

Эрготерапия

Содержание:

1. Понятие об эрготерапии.....	4
2. Общая эрготерапевтическая оценка. Области оценки.....	4
3. «Оценка больного ОНМК эрготерапевтом» - руководство к заполнению..	5
4. Оценка при долгосрочной реабилитации.....	8
5. Когнитивная функция.....	8
6. Диспраксия.....	10
7. Синдром неглекта.....	13
8. Боль в плече.....	14
9. Сравнение правостороннего и левостороннего гемипареза.....	15
10. Проблемы и их решение.....	15
11. Одевание.....	18
12. Этапы прописывания кресла-каталки.....	20
13. Применение лангет.....	21
14. Обустройство дома.....	21
15. Управление утомляемостью.....	24
16. Приложения:	
• 6-1 Карта наблюдения пациента эрготерапевтом.....	25
• 6-2 Оценка больного ОНМК эрготерапевтом.....	27
• 6-3 Шкала Бартела.....	29
• 6-4 MMSE.....	31
• 6-5 Опросник по ежедневной активности.....	32
• 6-6 Канадская оценка деятельности.....	34
• 6-7 Оценка восприятия.....	37
• 6-8 Тест с вычеркиванием.....	38
• 6-9 Назначение лангеты.....	39
17. Использованные материалы.....	40

Что такое эрготерапия?

- Специальность, улучшающая качество жизни пациентов любого возраста, помогая им справиться с ежедневной жизнью.
- Она заботится о расширении возможностей пациента при самоходе, работе или досуге.
- Высшая медицинская специальность (Occupational Therapy).

Что означает термин эрготерапия?

Эрготерапия - наука о соответствии человека и окружающей среды - физической, социальной и психологической.

Эрготерапевт оценивает имеющийся или потенциальный уровень возможностей, сопоставляя его с тем, что человеку нужно, что для него важно, чего он хочет и на что он способен.

«Эрготерапия - наука о жизни пациента»

Терез Джексон (1998)

Эрготерапевты используют, часто – параллельно, 2 стратегии восстановления возможностей:

- Развивающую стратегию – восстановление пострадавшей функции
- Компенсаторную стратегию – замещение утраченной функции

Цель вмешательства:

Эрготерапевт - это специалист, который помогает людям достичь их максимального уровня функционирования и независимости во всех аспектах жизни несмотря на имеющиеся ограничения.

ЭРГОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА

ОБЛАСТИ ОЦЕНКИ:

- двигательные возможности
- мышечный тонус
- мышечная сила
- координация движений
- мелкая моторика кисти,
- манипуляции, ловкость, тонкая координация,
- баланс и контроль за положением тела
- праксис и планирование движений
- билатеральная интеграция
- чувствительность
- навыки восприятия
- боль,
- память,
- уровень сознания,
- ориентация,
- осознание проблем,
- навыки, возможность обучения,

- оценка безопасности,
- настроение,
- само-восприятие,
- речь и общение,
- социальная и семейная поддержка,
- кем работал, навыки и умения, интересы,
- досуг.

В Приложении № 6-1 представлена форма, предложенная Русской ассоциацией эрготерапевтов для общей эрготерапевтической оценки.

Руководство к заполнению формы «Оценка больного ОНМК эрготерапевтом»

См. Приложение № 6-2

Паспортные данные.

Диагноз: клинический врачебный диагноз с обязательным указанием важной для эрготерапевта сопутствующей патологии, например: наличие сахарного диабета требует строгого соответствия приготовляемой пищи и диеты, артриты – подбора соответствующего оборудования для защиты суставов.

Класс инсульта: дает клинико-функциональную характеристику инсульта, ориентировочный прогноз восстановления. См. Приложение №

Степень пареза в руке: легкий / глубокий парез / парез

Сила мышечного сокращения оценивается по шкале Оксфорд \ MRC:

- 0 = нет активных сокращений мышц
- 1 = подергивание при активном сокращении мышцы
- 2 = мышечное сокращение, вызывающее движение конечности при снятии силы гравитации (по полной амплитуде)
- 3 = мышечное сокращение, производящее движение конечности против силы гравитации (по полной амплитуде)
- 4 = мышечное сокращение производящее движение конечности против силы гравитации и сопротивления
- 5 = «нормальное» мышечное сокращение

Оценка степени контроля за движением по Гоффу (1976):

- 1 = нет произвольных движений
- 2 = движение возможно только в одном направлении (только сгибание или разгибание)
- 3 = движение возможно в двух направлениях (сгибание-разгибание), проксимальные отделы > дистальных
- 4 = в проксимальных отделах есть контролируемые движения, в дистальных – недостаточно селективных движений, например, затруднение при движении в дистальном отделе без общего сгибательного или разгибательного паттерна
- 5 = минимальная недостаточность селективных движений в дистальных отделах конечностей или легкая дискоординация – мелкая моторика кисти
- 6 = нормальное движение

Амплитуда пассивных движений:

В идеале должна измеряться при помощи гониометра. При определении требуется учитывать возрастную норму амплитуды, предыдущие заболевания (артрозы, артриты, последствия травм). Следует помнить, что, оценивая амплитуду пассивных движений, ЭТ

должен производить пассивные движения, следующие естественному паттерну движения, например, не тянуть выпрямленную в локте руку пациента вверх, необходимо проверить степень подвижности лопатки во избежание травмы плеча и т.п.

Равновесие:

Статическое равновесие в положении сидя: пациент может поддерживать положение сидя, будучи посажен. Допускается ассиметричность позы.

Статического равновесия достаточно для самостоятельного приема пищи сидя в кресле.

Динамическое равновесие в положении сидя: пациент может потянуться вперед или в сторону, сместив центр тяжести в пределах площади опоры и вернуться в исходное положение. Динамическое равновесие в положении сидя требуется для одевания верха (футболка, кофта) и для сервирования себе стола – накладывания в тарелку пищи, наливания напитка в чашку и т.п.

Статическое равновесие в положении стоя: пациент может поддерживать положение стоя, даже если он встал с помощью. Допускается ассиметричность позы.

Пациент, имеющий статическое равновесие стоя имеет возможность стоя умыться возле раковины.

Динамическое равновесие в положении стоя: пациент может потянуться вперед или в сторону, сместив центр тяжести в пределах площади опоры и вернуться в исходное положение, может перенести вес с одной ноги на другую. Норма функционального дотягивания в положении стоя у здорового пожилого человека не менее 25 см. Пациент, имеющий динамическое равновесие стоя, готов к ходьбе.

Координация движения:

Отмечаются плавность, точность движений, наличие тремора или атаксии.

Шкала Бартела: (См. Приложение № 6-3)

Заполняется обязательно. Отражает степень самостоятельности пациента в повседневной жизни. Заполняется во время встреч МДБ. Служит отличным средством измерения реабилитационного прогресса у зависимых пациентов.

Шкала MMSE: (См. Приложение № 6-4)

Проводится не у всех пациентов – только у тех, у которых ЭТ подозревает нарушение когнитивных функций.

Память: субъективная оценка самого пациента или ЭТ (описательная).

Нарушения чувствительности:

Гемигипестезия – нарушение чувствительности в одной половине тела.

Тактильная (поверхностная) чувствительность – определяется легким прикосновением к различным частям тела пациента. Оценка субъективная : пациент с закрытыми глазами должен определить место прикосновения, сравнить правую и левую стороны. Проверить у пациента возможность определения с закрытыми глазами текстуры предмета, степени неровности поверхности, вложив в руку различные материалы.

Температурная чувствительность: Ощущения тепла, холода. Можно вложить в руку пациента теплые или холодные, например, металлические предметы. Оценка температурной чувствительности важна для предотвращения ожогов паретичных конечностей (например, руки во время мытья или ноги при пользовании грелкой или при прикосновении к батарее отопления).

Болевая чувствительность: определяется щипком или уколом относительно острым предметом . Современные правила инфекционной безопасности требуют применения

одноразовых заточенных предметов (ими могут быть зубочистки), но категорически нельзя использовать одну и ту же булавку или «гвоздик» неврологического молотка. Пациент определяет «остро» или «тупо» он чувствует укол, сравнивает свои ощущения при щипке/уколе с правой и левой стороны.

