:**

- По черзі згинання кожної фаланги пальця, потім розгинання.

Великий палець:

- **Відведення та приведення:**

- Відведення великого пальця від долоні та приведення

- **Супротив:**

- Почерговий дотик кінчиком великого пальця до кінчика кожного іншого пальця з супротив (стисканням).

- **Згинання та розгинання:**

- Згинання та розгинання великого пальця в кожному суглобі.

Додаткові вправи з інвентарем:

- **Вправи з м'ячами різної пружності, починаючи з самого м'якого:**

- Стискання та розтискання гумового м'яча.
- Катання м'яча по столу вперед-назад і по колу.
- Перекачування м'яча з однієї руки в іншу.

- **Вправи з пластиліном:**

- Стискання пластиліну в долоні.
- Стискання пластиліну кожним пальцем окремо.
- Стискання пластиліну між пальцями.

Наступні вправи були спрямовані на відновлення функціональних навичок, необхідних для повсякденної діяльності, а саме:

Вправи з дрібними предметами:

- **Перекладання дрібних предметів:**
 - Перекладання камінців, гудзиків, намистин, монет з однієї ємності в іншу.
 - Сортування предметів за розміром або кольором.
- **Робота з прищіпками:**
 - Прикріплення та відкріплення паперових купюр за допомогою прищіпок до мотузки або тканини.
- **Ігри з картками:**
 - Перегортання карток, розкладання їх за мастями або номіналами.

Вправи з інвентарем:

- **Гумовий м'ячик:**
 - Стискання та розтискання м'ячика в руці.
 - Катання м'ячика по столу.
- **Терапевтичний пластилін:**
 - Розкачування пластиліну в руках, формування різних фігур.
 - Стискання пластиліну пальцями.
- **Еспандер для кисті:**
 - Стискання еспандера в руці для зміцнення м'язів.
- **Тренажер для пальців:**
 - Використання спеціальних тренажерів для розвитку дрібної моторики.

Побутові завдання:

- **Одягання та роздягання верхніх та нижніх елементів одягу:**

- Застібання гудзиків, блискавок, зав'язування шнурків, одягання.
- **Використання столових приладів:**
 - Тримання ложки, виделки, ножа, наливання води з чайника, переливання та пересипання рідин у різні ємності.
- **Особиста гігієна:**
 - Догляд за ротовою порожниною рота (чищення зубів, використання зубної ниті), розчісування волосся.
- **Приготування їжі:**
 - Нарізання продуктів, овочів, фруктів, приготування простих страв з використанням різної техніки.
- Використання прищіпок та пінцету для розвитку пінцетного захвату.

Особливу увагу було приділено тернуванню всіх хватів (додаток 5), а саме:

1. **Ульнарний захват. Вправа:** Утримання важких предметів (наприклад, молоток, гайковий ключ) з акцентом на ульнарну сторону кисті.
2. **Радіальний захват. Вправа:** Утримання дрібних предметів (наприклад, олівець, виделка) з акцентом на радіальну сторону кисті.

Залучення через заняттєву активність: протирання пилю зі стін, витирання скла, чищення зубів з фіксацією передпліччя допомагає поєднувати тренування ульнарного та радіального хвату.

3. **Пінцетний захват. Вправа:** Піднімання та сортування дрібних предметів (наприклад, намистинки, гудзики, монетки) кінчиками великого та вказівного пальців.
4. **Щипковий захват. Вправа:** Утримання предметів (наприклад, боби фасолі, намистини) між великим та іншими пальцями.
5. **Щипковий широкий захват. Вправа:** імітація сортування колоди карт.

6. **5-ти циліндричний захват. Вправа:** Утримання циліндричних предметів (наприклад, склянка, пляшка) всіма пальцями, переливання рідини з пляшки у іншу ємність.
7. **Циліндричний в кулак захват. Вправа:** Утримання циліндричних предметів (наприклад, молоток) в кулаці та імітація забивання цвяхів у дощечку за допомогою терапевтичного пластиліну.
8. **Циліндричний двома руками захват. Вправа:** Утримання великих циліндричних предметів (наприклад, скалка, велика чашка об'ємом 0,5 л) обома руками. Вижимання вологого одягу, використання сіта для борошна).
9. **5-ти сферичний долонний захват. Вправа:** Утримання сферичних предметів (наприклад, м'яч, яблуко) в долоні. Утримання та сортування предметів сферичної форми різної ваги.
10. **Ключовий (латеральний) захват. Вправа:** Утримання плоских предметів (наприклад, ключ, картка) між великим та вказівним пальцями.
11. **Центровано-пальцевий захват. Вправа:** Утримання предметів (наприклад, кубик, кулька, застібки) центральними пальцями. Виконання центрально-пальцевого захвату з додатковим стисканням в кулак та діагональним зміщенням.
12. **Центровано-діагональне в кулак захват. Вправа:**
13. **Гачковий захвати. Вправа:** Утримання предметів (наприклад, ручка сумки, гачок) гачкоподібним захватом. Перенесення пакету різної ваги.
14. **Гачковий захват у кулак.** Виконання гачкового захвату з додатковим стисканням у кулак. За допомогою чашки набирати у ємність боби та пересипати їх.
15. **Міжпальцевий захват. Вправа:** Утримання предметів (наприклад, паличка, олівець, карта) між двома пальцями.

16. Пучково площиний захват. Вправа: Утримування плоских предметів (дерев'яна пластина, тонкі зошити) чотирма пальцями опозиційно до великого пальця.

17. Пальці-тенор захват. Вправа: Утримання дерев'яної основи, витирання маркерної дошки магнітною губкою для сухої очістки.

18. Динамічний захват. Вправа: Виконання динамічних рухів (наприклад, використання ножиць), вирізання різних форм на аркуші паперу.

Ігнорування паретичної верхньої кінцівки може призвести до розвитку вторинних м'якотканинних змін, таких як атрофія та контрактури, що суттєво обмежує функціональний потенціал ураженої кінцівки. Терапія, індукована обмеженням (ТІО), визнана ефективним ерготерапевтичним втручанням для пацієнтів з помірним парезом верхньої кінцівки. Модифікований протокол ТІО передбачає застосування рукавички для обмеження неураженої кінцівки, з адаптованими режимами дозування, враховуючи гостру фазу захворювання пацієнтів. Програма передбачала тригодинні щоденні сесії під наглядом членів сім'ї або опікунів, які пройшли навчання у ерготерапевта.

Ерготерапевт навчав родичів або опікунів щодо ефективного застосування ТІО, наголошуючи на необхідності стимулювання пацієнта до виконання різноманітних функціональних завдань ураженою верхньою кінцівкою. Це включає в себе завдання, спрямовані на відновлення навичок особистої гігієни, одягання/роздягання, використання столових приладів, приготування простих напоїв, переливання рідини з різних ємностей, виконання дрібних моторних завдань (наприклад, використання прищіпок) та відкривання дверей.

Активні тренування в рамках ТІО базуються на принципах цілеспрямованого моторного навчання. Ерготерапевт розробляв

індивідуалізований комплекс вправ, відповідним за рівнем складності, на початку курсу ТІО. Прогресія вправ передбачала поступове збільшення складності та швидкості виконання. Ерготерапевт здійснював моніторинг виконання ТІО двічі на тиждень, забезпечуючи зворотній зв'язок та корекцію програми.

Застосування стратегій когнітивної орієнтації інтегрується з тренуванням компенсаторних стратегій для правостороннього геміпарезу. Це включало в себе навчання використанню неураженої лівої руки, адаптацію технік виконання завдань та використання допоміжних пристроїв. Адаптація середовища, така як організація простору та використання спеціалізованого обладнання, є важливим компонентом втручання.

Моніторинг прогресу здійснювався шляхом регулярної оцінки виконання завдань та відстеження змін у когнітивних функціях. План втручання коригувався залежно від прогресу пацієнта, з акцентом на підтримку мотивації та залучення родини до процесу реабілітації.

Навчання родичів та опікунів є невід'ємною частиною ерготерапевтичного процесу. Вони отримували інформацію про когнітивні дефіцити та їх вплив на функціональну незалежність пацієнта, а також навчаються стратегіям підтримки та адаптації середовища.

Ключовими принципами втручання була індивідуалізація, поступове збільшення складності завдань, регулярність та систематичність тренувань, а також тісна співпраця між ерготерапевтом, пацієнтом та його родиною.