МСЧ (мышечно-суставное чувство/глубокая чувствительность) – информация, поступающая в головной мозг от рецепторов, находящихся в связках, сухожилиях и мышцах, дающая возможность знать, где и в каком положении находятся сегменты конечностей. Оценить МСЧ можно, попросив пациента с закрытыми глазами определить, вверх или вниз вы смещаете сегмент конечности/фалангу пальца. Удерживать сегмент/фалангу следует с боков, а не сверху-снизу, так вы избежите возможности использования пациентом чувства надавливания. Второй способ «отражения»: придать паретичной конечности / пальцам кисти какое-либо положение и попросить «перенести» это положение на противоположную сохранную конечность. Нарушение МСЧ приводит к значительным трудностям использования руки: больные жалуются, что предметы выпадают из руки.

Сенсорное угасание: симптом неглекта (невнимания к пораженной стороне) – при одновременной тактильной стимуляции симметричных зон с обеих сторон больным распознается прикосновение только со здоровой стороны, а при односторонней тактильной стимуляции каждой из сторон поочередно – чувствительность сохранена, включая пораженную сторону.

Отметить нарушение чувствительности можно использовать «+», «++», «+++»

Гемианопсия – выпадение полей зрения с пораженной стороны в обоих глазах. Это может быть половина или четверть (верхняя, нижняя) поля зрения.

Следует отличать от **зрительного угасания** – невнимания к пораженной стороне. При одновременной стимуляции зрительными раздражителями справа и слева – пациент «не видит» с пораженной стороны, а при односторонней стимуляции – реагирует правильно. Феномен, аналогичный сенсорному тактильному угасанию, входящий в синдром неглекта.

Речь:

Сенсорная (импрессивная) дисфазия – нарушение возможности понимать обращенную речь.

Моторная (экспрессивная) дисфазия – нарушение возможности выразить то, что необходимо.

Дизартрия – нарушение четкости произношения. Часто сочетается с проблемами глотания!

ЭТ необходимо быть в курсе степени речевых нарушений для того, чтобы эффективно общаться с пациентом. Степень нарушений может быть оценена в «крестах» - от «+» до «+++» - в зависимости от выраженности.

При наличии нарушений требуется обсуждение их с логопедом.

Нарушения глотания:

(См. Часть 3 Руководства, посвященный функции глотания).

Роль ЭТ в ведении пациентов с нарушением глотания – подбор оборудования для кормления / приема пищи при расширении двигательного режима. Обязательным условием для приема пищи – пациент не должен лежать плоско на спине. Варианты позиционирования: или на приподнятом изголовье (на боку или на спине) или в положении сидя. ЭТ подбирает высоту прикроватного столика, сидение.

Как и все члены МДБ ЭТ должен знать какая пища разрешена пациенту. Информация об этом должна быть на видном месте, лучше – над головой пациента.

Передвижение: Отметьте то, что пациент действительно делает, а не то, что он может. Например, пациент может сесть в кровати самостоятельно, но каждый раз просит помочь – отмечается 2 балла.

Краткосрочные цели ЭТ должны дополнять краткосрочные цели МДБ, которые зафиксированы в «Реабилитационных целях МДБ» (см. Приложение № 1-2 в Части 1 Руководства).

Эта форма рассчитана на пациентов с различной степенью тяжести инсульта, на разных этапах реабилитации, проводимой в разных условиях, в том числе и на дому.

Оценка при долгосрочной реабилитации

Для оценки больных при долгосрочной реабилитации (больные инсультом через 1 год и более после перенесенного заболевания, больные рассеянным склерозом) полезно использовать форму-опросник по ежедневной активности (см. Приложение № 6-5). Заполнение пациентом этого опросника заставляет его задуматься о своих возможностях. Используя данные, полученные при заполнении опросника, ЭТ обсудит вместе с больным причины невыполнения каких-либо действий и проведет анализ затруднений. Такая совместная работа может стать хорошим началом реабилитации, так как поможет выявить слабые места и обсудить приоритеты.

Для более точного выявления приоритетов реабилитации и для измерения эффективности реабилитации служит «Канадская оценка деятельности» (см. Приложение № 6-6)

КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ

Определение

Мысли, знания индивидуума, интерпретация, понимание им себя самого и окружающей его обстановки.

Что требуется для нормальной когнитивной функции?

- Обработка информации, поступающей по всем сенсорным каналам.
- Интеграция ее со знаниями и памятью.
- Выделение относящихся к заданию аспектов.
- Выработка плана.
- Разбивка задания на шаги.
- Выполнение действия в правильной последовательности.
- Наблюдение и коррекция выполнения действия.

Когнитивные процессы включают:

Внимание

Память

Понимание

Инициативность

Навыки выполнения:

- Планирование
- Решение проблем
- Самонаблюдение

Многие из перечисленных процессов связаны между собой.

ВНИМАНИЕ

Способность к вниманию

Имеет ограниченные ресурсы и у людей с неповрежденным мозгом.

На нее влияют факторы, имеющие отношение к:

ЗАДАНИЮ	- продолжительность
	- сложность
	- предварительное знакомство (автоматизм противоположен контролируемому обдумыванию)
ОКРУЖАЮЩЕЙ ОБСТАНОВКЕ	- отвлечение
	- наличие поддержки
ЛИЧНОСТИ	- усталость
	- стресс
	- способность к обучению стратегиям самоинструкций

Лечебные стратегии направлены на вышеперечисленные факторы.

ПАМЯТЬ

Требуется возможность:

1. ПРИНЯТЬ, ЗАПЕЧАТЛЕТЬ И КЛАССИФИЦИРОВАТЬ информацию
2. ХРАНИТЬ
3. ВОССТАНОВИТЬ

Типы памяти

1. КРАТКОСРОЧНАЯ ПАМЯТЬ (на секунды)
2. ДОЛГОСРОЧНАЯ
 - отсроченная (на минуты, часы)
 - Недавняя (на дни, недели)
 - Отдаленная (до заболевания)
 - Семантическая (на общие знания)
3. БУДУЩАЯ \ ВОЗМОЖНАЯ - для будущих действий

4. ПРОЦЕДУРНАЯ - Долгосрочная память для ментальных и двигательных навыков, восстановленных бессознательно.

ПОНИМАНИЕ

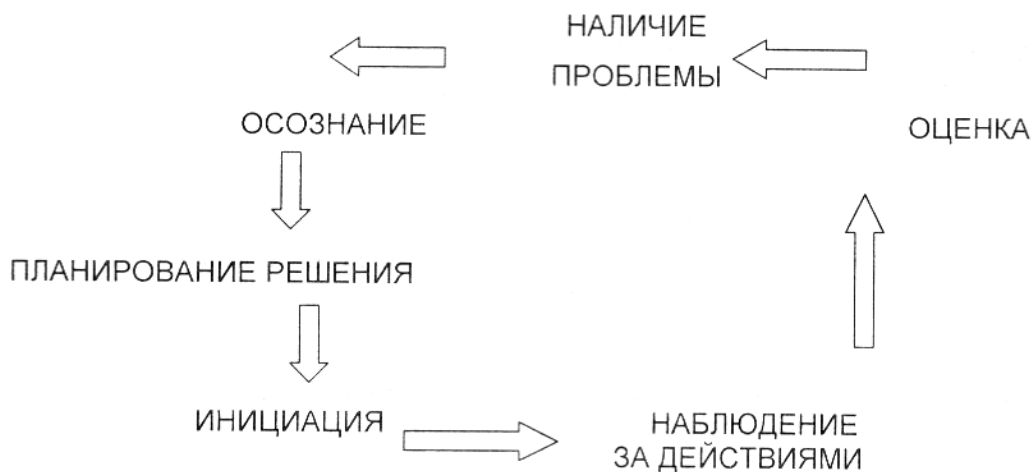
Прежде, чем человек сможет научиться использовать компенсаторные стратегии, требуется осознание проблемы.

4 стадии:

1. нет понимания
2. интеллектуальная – может объяснить
3. Внезапное осознание – происходит во время совершаемого действия
4. Предвидящее осознание

ПРОБЛЕМЫ ИСПОЛНЕНИЯ

МОДЕЛЬ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМ



ДИСПРАКСИЯ

Праксис – возможность использовать тело и конечности для выполнения функциональных заданий.