1. Стратегії для покращення уваги:

- **Розбиття завдань на короткі етапи:**

- Ця стратегія допомагає зменшити когнітивне навантаження та покращити концентрацію.

- Наприклад, при навчанні приготуванню їжі, процес розбивається на окремі кроки: нарізання овочів, варіння, сервірування.
- **Усунення відволікаючих факторів:**
 - Створення спокійного та організованого середовища для занять.
 - Використання навушників з шумозаглушенням, організація робочого місця без зайвих предметів.
- **Використання таймера для контролю часу:**
 - Встановлення часових рамок для виконання завдань, щоб покращити концентрацію та ефективність.
 - Використання техніки "Pomodoro" (25 хвилин роботи, 5 хвилин відпочинку).

2. Стратегії для покращення пам'яті:

- **Використання зовнішніх допоміжних засобів:**
 - Застосування щоденників, календарів, нагадувань на телефоні для запису важливої інформації та планів.
 - Використання чек-листів для виконання послідовних завдань.
- **Повторення та закріплення інформації:**
 - Регулярне повторення нової інформації для покращення її запам'ятовування.
 - Використання методів активного пригадування (тестування себе).
- **Використання асоціацій та образів:**
 - Створення візуальних образів та асоціацій для полегшення запам'ятовування інформації.
 - Використання методів мнемоніки.

3. Стратегії для покращення виконавчих функцій:

- **Навчання плануванню та організації дій:**
 - Розробка планів дій для виконання складних завдань.
 - Використання методів "mind mapping" для візуалізації планів.
- **Розвиток навичок вирішення проблем:**
 - Навчання аналізу проблем та пошуку ефективних рішень.
 - Використання методу "SWOT-аналізу".

Абревіатура SWOT розшифровується так:

- **S (Strengths):** Сильні сторони — внутрішні фактори, які дають перевагу.
- **W (Weaknesses):** Слабкі сторони — внутрішні фактори, які можуть перешкоджати досягненню мети.
- **O (Opportunities):** Можливості — зовнішні фактори, які можна використати для досягнення мети.
- **T (Threats):** Загрози — зовнішні фактори, які можуть перешкоджати досягненню мети.

Основні цілі SWOT-аналізу:

- Визначення ключових факторів, що впливають на ситуацію.
- Оцінка поточного стану та перспектив.
- Розробка стратегій для використання сильних сторін і можливостей, а також для мінімізації слабких сторін і загроз.
- **Тренування гнучкості мислення:**
 - Виконання завдань, що вимагають адаптації до змін та пошуку альтернативних рішень.
 - Використання ігор та головоломок.

4. Стратегії для покращення просторового сприйняття:

- **Тренування орієнтування в просторі:**
 - Виконання завдань, що вимагають орієнтування в приміщенні та на вулиці.
 - Використання карт та навігаційних додатків.
- **Вправи на розпізнавання форм та розмірів:**
 - Виконання завдань з сортування предметів за формою та розміром.
 - Використання конструкторів та пазлів.
- **Використання візуальних підказок:**
 - Використання кольорових позначок та схем для полегшення орієнтування в просторі.

5. Адаптація середовища:

- **Організація простору для полегшення виконання завдань:**
 - Розміщення необхідних предметів у легкодоступних місцях.
 - Використання органайзерів та контейнерів.
- **Використання допоміжних засобів:**
 - Застосування спеціального посуду, пристосувань для одягання, засобів для письма.
 - Використання допоміжних технологій.

6. Тренування стратегій компенсації:

- **Навчання використанню не ураженої лівої руки:**
 - Тренування виконання завдань лівою рукою.
 - Використання технік одорукого виконання завдань.
- **Використання допоміжних пристроїв:**

- Застосування ортезів, бандажів, допоміжних пристроїв для письма та виконання побутових завдань.
- **Адаптація технік виконання завдань:**
 - Навчання модифікованим методам виконання завдань з урахуванням рухових обмежень.

Заняття тривали 30-45 хвилин 2 рази в день на протязі 7 тижнів, 4 тижні на стаціонарному лікуванні і 3 тижні в домашніх умовах під контролем ерготерапевта.

Ерготерапевтичні втручання розпочиналися лише після стабілізації загального стану пацієнтів, нормалізації артеріального тиску та частоти серцевих скорочень у спокої. Заняття тривали 30-45 хвилин двічі на день протягом семи тижнів: чотири тижні у стаціонарі та три тижні вдома під наглядом ерготерапевта.

3.3 Ефективність алгоритму застосування втручань та обговорення отриманих результатів після впроваджених ерготерапевтичних втручань.

Ефективність ерготерапевтичного втручання, спрямованого на відновлення функцій верхньої кінцівки, оцінювалася шляхом порівняльного аналізу результатів стандартизованих тестів, проведених до та після 7-тижневого курсу реабілітації у контрольній та основній групах.

Результати дослідження продемонстрували позитивну динаміку відновлення в обох групах, проте пацієнти основної групи, які отримали інтенсивніше ерготерапевтичне втручання, показали значно кращі результати, що підтверджує ефективність запропонованого підходу.

P-значення менше ніж 0.05 свідчать про статистично значущу різницю між основною та контрольною групами на відповідному етапі обстеження.

Результати дослідження за індексом Бартел.

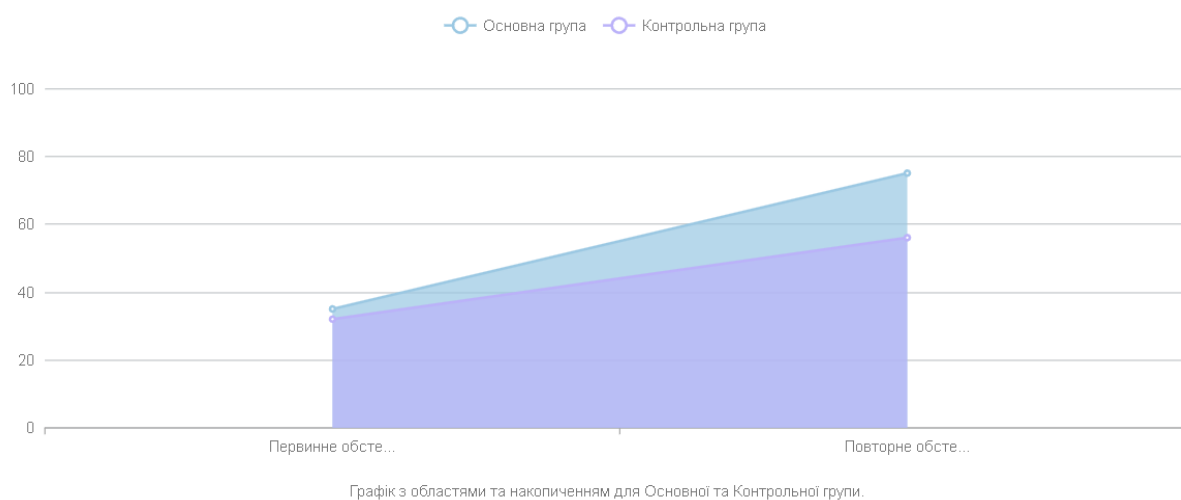
Обстеження за шкалою Бартел дало змогу оцінити вплив використаної терапії на АПЖ. Результати дослідження за клінічною шкалою оцінки Бартел після проведення ерготерапевтичного втручання представлено у таблиці.

За індексом Бартела статистично значущої різниці між групами на первинному обстеженні не виявлено, але на повторному обстеженні різниця стала статистично значущою (таблиця 5).

- **Первинне обстеження:** Показники індексу Бартела між основною (35 ± 6.12) та контрольною (32 ± 9.08) групами статистично не відрізняються ($p = 0.56$).
- **Повторне обстеження:** В обох групах спостерігається значне покращення функціональної незалежності, але основна група (75 ± 3.54) демонструє значно кращі результати порівняно з контрольною групою (56 ± 6.52), і ця різниця є високо статистично значущою ($p = 0.001$).

Індекс Бартела	Первинне обстеження		P	Повторне обстеження		P
	Основна група (n=5)	Контроль ьна група		Основна група (n=5)	Контрольн а група (n=5)	

		група (n=5)				
Показни		32 ±				0.001
к	35 ± 6.12	9.08	0.56	75 ± 3.54	56 ± 6.52	



Таблиця 5 - показники первинної та повторної оцінки за індексом Бартел.

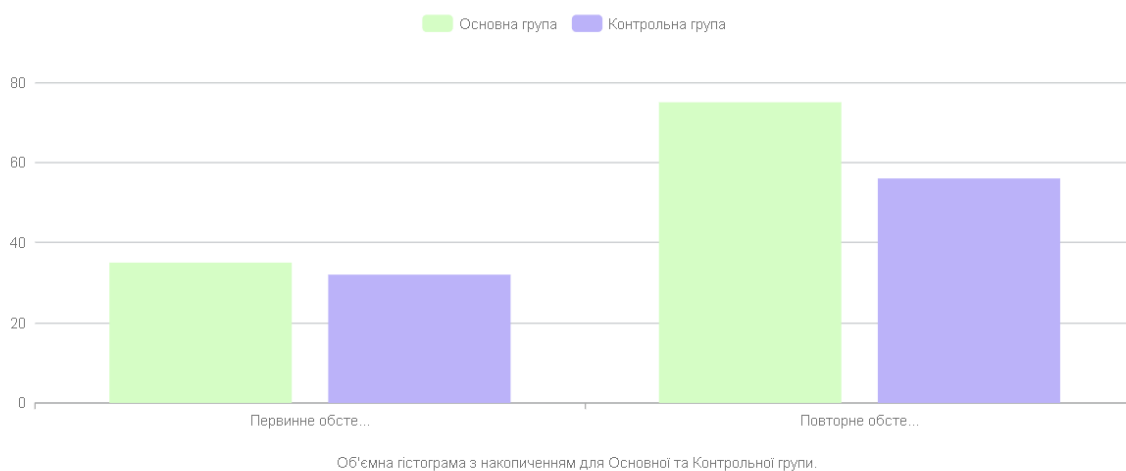
У тесті МоСа статистично значущі відмінності між групами спостерігалися як на первинному, так і на повторному обстеженнях (таблиця 6).

Результати дослідження за тестом МоСа:

- **Первинне обстеження:** Основна група (24.1 ± 2.51) показала статистично значущо кращі результати у тесті МоСа порівняно з контрольною групою (18.01 ± 3.33) ($p = 0.006$).
- **Повторне обстеження:** В обох групах спостерігається незначне покращення. Основна група (26.6 ± 2.07) продовжує демонструвати дещо кращі результати порівняно з контрольною групою (22.8 ± 2.77), і різниця є статистично значущою на рівні $p < 0.05$ ($p = 0.031$).

Тест	Первинне обстеження	P	Повторне обстеження	P
МоСа				

				Основна група (n=5)	Контрольна група (n=5)	
	Основна група (n=5)	Контрольна група (n=5)				
Показник	24.1 ± 2.51	18,01 ± 3,33	0.006	26.6 ± 2.07	22.8 ± 2.77	0.031 (p < 0.05).



Таблиця 6 - показники первинної та повторної оцінки за тестом MoCa

Результати дослідження за шкалою Фугла-Майєра: У шкалі Фугл-Маєра на первинному обстеженні статистично значуща різниця між групами спостерігалася лише за показником чутливості. На повторному обстеженні значущі відмінності виявлено за показниками чутливості та суглобового болю (таблиця 7).

- **Первинне обстеження:**

- **Моторна функція:** Основна група (24.5 ± 10.15) показала дещо вищі результати, ніж контрольна група (20.2 ± 8.26), але різниця статистично не значуща ($p = 0.31$).
- **Чутливість:** Основна група (11 ± 0) мала вищі показники чутливості порівняно з контрольною групою (10.2 ± 0.45), і ця різниця є статистично значущою ($p = 0.04$).
- **Пасивна амплітуда:** Результати між основною (18 ± 1.15) та контрольною (17.8 ± 2.28) групами практично не відрізняються ($p = 0.78$).
- **Суглобовий біль:** Показники суглобового болю також схожі між основною (17.6 ± 2.12) та контрольною (17.4 ± 2.07) групами ($p = 0.84$).
- **Повторне обстеження:**
 - **Моторна функція:** В обох групах спостерігається покращення, але основна група (34.6 ± 7.89) демонструє значно кращі результати, ніж контрольна група (27 ± 7.21), хоча різниця статистично не значуща ($p = 0.11$).
 - **Чутливість:** Основна група (12 ± 0) продовжує показувати вищі результати чутливості порівняно з контрольною групою (11 ± 0), і ця різниця є високо статистично значущою ($p < 0.001$).
 - **Пасивна амплітуда:** Основна група (23 ± 1.73) показує дещо більшу пасивну амплітуду рухів порівняно з контрольною групою (21 ± 1.73), але різниця не є статистично значущою ($p = 0.08$).
 - **Суглобовий біль:** В обох групах спостерігається зменшення суглобового болю, але основна група (23 ± 1) демонструє дещо нижчі показники болю порівняно з контрольною групою (21 ± 1.41), і ця різниця є статистично значущою ($p = 0.03$).

Шкала Фугл-Маєра/ Первинне обстеження	Основна група (n=5)	Контрольна група (n=5)	Р	Повторне обстеження	Основна група (n=5)	Контрольна група (n=5)	Р
Моторна функція	24.5 ± 10.15	20.2 ± 8.26	0.31	Моторна функція	34.6 ± 7.89	27 ± 7.21	0.11
Чутливість	11 ± 0	10.2 ± 0.45	0.04	Чутливість	12 ± 0	11 ± 0	<0.001
Пасивна амплітуда	18 ± 1.15	17.8 ± 2.28	0.78	Пасивна амплітуда	23 ± 1.73	21 ± 1.73	0.08
Суглобовий біль	17.6 ± 2.12	17.4 ± 2.07	0.84	Суглобовий біль	23 ± 1	21 ± 1.41	0.03



Дискретна діаграма з областями та накопленнями для основної та контрольної груп.

Таблиця 6 - показники первинної та повторної оцінки за шкалою Фугла-Маєра.

Результати дослідження за шкалою Фугла-Майєра: У шкалі Фугла-Майєра на первинному обстеженні статистично значуща різниця між групами спостерігалася лише за показником чутливості. На повторному обстеженні значущі відмінності виявлено за показниками чутливості та суглобового болю.

● **Первинне обстеження:**

- **Моторна функція:** Основна група (24.5 ± 10.15) показала дещо вищі результати, ніж контрольна група (20.2 ± 8.26), але різниця статистично не значуща ($p = 0.31$).
- **Чутливість:** Основна група (11 ± 0) мала вищі показники чутливості порівняно з контрольною групою (10.2 ± 0.45), і ця різниця є статистично значущою ($p = 0.04$).
- **Пасивна амплітуда:** Результати між основною (18 ± 1.15) та контрольною (17.8 ± 2.28) групами практично не відрізняються ($p = 0.78$).
- **Суглобовий біль:** Показники суглобового болю також схожі між основною (17.6 ± 2.12) та контрольною (17.4 ± 2.07) групами ($p = 0.84$).

● **Повторне обстеження:**

- **Моторна функція:** В обох групах спостерігається покращення, але основна група (34.6 ± 7.89) демонструє значно кращі результати, ніж контрольна група (27 ± 7.21), хоча різниця статистично не значуща ($p = 0.11$).
- **Чутливість:** Основна група (12 ± 0) продовжує показувати вищі результати чутливості порівняно з контрольною групою (11 ± 0), і ця різниця є високо статистично значущою ($p < 0.001$).

- **Пасивна амплітуда:** Основна група (23 ± 1.73) показує дещо більшу пасивну амплітуду рухів порівняно з контрольною групою (21 ± 1.73), але різниця не є статистично значущою ($p = 0.08$).
- **Суглобовий біль:** В обох групах спостерігається зменшення суглобового болю, але основна група (23 ± 1) демонструє дещо нижчі показники болю порівняно з контрольною групою (21 ± 1.41), і ця різниця є статистично значущою ($p = 0.03$).

Результати дослідження за COPM:

Таблиця відображає середньостатистичні показники первинної та повторної оцінки за шкалою COPM для різних видів повсякденної діяльності, які викликають складнощі у виконанні. Оцінка проводилася за двома параметрами: Виконання (1-6 балів, де 1 - дуже складно/незадовільно, а 6 - легко/задовільно) та Задоволеність (1-7 балів, де 1 - зовсім незадоволений, а 7 - повністю задоволений) (таблиця 8)..