Двигательное планирование:

1. формирование знания и концепции ЧТО делать
2. планирование движения – организация согласованных последовательных движений, вовлеченных в задание
3. выполнение согласованных запланированных движений

Двигательные программы – последовательные команды для выполнения определенного действия, имеют:

- нужную силу
- направление
- скорость

Разученная двигательная программа становится автоматической и храниться, предположительно в левой теменной доле. Общие двигательные программы, связанные с двигательными стереотипами, называются *двигательными схемами*. Например:

потянуться и взять чашку со стола/рюмку из буфета/ребенка за руку. Эти действия отличаются направлением, усилием, скоростью.

Диспраксия – расстройство выполнения известных движений, которое нельзя отнести за счет слабости, дискоординации, отсутствия чувствительности или невнимания к командам.

Идеаторная диспраксия – расстройство выполнения действия из-за нарушения связи «объект-действие». Отдельные действия могут выполняться автоматически в знакомой обстановке.

- **Неправильное использование предметов:** например, использование зубной пасты в качестве крема для бритья.
- **Совершение действий в неправильном порядке:** делая бутерброд, сначала кладут сыр, затем намазывают масло.
- **Отсутствие одного из звеньев двигательной схемы:** кофе в чашку не насыпали, а воду налили.
- **Соединение двух и более действий в одно:** движения как бы намазывание варенья на булку ложкой, находящейся в вазочке с вареньем.
- **Чрезмерное действие:** салат заправляется большим количеством масла, вместо 1 ложки.
- **Незаконченное действие:** сахар в кофе положил, но не размешал.
- **Повторение только что произведенного действия, но в изменившейся ситуации:** человек одевает рубашку на стопы, после того, как одел на них носки.

Идеомоторная диспраксия – расстройство последовательности и согласованности в выполнении движения. Задание понятно, но в движении используется неправильно рассчитанная сила, неправильное направление или скорость движения. Человек с идеомоторной диспраксией может правильно описать предстоящее действие или время от времени правильно совершать его автоматически, но по команде не способен совершить его правильно.

- **Ошибки пространственной ориентации:** движение ложкой из стороны в сторону, вместо движений по кругу.
- **Скорость в начале движения**
- **Неправильное расположение дистальных отделов руки**
- **Часть тела как предмет:** при просьбе показать жестами действие, может быть использована часть тела как предмет, например, палец как зубная щетка.
- **Вербализация (озвучивание действия):** при имитации жестами работы молотком, приговаривание: «Бам-бам».
- **Жестовое усиление:** усиление демонстрируемого жестами действия, например, при показе работы с молотком, усиленное кивание головой.

ОЦЕНКА

Идеомоторная диспраксия

Вербальные команды (пантомима)

Без предмета в руке, попросить пациента показать:

- помахать на прощанье рукой
- почистить зубы
- вытереть доску
- причесать волосы
- показать «осторожно!»

Имитация

Просят повторить (имитировать) продемонстрированное движение: дотронуться до носа, потереть ладони.

Использование предмета

А) вербальные инструкции: «Представьте себе, что у Вас в руке ... и покажите мне как Вы будете ее использовать».

Б) визуальное представление ... «Покажите мне, как Вы будете держать и пользоваться этим». Затем показывается предмет.

В) затем испытуемому показывают несколько знакомых предметов (молоток, ножницы, ручка, чашка, вилка, нож, иголка), пациента просят: «Покажите как Вы будете пользоваться этим предметом».

Дальнейшее обследование может быть проведено следующим образом:

Д) предоставьте пациенту возможность использовать 2 предмета: бумагу и конверт (сложить бумагу и положить в конверт) или ломтик булки и ложка с вареньем (намазать варенье на булку). Это поможет установить есть ли у пациента трудности с использованием 1 предмета или с согласованием действий.

Должны быть оценены возможности использования обеих рук, если нет двигательных нарушений.

Человек с идеомоторной диспраксией будет лучше выполнять действия при демонстрации ему предмета и в знакомой обстановке. Человек с идеаторной диспраксией будет хуже имитировать действие использования предмета, особенно с двумя и более предметами.

Идеаторная диспраксия

Оценка идеаторной диспраксии касается возможности человека выполнять действие с несколькими предметами в определенной последовательности. Следует понаблюдать, как человек справляется с различными знакомыми заданиями, включающими в себя несколько действий (приготовление горячего напитка, поливание цветов и т.п.). Человек должен находиться в знакомой обстановке.

ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Общие принципы:

1. **Функциональность:** лечение должно быть сфокусировано на действиях, непосредственно используемых в ежедневной жизни пациента.
2. **Основанность на достижении цели:** цели ставятся для того, чтобы максимально интенсифицировать текущее лечение и выявить приоритетные направления с учетом пожеланий пациента и его близких.
3. **Структурированность:** многоэтапные действия следует разбивать на более мелкие этапные действия. Это поможет пациенту легче их освоить.
4. **Обучение с избеганием ошибок:** обучение более эффективно, если во время тренинга не допускаются ошибки, пациенту намеками помогают построить правильные действия.
5. **Специализация без обобщения:** навыки какой-либо специфической ежедневной активности, которые пациент приобрел в результате тренировки, не распространяются на другие активности. Пациенты с диспраксией лучше поддерживают приобретенные навыки, если они отрабатывают их в домашних условиях. Тем не менее, пациент с диспраксией должен иметь возможность обучаться в различных соответствующих задачам обучения обстановках.
6. **Компенсации:** вовлечение других возможностей для компенсации утерянных. Считается, что использование компенсаций не задерживает восстановление специфических когнитивных дефицитов, включая диспраксию.

Специфические:

1. **Нормальное движение:** способствование нормальному движению может помочь улучшить проприоцептивную и тактильную чувствительность, например движение руки за чашкой чая. Особенно это необходимо при занятиях с людьми, страдающими идеомоторной диспраксией. Помощь в начале движения может помочь пациенту успешно его завершить.

2. **Активность в контексте:** пациенты с идеаторной или идеомоторной диспраксией лучше выполняют задания в знакомой обстановке и в соответствующее время суток.
3. **Помощь в становлении автоматической активности:** необходимо свести к минимуму словесные подсказки, потому что сложные инструкции могут подавить инициативу и смутить пациента. Могут помочь не прямые указания: «Вы хотите пить?» лучше, чем «Возьмите чашку».
4. **Распознавание ошибки:** можно добиться успеха, обучая пациентов с идеаторной диспраксией распознавать собственную ошибку и соответственно компенсировать ее.
5. **Представление в уме предстоящего действия:** больным с идеомоторной диспраксией может быть полезно продумывать предстоящее действие.
6. **Поддержка и возвращение уверенности:** люди с идеомоторной диспраксией могут чувствовать себя несчастными и глупыми. Необходимо дать понять пациенту, что мы понимаем насколько это движение сложно для него. Необходимо включать в занятия движения, которые были достигнуты.

СИНДРОМ НЕГЛЕКТА

Многие больные инсультом утрачивают способность отвечать на стимуляцию или воспринимать информацию со стороны, противоположной пораженному полушарию.

Известны 2 большие группы зрительно-пространственных нарушений:

1. Внутрличностное невнимание касается собственного тела больного.
2. Внешностное (топографическое) невнимание заключается в неадекватной реакции больного на окружение.

Словарь терминов, описывающих расстройства зрительно-пространственной функции:

Геми-невнимание	Поведение больного во время осмотра предполагает неспособность ответить адекватно на окружающие стимулы, исходящие с одной стороны от него, например, приближение людей, звуки в палате.
Сенсорное или тактильное угасание	Больной утрачивает способность регистрировать тактильные стимулы (прикосновение) на одной стороне своего тела, если обе стороны стимулируются одновременно (т.е. двойная одномоментная стимуляция), но больной способен регистрировать стимул, если каждая часть тела стимулируется отдельно.
Зрительное невнимание или угасание	Больной утрачивает способность регистрировать зрительные стимулы (например, движение пальцев) в гомонимном зрительном поле при наличии одновременной стимуляции обоих полей зрения, но у него отсутствуют дефекты поля зрения при нормальном тестировании.
Аллоэстезия	Больной осознает сенсорные стимулы не на стороне стимуляции, а на противоположной. Это связано с нарушением правой / левой ориентировки, когда больной постоянно двигает конечностью одной стороны тела при просьбе подвигать другой.
Анозогнозия	Больной отрицает неврологическое расстройство на одной стороне тела, чаще всего слабость.
Отрицание принадлежности	Больной отрицает, что конечности на одной стороне тела – его собственные, и даже считает, что они принадлежат другому человеку.

«Зрительно-пространственные нарушения – главная причина утраты дееспособности, затрудняющая функциональное выздоровление больного»

Ч.Ворлоу (1998)

Форма оценки восприятия, зрительно-пространственных и когнитивных функций представлена в Приложении № 6-7

Стратегии ведения больных с нарушением восприятия:

1. Постепенный переход от простых заданий к сложным.
2. Использование показа, имитации или жестикуляции для помощи во время выполнения активностей.
3. Определиться, какие инструкции требуются пациенту – вербальные или письменные.
4. Помните, что основными элементами обучения являются повторения и практика.
5. Больше отмечайте правильные шаги, чем неправильные.
6. Разбивайте задания на короткие стадии и следите, чтобы пациент заканчивал каждую стадию, прежде, чем он перейдет к новой.
7. Используйте словесные или физические подсказки.
8. Убедитесь, что Ваши подходы в ведении используются всей МДБ.

Стратегии ведения больных с неглектом:

1. Располагайте предметы, используемые в активности прямо перед пациентом, постепенно смещая их в сторону поражения от одного занятия к другому.
2. Персонал должен подходить и обращаться к пациенту со стороны поражения.
3. Располагайте стимулирующие объекты с пораженной стороны, например, прикроватная тумбочка, телевизор. Кровать пациента должна быть расположена так, чтобы входная дверь в палате была с пораженной стороны.
4. Напоминайте пациенту, чтобы он посмотрел на свою пораженную сторону.
5. Используйте активности, при которых пациенту придется пересекать свою среднюю линию.
6. Акцентируйте пациента на использовании конечностей с пораженной стороны.
7. Не забывайте, что важные предметы должны быть расположены так, чтобы пациент их мог найти.
8. Используйте метки на окружающем оборудовании и предметах, например, яркую полосу по краю стола, двери, подушку в яркой наволочке под пораженную руку.
9. Компенсаторная стратегия запоминания «Нужно делать так». Например, пациент обходит всю квартиру по периметру по правой стене чтобы найти туалет. Ему дается указание: «Не входить на кухню. Как только дошел до двери в кухню, поверни голову влево и увидишь дверь в туалет».

Полезно:

- Играть в игры, занимающие широкое пространство, например, домино.
- Использовать зеркало при умывании, бритье даже электрической бритвой
- Поворачивать тарелку во время еды
- Читать вслух

БОЛЬ В ПЛЕЧЕ

Боль в плече – наиболее часто встречающееся осложнение инсульта. По разным данным, частота этого осложнения – от 30 до 70%.

Результатом боли в плече является:

- Изнурение болью, пациент не может концентрироваться ни на восстановлении имевшихся навыков, ни на приобретении новых
- Затруднение независимого существования
- Снижение реакций равновесия, из-за страха движения
- Нарушение настроения – депрессия
- Нарушение сна

Категории болей в плече:

- Сублюксация плеча
- Болезненное плечо
- Синдром плечо-рука

Причины, приводящие к травме плеча:

- Неправильно выполняемые пассивные движения
- Поднимание руки пациента за запястье
- Помощь при пересаживании – тянут на руку
- Удержание пациента за пораженную руку при помощи при ходьбе
- Неправильные самостоятельные подъемы руки

СРАВНЕНИЕ ПРАВОСТОРОННЕГО И ЛЕВОСТОРОННЕГО ГЕМИПАРЕЗА

(Л) – инсульт – (П) геми	(П) инсульт – (Л) геми
(П) геми – часто вялый паралич, некоторое увеличение тонуса.	(Л) геми – обычно есть болезненность, часто значительное ограничение амплитуды движения в плече из-за высокого тонуса.
Часто проблемы с речью. Затруднено вербальное общение.	Не должно быть расстройств языковых, но может быть дизартрия.
Могут быть проблемы использования предметов и проблемы двигательного планирования.	Возможен левосторонний неглект – невнимание. Отрицание проблем с левой стороной тела.
Могут быть проблемы высших мозговых функций, касающиеся планирования и организации. Снижены навыки вычисления.	Больные импульсивны, отражается на обучаемости.
Бывает очень трудно проводить лечение из-за тяжелых речевых расстройств (сенсомоторной афазии). Лечение во многом основывается на функционировании.	Проблемы пространственного восприятия. Плохое понимание образа тела. Апраксия одевания.
Депрессии.	Рассеянность.

ПРОБЛЕМЫ И ИХ РЕШЕНИЕ**ЛЕЧЕНИЕ/УПРАВЛЕНИЕ**

ДВИГАТЕЛЬНЫЕ	
Гемиплегия и/или гемипарез	<ol style="list-style-type: none"> 1. упражнения, вовлекающие в движение все сегменты тела 2. обеспечение правильного позиционирования и выравнивание тела пациента 3. обсуждение применения лангет для поддержания запястья и кисти в средне-физиологическом положении
Клонус	Надавливание на пятку или стояние на полной стопе с опорой

	на пятку остановит клонус
Спастика	Правильное позиционирование, специальные техники
Вялый паралич	Уменьшение площади опоры, твердая поверхность опоры, стимуляционные техники
Атаксия	Расширение площади опоры. Не допускайте ходьбы без присмотра.
Контрактуры	Предупреждение – пассивные движения
ЧУВСТВИТЕЛЬНЫЕ	
Ограничение полей зрения	при гемианопсии подходите к пациенту с непораженной стороны, обращайтесь к пациенту по имени и обучайте пациента поворотом головы компенсировать недостаток полей зрения
Диплопия (двоение)	Надеть повязку на один глаз, чередовать с наложением повязки на другой глаз.
Снижение остроты зрения	Не забывайте предлагать пациенту надеть очки, следите, чтобы очки были чистые и позаботьтесь о хорошем освещении.
Нарушение образа тела, трудности в узнавании знакомых лиц	Полезно рассматривание семейных альбомов, журналов с фотографиями известных людей.
Астереогнозис (тактильная амнезия)	Предоставьте пациенту возможность подержать в руке предметы различного размера, веса, с различным типом поверхности (гладкие, шероховатые, с зубчиками и т.п.). Попросите описать предмет, рассказать, в чем разница между предметами.
Нарушение глубокой чувствительности	<ol style="list-style-type: none"> 1. Обучайте пациента проверять положение тела визуально, используйте зеркало. 2. обучайте пациента поддерживать гигиену пораженной стороны (ладонь).
Пространственные нарушения (дефицит восприятия предметов в пространстве, определения размера и расстояния)	<ol style="list-style-type: none"> 1. предоставьте пациенту возможность повторной практики для приобретения навыка 2. кладите необходимые пациенту предметы в зоне его восприятия 3. напоминайте пациенту где хранятся эти предметы, когда он ими не пользуется
Дезориентация в правой и левой стороне	<ol style="list-style-type: none"> 1. указывайте пациенту какую сторону тела ему нужно использовать жестами и словами одновременно 2. указывайте направление жестом и словами
Нарушение тактильной, температурной, чувствительности	<ol style="list-style-type: none"> 1. дотрагивайтесь до пациента мягко всей рукой, но не пальцем 2. обучайте пациента оберегать пораженную сторону от механических и термических повреждений 3. обучайте пациента осматривать кожные покровы зоны пониженной чувствительности на предмет ссадин, потертостей и других повреждений 4. предоставьте пациенту возможность подержать в руке предметы различного размера, веса, с различным типом поверхности (гладкие, шероховатые, с зубчиками и т.п.). Попросите описать предмет, рассказать, в чем разница между предметами.
Пролежни	Избегайте долгого нахождения пациента в одном положении. Внимательно осматривайте места максимального давления.