Загальні тенденції:

- Для всіх перелічених активностей спостерігається **покращення показників Виконання** від первинної оцінки до повторної. Це свідчить про позитивний вплив втручання або природного відновлення здатності виконувати ці дії.
- Аналогічно, для всіх активностей відзначається **зростання рівня Задоволеності** після повторної оцінки. Це може бути пов'язано як з покращенням фактичного виконання, так і зі зміною сприйняття складності завдання або підвищенням впевненості у власних силах.

Аналіз окремих активностей:

- **Виконання ранкової гігієни:** Покращення Виконання з 1,8 до 6 балів є значним, що свідчить про великий прогрес у здатності самостійно здійснювати ці дії. Задоволеність також зросла з 1,2 до 7 балів, вказуючи на високий рівень задоволення від досягнутого результату.
- **Одягання верхніх та нижніх елементів одягу:** Покращення Виконання з 2,8 до 6,1 балів також є суттєвим. Задоволеність зросла з 2,2 до 7 балів, що відображає високий рівень задоволення.
- **Приготування їжі (нарізання продуктів, чищення овочів і т.д.):** Покращення Виконання з 1 до 5,9 балів є значним. Задоволеність зросла з 1 до 6,8 балів, що свідчить про позитивні зміни у сприйнятті та здатності виконувати ці завдання.
- **Дозвілля (письмо):** Покращення Виконання з 1 до 5,8 балів є значним. Задоволеність зросла з 1 до 5,9 балів. Хоча рівень задоволеності після повторної оцінки є високим, він трохи нижчий порівняно з іншими активностями. Це може вказувати на те, що, незважаючи на покращення виконання, можуть залишатися певні аспекти, які впливають на повне задоволення від цього виду дозвілля.
- **Продуктивна діяльність (прибирання у квартирі/будинку):** Покращення Виконання з 2,8 до 6 балів є значним. Задоволеність зросла з 2 до 7 балів, що вказує на високий рівень задоволення від здатності виконувати цю діяльність.

Активності, які викликають складнощі їх виконання	Виконання - 1 бал	Задовільність - 1 бал	Виконання - 6 балів	Задоволеність - 7 балів
Виконання ранкової гігієни	1,8	1,2	6	7

Одягання верхніх та нижніх елементів одягу	2,8	2,2	6,1	7
Приготування їжі (нарізання продуктів, чищення овочів і т.д.)	1	1	5,9	6,8
Дозвілля (письмо)	1	1	5,8	5,9
Продуктивна діяльність (прибирання у квартирі/будинку)	2,8	2	6	7

Таблиця 8 - Середньостатистичні показники первинної та повторної оцінки за COPM

Узагальнюючи, в більшості досліджуваних показників спостерігається тенденція до кращих результатів в основній групі порівняно з контрольною, особливо після повторного обстеження. Деякі з цих відмінностей є статистично значущими, що свідчить про потенційний вплив втручання, яке застосовувалося до основної групи.

ВИСНОВКИ

Критичний аналіз науково-практичної літератури був проаналізований, що ранній початок ерготерапевтичного втручання є ключовим фактором у запобіганні вторинним ускладненням після геморагічного порушення мозкового кровообігу (ГПМК). Ініціювання ерготерапії протягом перших двох тижнів після інсульту значно підвищує ймовірність відновлення рухових функцій паретичної кінцівки, тоді як затримка початку реабілітації понад місяць суттєво знижує прогноз відновлення.

Ерготерапевтичний процес базується на комплексному оцінюванні, що включає первинну та повторну оцінку функціонального стану пацієнта. Ерготерапевт спільно з пацієнтом визначає індивідуальні потреби, враховуючи особистісні можливості, особливості середовища та труднощі, що виникають у повсякденній діяльності. Оцінювання включає використання стандартизованих інструментів, що відповідають Міжнародній класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ). Особлива увага приділяється аналізу рухового відновлення верхньої кінцівки, а також адаптації середовища для оптимізації функціональної незалежності. Ерготерапевтичні втручання включають маніпуляції з різноманітними предметами, що відрізняються текстурою, формою та розміром, з метою активізації м'язових груп різного ступеня ураження. Вправи розробляються з урахуванням біомеханічних принципів, індивідуальних рухових можливостей та клінічної картини пацієнта, з поступовим збільшенням інтенсивності та обсягу рухів. Для підвищення витривалості застосовуються високоповторювані рухи з низькою інтенсивністю.

Результати дослідження підтверджують ефективність розробленого ерготерапевтичного алгоритму для відновлення функцій верхньої кінцівки

у пацієнтів з ГПМК. Пацієнти основної групи продемонстрували значне покращення функціональних показників верхньої кінцівки та підвищення незалежності в повсякденній діяльності порівняно з контрольною групою. Результати проведеного дослідження чітко демонструють ефективність інтенсивнішого ерготерапевтичного втручання у відновленні функцій верхньої кінцівки у пацієнтів основної групи. Хоча в обох групах спостерігалася позитивна динаміка, основна група показала значно кращі результати за більшістю досліджуваних показників після 7-тижневого курсу реабілітації. Це підтверджує гіпотезу про те, що запропонований алгоритм застосування ерготерапевтичних втручань є дієвим.

Індекс Бартела: На початковому етапі функціональна незалежність в обох групах була порівнянною. Однак після втручання основна група продемонструвала значне та статистично значуще покращення у виконанні повсякденних дій порівняно з контрольною групою. Це свідчить про те, що інтенсивніше ерготерапевтичне втручання ефективніше впливає на підвищення рівня самостійності пацієнтів у побуті.

Тест МоСА: На первинному обстеженні основна група вже мала статистично значущо кращі когнітивні функції. Після втручання в обох групах спостерігалася незначне покращення, і основна група зберегла статистично значущу перевагу над контрольною. Хоча покращення в обох групах були невеликими, це може вказувати на позитивний, хоча й не основний, вплив ерготерапії на когнітивні функції або ж на природну динаміку відновлення.

Шкала Фугл-Майєра: Моторна функція: Хоча на повторному обстеженні основна група показала кращі результати, різниця не досягла статистичної значущості. Це може свідчити про те, що для досягнення статистично значущих змін у моторній функції може знадобитися більш тривалий або

інтенсивний курс втручання. Чутливість: Основна група мала статистично значущо вищі показники чутливості як на первинному, так і на повторному обстеженнях, причому на повторному обстеженні різниця стала ще більш значущою. Це підкреслює позитивний вплив інтенсивнішої ерготерапії на відновлення сенсорних функцій верхньої кінцівки. Пасивна амплітуда рухів: Хоча на повторному обстеженні в основній групі спостерігалася тенденція до більшої амплітуди, різниця не була статистично значущою. Суглобовий біль: На повторному обстеженні в основній групі спостерігалася статистично значуще зменшення суглобового болю порівняно з контрольною групою. Це вказує на те, що запропоноване ерготерапевтичне втручання може бути ефективним у зменшенні больового синдрому.

Канадська оцінка виконання діяльності (COPM): Аналіз якісних даних, отриманих за допомогою COPM, демонструє значне покращення як у виконанні, так і в задоволеності пацієнтів основної групи у всіх досліджуваних видах повсякденної діяльності, які раніше викликали труднощі. Це підкреслює практичну значущість застосованого ерготерапевтичного втручання для покращення якості життя та самостійності пацієнтів у виконанні важливих для них занять.

Отримані результати узгоджуються з попередніми дослідженнями, які підтверджують ефективність інтенсивної ерготерапії у відновленні функцій верхньої кінцівки. Статистично значущі покращення в основній групі за індексом Бартела, чутливістю та суглобовим болем, а також позитивна динаміка за іншими показниками, свідчать про переваги запропонованого алгоритму втручань.

Важливо зазначити, що, незважаючи на невелику вибірку ($n=5$ в кожній групі), отримані статистично значущі відмінності є вагомим аргументом на

користь ефективності досліджуваного підходу. Покращення, зафіксовані за допомогою СОРМ, особливо підкреслюють важливість ерготерапевтичного втручання для досягнення значущих для пацієнта результатів у виконанні щоденних занять.

Список використаної літератури

1. Choi Y, et al. Upper limb motor function assessment index based on stroke classification using electroencephalography. *J Phys Ther Sci*. 2018 серп.;30(8):1061-5. Available from 3: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6152929/> doi:10.1589/jpts.30.1061. Epub 2018 серп. 7. PMID: 30154745; PMCID: PMC6152929.
2. Shao M, et al. A Scoping Review of TMS Studies Investigating Motor Function and Motor Cortical Plasticity in Stroke Patients. *Front Hum Neurosci* [Internet]. 2021;15:645209. Available from 3: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnhum.2021.645209/full> doi: 10.3389/fnhum.2021.645209. PMID: 33746760; PMCID: PMC7975834.
3. Wang L, et al. Effect of transcranial magnetic stimulation on motor recovery in patients with stroke: a meta-analysis. *J Neuroeng Rehabil* [Internet]. 2015;12:56. Available from 3: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2405650215000052> doi: 10.1186/s12984-015-0048-y. PMID: 25880377; PMCID: PMC4372669.
4. Kim K, et al. Effects of Virtual Reality Training Using Xbox Kinect on Motor Function in Stroke Survivors: A Preliminary Study. *PM R* [Internet]. 2020;12(12):1242-9. Available from 3: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7760442/> doi: 10.1002/pmrj.12344. Epub 2020. PMID: 32672881; PMCID: PMC7760442.
5. Li X, et al. The Effect of Acupuncture on the Motor and Nonmotor Symptoms of Parkinson's Disease: A Meta-Analysis. *Front Hum Neurosci* [Internet]. 2020 ;14:323. Available from 3:

- <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnhum.2020.00323/full> doi: 10.3389/fnhum.2020.00323. PMID: 32322251; PMCID: PMC7166227.
6. Aguiar LT, et al. Assessment of global motor performance and cognitive processing speed in patients with ischemic stroke: A cross-sectional study. *J Clin Neurosci* [Internet]. 2018;53:182-6. Available from 3: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0304394018304506> doi: 10.1016/j.jocn.2018.03.017. Epub 2018 квіт. 11. PMID: 29656805.
 7. Kocayigit H, et al. The relationship between functional capacity and postural stability in patients with chronic stroke. *Acta Orthop Traumatol Turc* [Internet]. 2022;56(2):154-9. Available from 3: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33817339/> doi: 10.5152/j.aott.2022.20057. PMID: 33817339.
 8. Nurseslabs. Cerebrovascular Accident (Stroke) [Internet]. . Available from 3: <https://nurseslabs.com/cerebrovascular-accident-stroke/>
 9. Chen Y, Cheng D, Zhang C, et al. Integrated analysis of mRNA and miRNA expression profiles reveals the potential roles of sex-biased miRNA-mRNA pairs in adult mouse heart injury. *Genes (Basel)* [Internet]. 2019;10(4):269. Available from 3: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6457594/>
 10. Crawford JD, Liu CC, Murphy ME, et al. A meta-analysis of cognitive functioning in nondemented adults with type 2 diabetes mellitus. *Can J Diabetes* [Internet]. 2018;42(4):320-7. Available from 3: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5914261/>
 11. Landahl K. Cognition and executive functions in aging and vascular disease [дисертація] [Internet]. Stockholm (Sweden): Karolinska Institutet; 2018. Available from 3: https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/47469/Thesis_Kristina_Landahl.pdf?sequence=3&isAllowed=y

12. American Stroke Association. Cognitive Challenges Post-Stroke [Internet]. Available from 3: <https://www.stroke.org/en/about-stroke/effects-of-stroke/cognitive-effects>
13. Law M, Baptiste S, McColl M, Opzoomer A, Polatajko H, Pollock N. The Canadian occupational performance measure: an outcome measure for occupational therapy. *Can J Occup Ther.* 1990.;57(2):82-7. doi: 10.1177/000841749005700207.
14. Gibson E, Koh C-L, Eames S, Bennett S, Scott AM, Hoffmann TC. Occupational therapy for cognitive impairment in stroke patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2022 ;3. Available from 3: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8962963/pdf/CD006430.pdf> doi: 10.1002/14651858.CD006430.pub3.
15. buffalooccupationaltherapy.com. OT Goals Database: Occupational Therapy Goals [Internet]. OT Goals for Cognition. Available from 3: <https://www.buffalooccupationaltherapy.com/ot-goals-database-occupational-therapy-goals/ot-goals-for-cognition/#:~:text=Cognitive%20remedial%20therapy%20aims%20to,manage%20daily%20tasks%20and%20responsibilities>.
16. Edemekong PF, Bomgaars DL, Sukumaran S, Schoo C. Activities of Daily Living [Internet]. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. Available from 3: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470404/>
17. Doucet BM, Franc I. Occupational Therapy to Improve Activities of Daily Living of People With Parkinson's Disease. *Am J Occup Ther* [Internet]. 2023 ;77(2):7702205010. Available from 3: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36795374/> doi: 10.5014/ajot.2023.050233.

18. Gibson E, Koh C-L, Eames S, Bennett S, Scott AM, Hoffmann TC. Occupational therapy for cognitive impairment in stroke patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2022 ;3:CD006430. Available from 3: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35349186/> doi: 10.1002/14651858.CD006430.pub3.
19. García-Pérez P, Rodríguez-Martínez MC, Lara JP, de la Cruz-Cosme C. Early Occupational Therapy Intervention in the Hospital Discharge after Stroke. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 ;18(24):12877. Available from 3: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34948486/> doi: 10.3390/ijerph182412877.
20. Rodríguez-Bailón M, López-González L, Merchán-Baeza JA. Client-centred practice in occupational therapy after stroke: A systematic review. *Scand J Occup Ther* [Internet]. 2021 ;28(7):485-97. Available from 3: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33353470/> doi: 10.1080/11038128.2020.1856181.
21. Hildebrand MW, Geller D, Proffitt R. Occupational Therapy Practice Guidelines for Adults With Stroke. *Am J Occup Ther* [Internet]. 2023; 77(5):7705195010. Available from 3: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37862268/> doi: 10.5014/ajot.2023.077501.
22. Govender P, Kalra L. Benefits of occupational therapy in stroke rehabilitation. *Expert Rev Neurother*. 2007; 7(8):1013-20. doi: 10.1586/14737175.7.8.1013.
23. García-Pérez P, Rodríguez-Martínez MC, Gallardo-Tur A, Blanco-Reina E, de la Cruz-Cosme C, Lara JP. Early Occupational Therapy Intervention post-stroke (EOTIPS): A randomized controlled trial. *PLoS One* [Internet]. 2024; 19(6):e0308800. Available from 3: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39159190/> doi: 10.1371/journal.pone.0308800.

24. McPherson KM, Ellis-Hill C. Occupational therapy after stroke. *BMJ* [Internet]. 2007; 335(7628):980-1. Available from 3: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17974650/> doi: 10.1136/bmj.39370.600729.BE.
25. Legg LA, Drummond AE, Langhorne P. Occupational therapy for patients with problems in activities of daily living after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2006 ;(4):CD003585. Available from 3: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17054178/> doi: 10.1002/14651858.CD003585.pub2.
26. O'Sullivan SB, Schmitz TJ. *Stroke Rehabilitation: A Function-Based Approach*. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2019.
27. Radomski MV, Trombly Latham CA. *Occupational Therapy for Stroke Survivors*. 5th ed. Hoboken (NJ): John Wiley & Sons; 2018.
28. Cramer SC. *Neuroplasticity and Rehabilitation*. Cambridge (MA): MIT Press; 2017.
29. Ownsworth T, Clare L. *Cognitive Rehabilitation for Neurological Conditions*. Hove (UK): Psychology Press; 2016.
30. Page SJ. *Hemiparesis After Stroke: Assessment and Treatment*. New York: Demos Medical Publishing; 2015.
31. Wolf SL, Winstein CJ. *Constraint-Induced Movement Therapy: A Clinical Guide*. 2nd ed. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2014.
32. Bernhardt J, Collier JM. *Stroke Recovery and Rehabilitation*. Cambridge (UK): Cambridge University Press; 2013.
33. Young JG, Forster A. *Occupational Therapy in Acute Stroke Care*. Chichester (UK): Wiley-Blackwell; 2012.
34. Krakauer JW, Carmichael ST. *Motor Learning and Stroke Rehabilitation*. Cambridge (UK): Cambridge University Press; 2011.
35. Pollock A, Hazelton C. The Role of Occupational Therapy in Stroke Rehabilitation. In: Barnes MP, ..., Dobkin BH, ..., редакторы. *Stroke*