Боль в плече	Избегайте неконтролируемого отведения плеча и натягивания руки во время упражнений. Поддерживайте руку под локоть во время пассивных движений по большой амплитуде. Обсудите возможность ношения руки в специальной лямке. Массаж, компрессы, приподнимание плеча, правильное позиционирование
КОГНИТИВНЫЕ	
Дезориентация во времени и месте, в себе, спутанность	Около пациента должны находиться календарь, часы. Исправляйте пациента, если он воспроизводит неверную информацию. Говорите с ним об окружающей обстановке. Попытайтесь ограничить количество изменений в его распорядке дня.
Потеря памяти	Напоминайте забытые факты и информацию. Обеспечьте информацию, которую пациент не в силах запомнить.
Трудность восприятия новой информации	Разделите активность на простые, короткие шаги. Осваивайте с пациентом новые задания, когда он отдохнул. Если пациент плохо переносит навыки, полученные в одной ситуации, на другую, повторите инструкцию, не ждите, что пациент ее запомнил.
Плохое понимание безопасности	Оберегайте пациента от повреждения (физического и психологического). Давайте простое объяснение, почему нужно делать таким образом, а не иначе.
Апраксия / диспраксия	Исправляйте пациента, если он неправильно использует предметы. Показывайте правильное их использование. Замечайте неправильную последовательность движений.
ВНУТРИЛИЧНОСТНЫЕ	
Депрессия и ощущение безнадежности	Обеспечьте возможность успеха. Сравните предыдущее его состояние и возможности в отношении окружающей обстановки с имеющимися сейчас положительными сдвигами. Вовлекайте пациента в действия, которые ему нравятся. Внимательно оцените пациента в отношении суицидных мыслей.
Лабильность эмоций	Объясните пациенту, что эмоциональная неустойчивость – часть его болезни.
Агрессивность, злость, раздражительность	Примите поведение пациента. Поддержите его, дайте ему возможность выразить свои чувства.
Апатичность	Способствуйте общению пациента с другими людьми, особенно родственниками, друзьями.
Потеря самоуважения, чувства достоинства	Уважайте мнение пациента. Берите во внимание его точку зрения. Помогите в этом родственникам.
МЕЖЛИЧНОСТНЫЕ	
Проблемы общения: экспрессивная афазия, дизартрия	<ol style="list-style-type: none"> 1. обеспечьте альтернативные методы общения, например алфавит или карты невербального общения. 2. пациент должен повторять отдельные звуки 3. будьте терпеливы, когда пациент пытается говорить или жестикулировать
Сенсорная афазия	Говорите четко и простыми фразами, если необходимо, пользуйтесь жестами.
Смешанная афазия	<ol style="list-style-type: none"> 1. Говорите очень простыми предложениями. 2. практикуйте произношение отдельных звуков 3. указывайте на обычные предметы, называйте их и просите пациента повторить название 4. пациент должен писать простые слова и простые предложения

ОДЕВАНИЕ / РАЗДЕВАНИЕ

Джемпер или футболка

ОДЕВАНИЕ:

- Сидя на краю стула или кровати
- Определите где у одежды передняя, где задняя сторона
- Найдите отверстие для головы и отверстие для туловища
- Положите одежду на колени:
 - передней стороной вниз
 - задней стороной вверх
 - отверстие для туловища к туловищу
 - отверстие для головы на коленях
- Найдите левый рукав
- Найдите проем левого рукава через отверстие для туловища
- Поместите правой рукой левую руку в левый проем для рукава
- Натяните рукав выше локтя, при одевании джемпера манжета остается на запястье
- Проденьте правую руку в правое отверстие для рукава
- Проверьте, находится ли рукав на руке выше локтя, держите одежду за край горловины и правой рукой натяните одежду, продев голову через отверстие.
- Посмотритесь в зеркало
- Сидя или стоя расправьте одежду над левым и правым плечами, потянитесь за спину и опустите одежду на спине.

РАЗДЕВАНИЕ

- Возьмитесь за горловину футболки
- Потяните над головой
- Стяните вниз рукав по левой руке
- Вытащите правую руку из рукава
- Стяните футболку с левой руки.

Кофта, рубашка или халат

Одевание

Метод I

1. возьмите рубашку за воротник, потрясите и расправьте скрученные части
2. разложите рубашку на коленях внутренней стороной вверх и воротником к поясу
3. расположите рукав пораженной стороны открытым как можно ближе к руке, лежащей на коленях
4. здоровой рукой поместите пораженную руку в открытый рукав и натяните весь рукав выше локтя
5. нормальную руку проденьте в рукав и потряхиванием руки в приподнятом положении наденьте рукав полностью на руку
6. нормальной рукой соберите рубашку в середине спинки от края полы до воротника и поднимите рубашку над головой
7. наклонитесь вперед, пригните голову и перенесите рубашку над головой
8. нормальной рукой расправьте рубашку спереди сзади
9. выровняйте рубашку спереди и застегните пуговицы начиная с нижней, затем застегните пуговицу на манжете рукава пораженной руки. Пуговица на манжете нормальной руки может быть застегнута еще до одевания рубашки, если отверстие достаточно широкое, чтобы в него прошла кисть. Манжет может быть соединен пришитой на обе стороны резинкой.

Снимание рубашки:

1. расстегните рубашку
2. наклонитесь вперед
3. нормальной рукой соберите рубашку за спиной от воротника до полы
4. наклонитесь вперед, пригните голову и перенесите рубашку через голову вперед
5. снимите рукав с нормальной руки, а затем с пораженной руки.

Одевание рубашки

Метод II :

Метод II могут использовать пациенты, которым трудно одеть рукав на нормальную руку.

1. расположите рубашку как описано в методе I первые 3 шага.
2. нормальной рукой положите пораженную руку в открытый рукав и натяните рукав, но не выше локтя
3. вставьте в рукав нормальную руку и отведите ее на 180 градусов. Натягивание ткани от нормальной руки до запястья пораженной оденет рукав рубашки на нормальную руку
4. опустите руку и натяните рукав на пораженную руку выше локтя
5. продолжайте согласно шагам 6 – 9 метода I

Снимание рубашки:

1. расстегните рубашку
2. нормальной рукой стяните рубашку с плеч, сначала с пораженной стороны, затем с нормальной стороны
3. стяните манжет с нормальной руки
4. снимите весь рукав, «вытряхивая» нормальную руку из рукава
5. наклонитесь вперед, пронесите рубашку за спиной и стяните рукав с пораженной руки.

Одевание рубашки

Метод III:

1. расположите рубашку и действуйте соответственно шагам 1 – 4 в методе I
2. натяните рукав до плеча на пораженную руку
3. захватите уголок воротника рубашки нормальной рукой, наклонитесь вперед, пронесите руку над головой и перенесите рубашку к непораженной стороне
4. просуньте нормальную руку в рукав и выпрямите руку вверх и в сторону
5. расправьте и застегните рубашку как в пп.8 и 9 метода I

Брюки

На брюках рекомендуется иметь не тугую пуговицу. Брюки лучше иметь на размер больше, чем носили до заболевания. Лучше, если они будут широкие у щиколотки. Брюки одеваются после носок, но до обувания.

Метод I

Одевание брюк:

1. сидя на устойчивом кресле
2. положение нормальной ноги: колено согнуто под углом 90 градусов, стоит по средней линии тела. Нормальной рукой дотянитесь до лодыжки пораженной ноги. Поднимите пораженную ногу и положите на нормальную, скрестив их
3. натяните штанину на пораженную ногу так, чтобы стопа полностью прошла через всю штанину. не натягивайте штанину выше колена, иначе будут трудности при одевании нормальной ноги.
4. поставьте ноги рядом, перенесите пораженную ногу за лодыжку
5. вставьте в другую штанину нормальную ногу и натяните брюки до бедер как можно выше. Если Вы сидите на кресле-каталке, поднимите подставки под ноги.
6. если Вы можете сделать это безопасно, встаньте и натяните брюки до верха. Чтобы предотвратить падение брюк во время вставания, поместите пораженную руку в карман брюк или поместите 1 палец пораженной руки за пояс
7. пуговицу застегивайте сидя. Если в положении стоя хорошо сохраняете равновесие, застегните пуговицу и молнию стоя.