- Rehabilitation. Cambridge (UK): Cambridge University Press; 2010. c. 165-83.
36. Stein RB, Popovic MR. Functional Electrical Stimulation for Stroke Rehabilitation. Boca Raton (FL): CRC Press; 2009.
37. Laver KE, George S. Virtual Reality in Stroke Rehabilitation. In: Levin MF, ..., редактор. Virtual Reality in Rehabilitation. Berlin: Springer; 2008. c. 139-56.
38. Langhorne P, Coupar F. Task-Oriented Training for Stroke Rehabilitation. In: Greenwood RJ, Barnes MP. Neurological Rehabilitation. London: Taylor & Francis; 2007. c. 315-25.
39. Hendrickson J, Smits E. Upper Limb Rehabilitation After Stroke. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2006.
40. Mayo NE, Wood-Dauphinee S. Stroke Rehabilitation: Evidence-Based Practice. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2005.
41. Raine S, Meadows L. The Bobath Concept in Stroke Rehabilitation. London: Whurr Publishers; 2004.
42. Turner-Stokes L, Siegert R. Occupational Therapy and Stroke. In: Greenwood RJ, Barnes MP. Neurological Rehabilitation. London: Taylor & Francis; 2003. c. 299-314.
43. Teasell R, Hussein N. Stroke Rehabilitation: A Guide to Evidence-Based Practice. London: W.B. Saunders; 2002.
44. Law M, Baum CM. Occupational Performance After Stroke. In: Trombly CA, Radomski MV. Occupational Therapy for Physical Dysfunction. 5th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. c. 733-57.
45. Duncan PW, Zorowitz RD. Stroke Recovery and Rehabilitation. In: Braddom RL, Physical Medicine and Rehabilitation. Philadelphia: W.B. Saunders; 1999. c. 1207-39.
46. Trombly CA, Radomski MV. Occupational Therapy for Stroke Rehabilitation. In: Trombly CA, Radomski MV. Occupational Therapy for

- Physical Dysfunction. 4th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1998. c. 689-715.
47. Carr JH, Shepherd RB. Stroke Rehabilitation: A Functional Approach. Oxford: Butterworth-Heinemann; 1997.
48. Taub E, Morris DM. Constraint-Induced Movement Therapy: Research and Clinical Applications. In: Rothstein JM/ Stroke Rehabilitation. New York: Churchill Livingstone; 1996. c. 277-316
49. Sunderland A, Wade DT. Occupational Therapy for Stroke Patients. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1995.
50. Grimby G, Stener-Victorin E. Stroke Rehabilitation: A Comprehensive Approach. Boca Raton (FL): CRC Press; 1994.
51. Edwards S, Jones P. Occupational Therapy for Stroke. London: Chapman & Hall; 1993.
52. Teasell R, Foley N. Stroke Rehabilitation: A Guide to Evidence-Based Practice. Toronto: B.C. Decker; 1992.
53. Taub E, Wolf SL. Constraint-Induced Movement Therapy: A New Approach to Stroke Rehabilitation. Exerc Sport Sci Rev. 1991;19:27-61.
54. Young G, Forster A. Occupational Therapy and Stroke Recovery. London: King's College London; 1990.
55. Wade DT, Hewer RL. Stroke Rehabilitation: A Multidisciplinary Approach. London: Chapman & Hall; 1989.
56. Carr JH, Shepherd RB. Occupational Therapy for Stroke Survivors. Rockville (MD): Aspen Publishers; 1988.
57. Lincoln NB, Partridge CJ. Stroke Rehabilitation: A Practical Guide. London: Chapman & Hall; 1987.
58. Mulder T, Hulsteyn van DB. Trunk muscle activity during balance recovery from stance in paretic subjects with hemiplegia. Gait Posture. 1997 лип.;5(3):205-12.

59. Richards CL, Malouin F, Bravo G, исследование PERSEVERES. Efficacy of balance training provided through physiotherapy in subacute stroke: a single-blind, randomized, controlled trial. *Stroke*. 2007 вер.;38(9):2421-8. Еpub 2007 лип. 19.
60. Tyson SF, Hanley M, Chillala J, Selley A, Tallis RC. Balance retraining after stroke: a systematic review of randomized controlled trials. *Lancet Neurol*. 2006 вер.;5(9):781-90.
61. Shumway-Cook A, Woollacott MH. *Motor Control: Translating Research into Clinical Practice*. 3rd ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
62. Carr JH, Shepherd RB. *Neurological Rehabilitation: Optimizing Motor Performance*. 2nd ed. Oxford: Butterworth-Heinemann; 2003.
63. Duncan PW, Studenski S, Richards L, Gollub S, .., Reker D, et al. Randomized clinical trial of therapeutic exercise in subacute stroke. *Stroke*. 2003 черв.;34(9):2173-80.
64. Lord SE, McPherson K, McNaughton HK, Community ambulation after stroke: how important and how well-achieved? The Stroke Occasional Survey. *Aust J Physiother*. 2004;50(1):19-24.
65. Ada L, Canning CG. *Key Issues in Neurological Physiotherapy*. Oxford: Butterworth-Heinemann; 2003.
66. Sackley CM. Falls After Stroke. In: втручання., Greenwood RJ, Barnes MP. *Neurological Rehabilitation*. London: Martin Dunitz; 2003. с. 211-25.
67. Shumway-Cook A, .., Horak FB. Motor control theory and clinical practice. In: *Movement Science: Foundations for Physical Therapy in Rehabilitation*. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 2000. с. 3-30.

Показник повсякденної життєдіяльності Бартел (Barthel ADL Index)

П.І.Б. пацієнта _____ Дата ____ ____ 202_ р.

Вид активності	Оцінка
Прийом їжі	
0 = Не може їсти самостійно (пацієнта годують або він сам може з'їсти дуже мало)	
5 = Потребує допомоги (порізати їжу, намазати масло, потрібен нагляд/вказівки тощо)	
10 = Не потребує допомоги у споживанні наданої/обраної їжі	
Купання	
0 = Залежить від сторонньої допомоги	
5 = Не потребує допомоги (включаючи вхід та вихід з ванної чи душової, миття тіла та голови, витирання)	
Догляд за собою	
0 = Потребує допомоги (нагляду, вказівок або фізичної допомоги)	
5 = Не потребує допомоги (може вмитись, почистити зуби, поголитись, розчесати волосся)	
Одягання	
0 = Не в змозі одягтись самостійно	
5 = Потребує допомоги, але сам робить приблизно половину (самостійно одягає верхню чи нижню половину тіла або потребує вказівок чи незначної фізичної допомоги)	

10 = Не потребує допомоги (включаючи гудзики, замки, шнурки тощо)	
Кишечник	
0 = Нетримання калу (або необхідна клізма)	
5 = Іноді буває нетримання калу (рідше ніж 1 раз на добу)	
10 = Контролює дефекацію	
Сечовий міхур	
0 = Нетримання сечі або катетер у сечовому міхурі, яким самостійно користуватись не може	
5 = Іноді буває нетримання сечі (не більше 1 разу на добу)	
10 = Повністю контролює сечовипускання (протягом останніх 7 днів)	
Користування туалетом	
0 = Залежить від сторонньої допомоги (підтертись не може)	
5 = Потребує допомоги, але може підтертись самостійно	
10 = Не потребує допомоги (може самостійно сідати на унітаз і вставати з нього, знімати й одягати одягу)	
Переміщення (з ліжка в крісло і назад)	
0 = Нездатний (необхідний підйомник та/або не сидіти у візку/кріслі)	
5 = Потребує багато допомоги (одна чи дві людини, значні фізичні зусилля)	

10 = Потребує небагато допомоги (одна людина, нагляд/вказівки або невеликі зусилля)	
15 = Не потребує допомоги при переміщенні з ліжка в крісло і назад	
Здатність до пересування	
0 = Нездатний (не може дістатися зі своєї кімнати до кухні чи вітальні)	
5 = Може пересуватися в інвалідному візку (принаймні зі своєї кімнати до кухні)	
10 = Може ходити з фізичною чи словесною допомогою однієї особи (зі своєї кімнати до кухні)	
15 = Не потребує допомоги (може використовувати палицю або ходунки)	
Долання східців	
0 = Не може	
5 = Потребує допомоги (словесної чи фізичної або комусь необхідно нести речі)	
10 = Не потребує допомоги	
Всього	

Оцінка результатів:

<50 балів – тяжка інвалідність і залежність від сторонньої допомоги

50-75 балів – помірна інвалідність

80-100 балів – мінімальне обмеження або хороше відновлення неврологічних функцій.