ЭТАПЫ ПРОПИСЫВАНИЯ КРЕСЛА-КАТАЛКИ ИЛИ АДАПТИРОВАННОГО СИДЕНИЯ

Командная (междисциплинарная) консультация
Оценка
Определение целей
Измерения
Интерпретация полученных данных
Междисциплинарное обсуждение и общий вывод
Прописывание
Пробное использование
Поддержка (финансирование)
Окончательное назначение
Обучение пользованию
Текущий контроль

Медицинский аспект

- диагноз / прогноз
- ограничение движения
- дыхательные проблемы
- желудочно-пищеводный рефлюкс
- боль / дискомфорт
- зрительный/слуховой дефицит
- нарушения чувствительности
- уровень понимания
- лекарства
- анамнез

Текущие потребности

- окружающая обстановка (дом, работа, учеба)
- общество
- местность
- потребности в восстановлении
- средства общения
- компьютер
- приспособления
- вопросы транспортировки

Текущее оборудование

- тип/размер кресла/коляски
- адаптационные системы кресла
- средства, уменьшающие давление на ткани
- полезные черты
- причины, почему эта система не подходит
- время, которое пациент будет проводить в кресле

Состояние кожи

- предыдущие повреждения
- состояние кожи сейчас
- зоны нечувствительности
- потенциальные зоны сдавления
- осведомленность о необходимости и способах ухода за кожей
- способность уменьшать сдавление тканей (приподнимать ягодицы, переносить вес)

Текущий функциональный статус

- методы передвижения
- выносливость
- методы пересаживания
- поза сидя
- баланс
- необходимость поддержки
- способность изменить положение тела
- уровень глобальных и тонких движений
- ежедневная активность: еда, питье, гигиена, туалет, одевание, другие
- общение

ОЦЕНКА

Неврологический статус

- мышечный тонус (туловище, руки, ноги)
- рефлекторная активность (асимметричный и симметричный шейные тонические рефлексы)
- спазмы (судороги)
- клонус стопы

Опорно-двигательный аппарат

- деформации позвоночника и конечностей (фиксированные/нефиксированные)
- асимметрия таза, позвоночника, длина ног
- амплитуда движений
- мышечная сила / выносливость
- носимые ортезы

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАНГЕТ

Причины назначения лангет:

- предотвращение снижения амплитуды движения, связанного с нарушенным мышечным тонусом, укорочением мышц и мягких тканей
- увеличение амплитуды движения
- уменьшение отека
- улучшение / поддержка выравнивания сустава
- поддержка гигиены кисти и ухода за кожей

Лангеты

- изготавливаются из термопластичных материалов
- стремятся поддерживать физиологическое положение кисти (10-15° тыльного сгибания в запястье, 10° ульнарной девиации, пястно-фаланговые и межфаланговые сочленения 45°)
- всегда имеют ремешок, перекинутый через тыльную сторону кисти для создания стимуляции мышц-антагонистов

Категорически нельзя распластывать кисть, в которой существует повышение мышечного тонуса сгибателей, на плоской лангете, сделанной из фанеры. Это приводит к нарастанию тонуса и деформации суставов.

В Приложении № 6-9 Представлена форма, которую следует заполнять при назначении лангеты.

ОБУСТРОЙСТВО ДОМА

Важно, чтобы пациент в своем доме чувствовал себя комфортно и безопасно. Возможно, в доме нужно кое-что изменить или добавить, например:

- в гостиной на одно из мягких кресел, на котором пациент любит сидеть, положить сложенное одеяло – кресло станет выше и тверже, с него будет легче вставать;
- в спальне в шкафу переложить белье так, чтобы полка, на которой хранятся его вещи была на уровне груди, ходите он или сидите в кресле-каталке;
- на кухне иметь высокую табуретку – на нее удобно ненадолго присаживаться, это поможет не устать во время приготовления пищи, так как часть работы можно сделать сидя высоко у стола;
- в ванной комнате: закрепленная на краях ванны доска – пациент сможет сесть на нее стоя ногами на полу, а затем повернуться и перекинуть ноги в ванну. Бывает полезным прибитый над ванной поручень (это может быть Г-образный специальный поручень или просто 2 дверные ручки). Их следует установить так, чтобы за одну (короткую, укрепленную горизонтально) пациент мог придерживаться сидя на доске, а за другую (длинную, вертикальную) держаться стоя под душем;
- в туалете тоже стоит установить поручни. Принцип – как в ванной;
- во всем доме: так ли нужны ковры на полу? Они могут стать причиной падения (правда падать будет мягче)

ПРАКТИЧЕСКИЕ СОВЕТЫ ДЛЯ ЛЮДЕЙ СО СЛАБОСТЬЮ РУКИ:

САМОУХОД

Захват многих предметов, таких как нож, бритва, зубная щетка можно облегчить, используя:

- резиновую, пластиковую или толстую поролоновую трубку, прикрепленную на ручку предмета
- пояс с кармашком для удержания ножа, который крепится через ладонь и завязывается на тыльной стороне кисти

Использовать кисть будет легче, если предплечье поддержано на определенной высоте:

- стол с регулируемой высотой
- кроватиный поднос с ножками
- поддерживатели для предплечья, прикрепленные к подлокотникам кресла

Включение крана:

- резиновая, пластиковая или другая насадка на кран
- рычаги на кран

Использование мочалки:

- мочалка-руковичка
- мочалка на длинной ручке

Использование мыла:

- мыло положить в сеточку и на веревочке повесить на шею
- использовать жидкое мыло в диспенсере
- мыльница и мыло с магнитом

Вытирание:

- легкий махровый халат
- ручное полотенце, висящее на крючке за петельку

Чистка зубов:

- насадка для утолщения зубной щетки
- зубная щетка с удлиненной ручкой
- электрическая зубная щетка
- заменить чистку зубов использованием ополаскивателя для полости рта

Бритье:

- утолщение или удлинение ручки бритвы
- легкая электробритва
- может быть настало время отрастить бороду?

Уход за ногтями:

- ножницы или кусачки, которые легко можно взять и удержать
- пилка для ногтей с большой ручкой
- пилка для ногтей, прибитая к столу или укрепленная на стене

Уход за волосами:

- таз с углублением под шею, позволяющий мыть голову сидя или в кровати
- расческа с удлиненной или утолщенной ручкой
- приделать к щетке петлю, чтобы можно было удерживать ее всей кистью
- причесываться легче, когда локти находятся на опоре (на столе), а голова немного опущена вниз

Пользование туалетом:

- салфетки вместо рулона туалетной бумаги
- на нужной высоте прикрепить на стену поручни, за которые можно придерживать

Одевание:

- определенная последовательность действий
- липучки вместо шнурков на обуви
- длинный рожок

Использование ножа:

- удлинение, утолщение рукоятки ножа
- одеть на кисть поясок с кармашком для ножа
- ножи, а также вилки и ложки специального дизайна – с ручкой под углом и с утолщенной рукояткой

Тарелки:

- чтобы избежать выпадения пищи использовать глубокие тарелки или пластиковые бортики, прикрепленные на тарелку
- чтобы тарелка не скользила по столу, использовать нескользящие подставки или подстелить сырое посудное полотенце

Чашки:

- использовать пластиковые чашки, которые легко поднять
- использовать чашки с двумя ручками
- если трудно поднять чашку и нет проблем с глотанием, можно пить через соломинку

ДОМАШНЕЕ ХОЗЯЙСТВО

Приготовление пищи:

- подстелить нескользящие материалы или сырое полотенце, чтобы посуда или разделочная доска не скользили по столу
- разделочная доска с ограничителями для ломтика хлеба для намазывания масла
- электрический самовар для наливания в чашку кипятка

Перенос предметов:

- некоторые предметы можно переносить в большом кармане фартука или в сумке с ремнем через плечо
- высокий сервировочный столик

Дверные ручки и замки:

- пластиковые увеличители, одетые на ручки
- ключ с удлиненным, увеличенным захватом

Телефон:

- кнопочный телефон
- телефон с памятью номеров

Дверной замок, включающийся при легком нажатии

ДОСУГ

Чтение:

- для поддержки книг, журналов использование специальный столик с меняющейся высотой и наклоном
- использовать специальный материал, чтобы книга не скользила по столу
- использовать зажим на страницу

Письмо:

- чтобы легче было удерживать ручку в руке, на нее можно одеть резиновую или поролоновую насадку
- фломастерами писать легче
- если возможно, использовать печатную машинку или компьютер

УПРАВЛЕНИЕ УТОМЛЯЕМОСТЬЮ

ПРАКТИЧЕСКИЕ СОВЕТЫ

Кухня:

- Часто используемая домашняя утварь должна быть под рукой. Расположите ее так, чтобы исключить наклоны и подъемы «на носочки».
- Хранить сковороды и кастрюли рядом с плитой, а тарелки и чашки рядом с обеденным столом.
- Найдите постоянное место на кухонном столе для таких тяжелых бытовых приборов, как комбайн или тостер.
- На кухне должны быть стулья разной высоты, для поддержания оптимального положения туловища при выполнении работы. Правильное положение поможет избежать усталости. Например: сядьте на стул, когда готовите еду; если Вам нужно стоять продолжительное время, ставьте по очереди то правую, то левую ногу на маленькую скамеечку - Ваша спина устанет гораздо меньше. Используйте стул на колесиках для перемещения по кухне.
- Если Вам нужно перенести несколько предметов или какую-то тяжелую вещь, используйте столик (тележку) на колесиках.
- Располагайте самую необходимую кухонную утварь не в шкафу, а на полках снаружи.
- Используйте бумажное полотенце, одноразовую посуду и алюминиевую фольгу. Это сохранит Ваши силы.

Приготовление еды:

- Обеспечьте хорошее освещение и вентиляцию.
- Используйте, когда это возможно, бытовую технику (комбайн, миксер, тостер).
- Микроволновая печь поможет сократить время, затраченное на приготовление пищи.
- Тяжелые предметы лучше передвигать по поверхности стола, а не поднимать.
- Используйте влажную ткань или специальную не скользкую поверхность, чтобы предметы, которыми Вы пользуетесь оставались на месте.
- Соберите все необходимые компоненты, затем сядьте и займитесь приготовлением пищи.
- Используйте разделочную доску с гвоздиками для фиксации продукта, который Вы хотите нарезать.
- Приобретая готовые к употреблению замороженные продукты или полуфабрикаты, Вы экономите свое время и силы.
- Выстилайте сковороду для выпечки фольгой, чтобы посуда оставалась чистой.
- Замачивайте сковороды и кастрюли, тогда Вам не придется скоблить их.
- Используйте дуршлаг, чтобы вынуть сваренные овощи из кипятка, тогда Вам не придется поднимать тяжелую кастрюлю.
- Приготовьте двойное количество еды и заморозьте половину, чтобы использовать ее позже.
- Старайтесь приготовить пищу в первой половине дня, если знаете, что вечером это будет очень утомительно для Вас.

Уборка:

- Убирайте каждый день понемногу, а не проводите генеральную уборку раз в неделю
- Во время уборки делайте наиболее трудоемкие дела в несколько этапов. Замените сложные методы уборки на более легкие.
- Если Вам необходимо перенести инвентарь, необходимый для уборки, из одной комнаты в другую, используйте столик (тележку) на колесиках.
- Сделайте длинные рукоятки для щеток и веника, тогда Вам не придется наклоняться и вставать «на носочки».

(название лечебно-профилактического или социального учреждения)

Карта наблюдения пациента эрготерапевтом № _____

Дата: « _____ » _____ 200__ года

1. Пациент.

1.1 Амбулаторный 1.2 Стационарный

1.3 Осмотрен впервые 1.4 Осмотрен повторно (№ _____)

2. Ф.И.О. _____

3.1 Возраст _____ 3.2 Пол муж / жен

4. Дом. адрес. _____ телефон _____

5. Инвалидность _____

6. Основной медицинский диагноз _____

7. Анамнез заболевания. _____

8. Социальный статус:

8.1 Место проживания _____

8.2 Условия проживания _____

8.3 Состав семьи _____

8.4 Материальные условия _____

8.5 Социальное окружение/ухаживающие _____

9. Профессиональная ориентация:

9.1 Образование _____

9.2 Профессия _____

9.3 Профессиональный статус в настоящее время _____

10. Наличие и характер ограничений в повседневной жизнедеятельности (активности)

11.1 Любимые занятия: _____

11.2 Приоритеты _____

12. Осмотр.

12.1 Двигательные функции _____

12.2 Когнитивные функции _____

13. Ресурсы пациента: _____

14. Проблемы пациента и их влияние на повседневную жизнедеятельность (активность):

14.1 С точки зрения пациента: _____

14.2 С точки зрения эрготерапевта: _____

15. Эрготерапевтические цели:

15.1 Долгосрочные: _____

15.2 Краткосрочные: _____

16. Планируемые мероприятия и рекомендации: _____

Дата следующего осмотра: « _____ » _____ 20 _____

Эрготерапевт: _____ /

ОЦЕНКА БОЛЬНОГО ОНМК ЭРГОТЕРАПЕВТОМ

Ф.И.О. _____

№ ист.б-ни _____ Возраст _____, Дата рождения: « _____ » _____ 19 _____

Дата заболевания « _____ » _____ 20 _____, Дата поступления « _____ » _____ 20 _____,

Диагноз: _____

Класс инсульта: пвмк, сак, тикб, чикб, ли, ивбб _____ Согласен на вмешательство ЭТ _____

Роль эрготерапевта объяснена _____ Согласен на ведение записей _____

Правша / левша Пораженная сторона _____ Степень пареза в руке: _____

Амплитуда движений в суставах: _____

Равновесие: В положении сидя _____ Статическое _____ Динамическое _____
 В положении стоя _____ есть / нет _____ есть / нет _____
 _____ есть / нет _____ есть / нет _____

Координация: _____

Шкала Бартела MMSE Память: _____

Гемигипостезия: тактильная _____, температурная _____, болевая _____, МСЧ _____

Сенсорное угасание _____

Гемианопсия _____ Зрительное угасание _____ Неглект: _____

Речь: дисфазия: сенсорная _____, моторная _____, дизартрия _____

Нарушение глотания: _____

Передвижение (Может самостоятельно=3, с помощью/приспособл.=2, не может=1)

	Дата оценки			
1. Может ли повернуться на бок?				
2. Может ли сесть в кровати?				
3. Может ли сидеть на кровати?				
4. Может ли пересесть в прикроватное кресло?				
5. Может ли пересесть на прикроватный туалет?				
6. Может ли стоять?				
7. Может ли ходить?				

Прием пищи (Может самостоятельно=3, с помощью/приспособлениями=2, не может=1)

1. Может ли есть за прикроватным столом?				
2. Может ли есть за общим столом?				
3. Сохраняет ли симметричную позу?				
4. Может ли есть самостоятельно?				
5. Может ли держать ложку в правой (левой) руке?				
6. Может ли помогать себе левой (правой) рукой?				

Самообслуживание (Может самостоятельно=3, с помощью/приспособл.=2, не может=1)

1. Может ли вымыть руки и лицо из тазика, сидя в прикроватном кресле?				
2. Может ли вымыть руки и лицо, сидя перед раковиной?				
3. Может ли вымыть руки и лицо, стоя перед раковиной?				
4. Может ли включить кран?				
5. Может ли пользоваться мылом?				
6. Может ли почистить зубы?				
7. Может ли побриться?				
8. Может ли пользоваться полотенцем?				
9. Может ли пользоваться туалетной бумагой?				
10. Может ли причесаться?				
11. Может ли вымыться в ванне?				

Одевание (Может самостоятельно=3, с помощью/приспособлениями=2, не может=1)

1. Может ли надеть футболку?				
2. Может ли надеть рубашку без пуговиц (халат)?				

3. Может ли надеть рубашку с пуговицами?			
4. Может ли надеть штаны (юбку) без пуговиц?			
5. Может ли надеть штаны (юбку) с пуговицами?			
6. Может ли надеть тапки?			
7. Может ли надеть ботинки без шнуровки?			
8. Может ли надеть ботинки со шнуровкой?			