A. ВЕРХНЯ КІНЦІВКА, позиція сидячи					
I. Рефлекторна діяльність		відсутній	викликається		
Згиначі: 2-гол. м'яз плеча, згиначі пальців (в меншій мірі) Розгиначі: 3-гол. м'яз плеча		0 0	2 2		
Проміжна сума I (макс. 4)					
II. Довільний рух з синергією, без допомоги сили гравітації		відсутній	частково	наявний	
Згинальна синергія: Рука від протилежного коліна до вуха на ураженій стороні. Від розгинальної синергії (плече приведення/внт. ротаване, лікоть розігнутий, плече проноване) до згинальної синергії (плече відведено/зовн. ротаване, лікоть зігнутий, передпліччя супіноване). Розгинальна синергія: Рука від вуха на ураженій стороні до протилежного коліна	Плече	підняття лопатки	0	1	2
		ретракція лопатки	0	1	2
		відведення (90°)	0	1	2
		зовн. ротація	0	1	2
	Лікоть	згинання	0	1	2
	Передпліччя	супінація	0	1	2
	Плече	приведення/внт. ротація	0	1	2
	Лікоть	розгинання	0	1	2
	Передпліччя	пронація	0	1	2
Проміжна сума II (макс. 18)					
III. Довільний рух з поєднаними синергіями, без компенсації		відсутній	частково	наявний	
Рука до поперекового відд. Спини рука від стегна не вик. або рука спереду за таз.кістці	не можливо виконати, або рука перед стегн. кісткою рука позаду стегнової кістки (без компенсації) рука на поперековому відд. спини (без компенсації)		0	1	2
Згинання плеча 0° - 90° лікоть 0° пронація – супінація 0°	відведення або згинання у лікті у в.п. відведення або згинання у лікті під час руху згинання 90°, без відведення плеча або згинання ліктя		0	1	2
Пронація/супінація лікоть 90° плече 0°	відсутня пронація/супінація, в.п. не можливе обмежена пронація/супінація, зберігається в.п. повна пронація/супінація, зберігається в.п.		0	1	2
Проміжна сума III (макс. 6)					
IV. Довільний рух з незначною синергією або без синергії		відсутній	частково	наявний	
Відведення плеча 0° - 90° лікоть 0° передпліччя проноване	супінація або згинання у лікті у в.п. супінація або згинання у лікті під час руху відведення 90°, без відведення плеча або згинання ліктя		0	1	2
Згинання плеча 90° - 180° лікоть 0° пронація – супінація 0°	відведення або згинання у лікті у в.п. відведення або згинання у лікті під час руху згинання 180°, без відведення плеча або згинання ліктя		0	1	2
Пронація/супінація лікоть 0° плече 30° - 90°	відсутня пронація/супінація, в.п. не можливе обмежена пронація/супінація, зберігається в.п. повна пронація/супінація, зберігається в.п.		0	1	2
Проміжна сума IV (макс. 6)					
V. Нормальні рефлекси. Обстежуються, якщо у IV частині отримує 6 балів. Порівнюють з неушкодженою стороною.		0 (IV), гіпер	підвищен	норм	

2-гол. м'яз плеча, 3-гол. м'яз плеча, згиначі пальців	2 або 3 рефлекси є підвищеними або 0 балів у IV частині 1 рефлекс є гіперактивним, менше 2 рефлексів підвищенні Макс. 1 рефлекс підвищений, жоден не гіперактивний	0	1	2
Проміжна сума V (макс. 2)				
Загальна сума A (макс. 36)				

В. ЗАП'ЯСТЯ , підтримка може надаватися в лікті, щоб надати або утримати вихідне положення, без підтримки зап'ястя, перевірте пасивну амплітуду руху перед		відсутній	частковий	наявний
Утримання 15° розгинання лікоть 90° передпліччя проноване плече 0°	менше 15° активного розгинання розгинання 15°, ніякого опору не долає підтримує розгинання долаючи опір	0	1	2
Повторення дорсальне розгинання / згинання лікоть 90° передпліччя проноване	неможливо виконати обмежена активна амплітуда руху повна активна амплітуда руху, плавно	0	1	2
Утримання 15° згинання лікоть 0° передпліччя проноване невелике згинання і відведення плеча	менше 15° активного згинання згинання 15°, ніякого опору не долає підтримує розгинання долаючи опір	0	1	2
Повторення дорсальне розгинання / згинання лікоть 0° передпліччя проноване	неможливо виконати обмежена активна амплітуда руху повна активна амплітуда руху, плавно	0	1	2
колові оберти лікоть 90° передпліччя проноване плече 0°	неможливо виконати обмежена активна амплітуда руху або ривками повна активна амплітуда руху, плавно	0	1	2
Загальна сума B (макс. 10)				

С. КИСТЬ , підтримка може бути забезпечена в ліктьовому суглобі, щоб утримати згинання 90°, не підтримувати зап'ястя, порівняйте з нешкодженою стороною, об'єкти виставленні, активні захвати.		відсутній	частковий	наявний
Масивне згинання Від повного активного чи пасивного розгинання		0	1	2
Масове розгинання Від повного пасивного чи активного розгинання		0	1	2
ЗАХВАТИ				
a. Щипцеподібний захват Згинання в PIP і DIP (2-5) розгинання MCP (2-5)	неможливо виконати може утримувати, але слабо зберігає позицію проти опору	0	1	2
b. Приведення великого пальця 1-ий СМС, МСР, ІР (0) градусів, клаптик паперу між великим пальцем і 2-им МСР суглобом	неможливо виконати може втримати папір, не може протидіяти може втримати папір під час	0	1	2
c. Клішнєподібний захват, протиставлення подушечка великого пальця протиставиться	неможливо виконати може втримати ручку, без її витягання може втримати ручку, з витяганням	0	1	2
d. Циліндричний захват Циліндричної форми об'єкти (можуть бути маленькими), підняти вгору, протиставлення	неможливо виконати може втримати циліндр, без витягання може втримати циліндр з витяганням	0	1	2

е. Сферичний захват Пальці розведені/зігнуті, великий палець протиставиться, підняти ввєрх тенісний м'яч	неможливо виконати може втримати м'яч, без його витягання може втримати м'яч з витяганням	0	1	2
Загальна сума С (макс. 14)				

D. КООРДИНАЦІЯ ШВИДКІСТЬ , сидячи, після однієї спроби двома руками, із закритими очима, кінчик вказівного пальця від коліна до носа, 5 разів якнайшвидше		відсутній	частк	наявний
Тремор	щонайменше один виконаний рух	0	1	2
Дисметрія щонайменше 1 завершений рух	виражений або несистематичний незначно і систематично дисметрії немає	0	1	2
		$\geq 6c$	$2 - 5c$	$< 2c$
Час почати і закінчити з рукою на коліні	≥ 6 секунд повільніше, ніж неуражена $2-5$ секунд повільніше, ніж неуражена < 2 секунд різниця	0	1	2
Загальна сума D (макс. 6)				
Загальна сума A-D (макс. 66)				

H. ЧУТЛИВІСТЬ , верхня кінцівка. Очі закриті, порівнювати з неураженою стороною.		анестезія	гіпостезія, дистезія	нормальна
Легкий дотик	плече, передпліччя долонна поверхня кисті	0 0	1 1	2 2
		менше $\frac{3}{4}$ правильно, або відсутня	$\frac{3}{4}$ правильно, або значна	100 % правильно, або мінім. різниця
Пропріорецепція Невеликі зміни в положенні	Плече Лікоть зап'ястя великий палець (IP-	0 0 0 0	1 1 1 1	2 2 2 2
Загальна сума J (макс. 12)				

J. ПАСИВНА АМПЛІТУДА , верхня кінцівка Сидячи, порівнюємо із неураженою стороною				J. СУГЛОБОВИЙ БІЛЬ , біль під час виконання пасивного руху у суглобі верхньої кінцівки		
	лише кілька градусів ($< 10^\circ$ в плеч. сугл)	обмежена	норма	виражений біль під час руху, або сильний в кінці руху	легкий біль	відсутній біль
Плече:						
Згинання ($0^\circ - 180^\circ$)	0	1	2	0	1	2
Відведення ($0^\circ - 90^\circ$)	0	1	2	0	1	2
Внутрішня ротація	0	1	2	0	1	2
Зовнішня ротація	0	1	2	0	1	2
Лікоть:						
Згинання	0	1	2	0	1	2
Розгинання	0	1	2	0	1	2
Передпліччя:						
Супінація	0	1	2	0	1	2
Пронація	0	1	2	0	1	2
Зап'ястя:						
Згинання	0	1	2	0	1	2
Розгинання	0	1	2	0	1	2

Пальці руки:						
Згинання	0	1	2	0	1	2
Розгинання	0	1	2	0	1	2
Загальна сума Н (макс. 24)				Загальна сума Н (макс. 24)		

A. ВЕРХНЯ КІНЦІВКА	/36
B. ЗАП'ЯСТЯ	/10
C. КИСТЬ	/14
D. КООРДИНАЦІЯ/ШВИДКІСТЬ	/6
ПІДСУМОК A-D (МОТОРНА ФУНКЦІЯ)	/66

H. ЧУТЛИВІСТЬ	/12
J. ПАСИВНА АМПЛІТУДА	/24
J. СУГЛОВОВИЙ БІЛЬ	/24

CANADIAN OCCUPATIONAL PERFORMANCE MEASURE

Authors:

Mary Law, Sue Baptiste, Anne Carswell,
Mary Ann McColl, Helene Polatajko, Nancy Pollock

The Canadian Occupational Performance Measure (COPM) is an individualized measure designed for use by occupational therapists to detect self-perceived change in occupational performance problems over time.

Client Name:		
Age:	Gender:	ID#:
Respondent (if not client):		
Date of Assessment:	Planned Date of Reassessment:	Date of Reassessment:

Therapist:
Facility/Agency:
Program:

To identify occupational performance problems, concerns and issues, interview the client, asking about daily activities in self-care, productivity and leisure. Ask clients to identify daily activities which they want to do, need to do or are expected to do by encouraging them to think about a typical day. Then ask the client to identify which of these activities are difficult for them to do now to their satisfaction. Record these activity problems in Steps 1A, 1B, or 1C.

Using the scoring card provided, ask the client to rate, on a scale of 1 to 10, the importance of each activity. Place the ratings in the corresponding boxes in Steps 1A, 1B, or 1C.

STEP 1A: Self-care

IMPORTANCE

Personal Care
(e.g., dressing, bathing, feeding, hygiene)

Functional Mobility
(e.g., transfers, indoor, outdoor)

Community Management
(e.g., transportation, shopping, finances)

STEP 1B: Productivity

Paid/Unpaid Work
(e.g., finding/keeping a job, volunteering)

Household Management
(e.g., cleaning, laundry, cooking)

Play/School
(e.g., play skills, homework)

(e.g., hobbies, crafts, reading)	_____	<input type="text"/>
	_____	<input type="text"/>
Active Recreation (e.g., sports, outings, travel)	_____	<input type="text"/>
	_____	<input type="text"/>
	_____	<input type="text"/>
Socialization (e.g., visiting, phone calls, parties, correspondence)	_____	<input type="text"/>
	_____	<input type="text"/>
	_____	<input type="text"/>

STEPS 3 & 4: SCORING - INITIAL ASSESSMENT and REASSESSMENT

Confirm with the client the 5 most important problems and record them below. Using the scoring cards, ask the client to rate each problem on performance and satisfaction, then calculate the total scores. Total scores are calculated by adding together the performance or satisfaction scores for all problems and dividing by the number of problems. At reassessment, the client scores each problem again for performance and satisfaction. Calculate the new scores and the change score.

Initial Assessment:

Reassessment:

OCCUPATIONAL PERFORMANCE PROBLEMS:

PERFORMANCE 1

SATISFACTION 1

PERFORMANCE 2

SATISFACTION 2

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
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"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

SCORING:

PERFORMANCE SCORE 1

SATISFACTION SCORE 1

PERFORMANCE SCORE 2

SATISFACTION SCORE 2

$$\text{Total score} = \frac{\text{Total performance or satisfaction scores}}{\text{\# of problems}}$$

$$= \frac{\quad}{\quad} = \boxed{\quad}$$

$$= \frac{\quad}{\quad} = \boxed{\quad}$$

$$= \frac{\quad}{\quad} = \boxed{\quad}$$

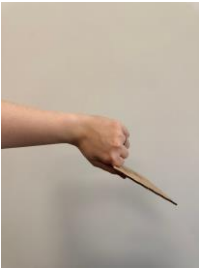


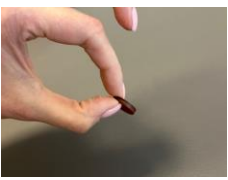


$$= \frac{\quad}{\quad} = \boxed{\quad}$$

CHANGE IN PERFORMANCE = Performance Score 2 - Performance Score 1 =

CHANGE IN SATISFACTION = Satisfaction Score 2 - Satisfaction Score 1 =

ADDITIONAL NOTES AND BACKGROUND INFORMATION

Initial Assessment:

№	Тип хапання	Приклад хвату	№	Тип хапання	Приклад хвату
1	Ульнарне		10	Ключем (латеральний)	
2	Радіальне		11	Центровано- діагональне в кулак	
3	Пінцетне		12	Центровано- пальцеве	
4	Щипкове		13	Гачкове в кулак	
5	Щипкове широке		14	Гачкове	

6	5ти циліндричне		15	Міжпальцеве	 
7	Циліндричне в кулак		16	Пучкове площинне	
8	Циліндричне двома руками		17	Пальці-тенор	
9	5-ти сферичне долонне		18	Динамічне	 

Назва суглобу	Назва руху	Виконання руху	Ілюстрація виконання руху
Виконання всіх вправ виконується у вихідному положенні - лежачи			
Плечовий суглоб	Згинання (флексія)	Піднімання рівної руки (лікоть 0°) вгору у напрямку головного кінця ліжка	
	Розгинання (екстензія)	Опускання рівної руки (лікоть 0°) у напрямку нижнього кінця ліжка	
	Відведення (абдукція)	Відведення рівної руки (лікоть 0°) від тулубу у напрямку до головного кінця ліжка	
	Приведення (аддукція)	Приведення рівною (лікоть 0°) руки до тулуба у напрямку до нижнього кінця ліжка	
		Вихідне положення - плечовий суглоб 0°, ліктьовий суглоб 90°	
	Зовнішня ротація	Передпліччя відводиться у напрямку від тулуба.	
	Внутрішня	Передпліччя приводиться у	

	ротація	напрямку до тулуба.	
Ліктьовий суглоб		Вихідне положення-плечовий суглоб 0°.	
	Згинання (флексія)	Згинання у ліктьовому суглобі передпліччя у напрямку головного кінця ліжка.	
	Розгинання (екстензія)	Розгинання у ліктьовому суглобі передпліччя у напрямку нижнього кінця ліжка.	
	Супінація	Обертання передпліччя. Орієнтир: великий палець направляє від тулуба.	
	Пронація	Обертання передпліччя. Орієнтир: великий палець направляє до тулуба.	
Променево-зап'ястковий суглоб	Згинання тильне (екстензія)	Згинання кисті у напрямку до гори.	
	Згинання долонне (флексія)	Згинання кисті у напрямку до низу.	

	Ульнарна девіація	Відведення кисті у напрямку до мізинця.	
	Радіальна девіація	Відведення кисті у напрямку до великого пальця.	
Фаланги пальців	Згинання (флексія)	Згинання та розгинання суглобів.	
	Розгинання (екстензія)	Орієнтир: великий палець направлен до мізинця під час згинання.	
	Відведення пальця (абдукція)	Приведення та відведення пальців.	
	Приведення пальця (аддукція)	Орієнти: великий палець направлень до вказівного пальця під час приведення.	
			