Общение (Может самостоятельно=3, с помощью=2, не может=1)

1. Может ли общаться?			
2. Может ли общаться с помощью речи?			
3. Может ли общаться с помощью знаков?			
4. Телефон			
5. Компьютер			

Приготовление пищи (Может самостоятельно=3, с помощью/приспособл.=2, не может=1)

1. Чай			
2. Бутерброд			
3. Холодное блюдо			
4. Горячее блюдо			

Домашняя работа (Может самостоятельно=3, с помощью/приспособл.=2, не может=1)

1. Стирка			
2. Уборка			
3. Покупки			
4. Открывать/закрывать входную дверь			
5. Пользоваться ключами			
6. Другое:			

Продуктивность / роль (Может самостоятельно=3, с помощью=2, не может=1)

1. Уход за детьми / внуками / др.			
2. Работа / учеба			
3. Другие:			

Досуг (Может самостоятельно=3, с помощью=2, не может=1)

1. Интересы в прошлом			
2. Настоящие интересы/активности			
Итого:			

Заключение:

Дата:			
Краткосрочные цели МДБ:			
Краткосрочные цели ЭТ:			
Подпись:			

Фамилия И.О. _____ Палата № _____

Дата					
<u>Стул</u> 0 = нарушение 1 = периодическое нарушение 2 = норма					
<u>Мочевыпускание</u> 0 = нарушение 1 = периодическое 2 = нет нарушений (в теч.7 дней)					
<u>Уход за собой</u> 0 = нуждается в помощи 1 = самостоятельно					
<u>Пользование туалетом</u> 0 = полностью зависим 1 = нуждается в помощи 2 = самостоятельно					
<u>Прием пищи</u> 0 = не может есть 1 = нуждается в помощи 2 = самостоятельно					
<u>Переход в положение сидя</u> 0 = не удерживает равновесие сидя 1 = может сесть со значительной помощью 2 = небольшая помощь 3 = самостоятельно					
<u>Передвижение</u> 0 = отсутствие возможности перемещаться 1 = самостоятельно в кресле 2 = ходит с помощью 1 человека 3 = самостоятельно					
<u>Одевание</u> 0 = полностью зависим 1 = нуждается в помощи 2 = самостоятельно					
<u>Ходьба по ступеням</u> 0 = не может 1 = нуждается в помощи 2 = самостоятельно вверх и вниз					
<u>Прием ванны</u> 0 = с помощью 1 = самостоятельно					
ВСЕГО (0 – 20)					
Группа I (0 – 5 баллов)					
Группа II (6 – 10 баллов)					
Группа III (11 – 15 баллов)					
Группа IV (16 – 20 баллов)					

ПРИМЕЧАНИЯ ПО ПОЛЬЗОВАНИЮ ШКАЛОЙ БАРТЕЛА

Старайтесь оценивать больного по тому, *что Вы видите*, информация из истории болезни и других источников может быть не точной. В шкале отмечается что пациент *действительно* делает. "Самостоятельно" означает отсутствие какой-либо помощи со стороны других людей, но предполагает использование *приспособлений*.

Подсчитанное общее количество баллов по шкале является ориентировочным показателем и используется при наблюдении больного в динамике.

Больной с 11 баллами может быть выписан домой при обеспечении максимального ухода за ним, 16 баллов указывают на возможность частичного ухода.

Замечания по отдельным графам:

СТУЛ:

- 2 полностью контролируется, возможно использование слабительных средств
- 1 периодическое недержание (менее 1 раза в неделю) или необходимость **клизмы**
- 0 более тяжелые степени расстройств

МОЧЕИСПУСКАНИЕ:

- 2 всегда сухой и может самостоятельно пользоваться средствами гигиены типа наружного катетера и мочеприемника
- 1 периодические случаи недержания (менее 1 раза в день) или нуждается в помощи при использовании гигиенических средств
- 0 любые более тяжелые нарушения

УХОД ЗА СОБОЙ:

- 1 самостоятельное умывание, причесывание, бритье и чистка зубов
- 0 нуждается в помощи при любом из перечисленных действий

ПОЛЬЗОВАНИЕ ТУАЛЕТОМ:

- 2 способен сесть и встать без поддержки, одеться, пользоваться туалетной бумагой, спустить воду, опорожнить переносной туалет (который может стоять где это удобно, но не должен кем-либо подвигаться к пациенту)
- 1 требуется минимальная помощь для соблюдения равновесия, одевания или пользования туалетной бумагой. Эта помощь должна быть минимальная
- 0 требуется более значительная помощь чем указанная выше

ПРИЕМ ПИЩИ:

- 2 способен использовать любые предметы, резать пищу, намазывать масло (т.е. есть обычную пищу) в любое время
- 1 нуждается в некоторой помощи, например в нарезывании или в намазывании
- 0 нуждается в более значительной помощи, например кормления

ПЕРЕХОД В ПОЛОЖЕНИЕ СИДЯ:

- 3 не нуждается в помощи, включая складывание кресло-каталки
- 2 нуждается в минимальной помощи - может быть легко перемещен одним человеком
- 1 требует значительной помощи: два человека или один сильный, сидеть может без поддержки
- 0 не может сидеть или требуется полностью пассивный подъем двумя людьми или использование подъемника

ПЕРЕДВИЖЕНИЕ:

- 3 может использовать различные ходунки (но не кресло-каталку), скорость не имеет значения, но должен быть способен пройти 50 метров или по всей квартире
- 2 требуются речевые указания или физическая поддержка, включая помощь при вставании или подача ходунков
- 1 самостоятельно перемещается в кресле-каталке, может объехать углы
- 0 не способен к каким-либо перемещениям

ОДЕВАНИЕ:

- 2 способен выбрать и одеть любую необходимую одежду, способен застегивать "молнии", пуговицы, зашнуровать шнурки
- 1 требуется помощь, но самостоятельно может одеться наполовину (обычно верх)
- 0 требуется более значительная помощь, чем указано выше

ХОДЬБА ПО СТУПЕНЯМ:

- 2 самостоятельная, включая способность нести приспособления для ходьбы (если необходимо)
- 1 нуждается в речевых указаниях или физической поддержке или в ношении ходунков
- 0 не способен (небезопасно, требуется лифт)

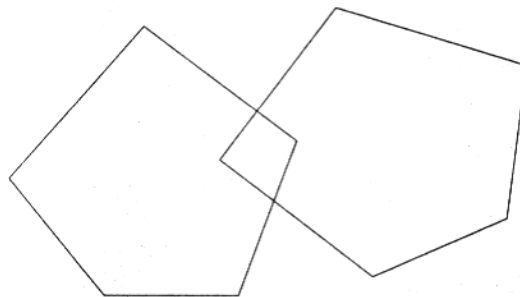
ПРИЕМ ВАННЫ:

- 1 способен забраться в ванну и выйти из нее или из душевой кабины, помыть все тело, может пользоваться любыми приспособлениями или просто помыться стоя
- 0 не может самостоятельно вымыть все тело

MMSE Mini-Mental State Examination

Краткая шкала оценки ментального статуса

1.	Назовите год, время года, число, день, месяц.	(0-5)
2.	Где мы находимся? (Страна, область, город, клиника, этаж)	(0-5)
3.	«Повторите и постарайтесь запомнить три слова: карандаш, дом, копейка». Максимально разборчиво со скоростью 1 слово в 1 секунду следует предъявить слова столько раз, сколько необходимо, чтобы испытуемый правильно их повторил, но оценивается в баллах только первое повторение.	(0-3)
4.	Последовательное вычитание из 100 по 7. Достаточно 5 вычитаний (93, 86, 79, 72, 65). Каждая ошибка снижает результат на 1 балл.	(0-5)
5.	Вспомните слова, которые заучивались в п. 3	(0-3)
6.	Узнавание испытуемым ручки, часов.	(0-2)
7.	Повторите словосочетание «никак если и или но»	(0-1)
8.	3-этапная команда: «Возьмите правой рукой лист бумаги, сложите его вдвое и положите на стол»	(0-3)
9.	Прочтите и выполните задание: Закройте глаза	(0-1)
10.	Напишите предложение (должно быть грамматически законченное)	(0-1)
11.	Скопируйте рисунок	(0-1)



28 – 30
24 – 27
20 – 23
11 – 19
0 – 10

Опросник по ежедневной активности

Действия	Могу	Могу с трудом	Не могу	Комментарии
<u>Подвижность</u>				
Ходьба дома				
Ходьба вне дома				
Ходьба по лестнице				
Передвижение в кресле-каталке				
Сесть и встать из кресла-каталки				
Сесть в машину и выйти из нее				
Вождение машины				
Пользование общественным транспортом				
<u>Перемещения</u>				
Сесть и встать из домашнего кресла				
Лечь и встать из кровати				
Перевернуться, сесть в кровати				
Сесть и встать с унитаза				
Пользоваться туалетной бумагой				
Сесть и выйти из ванны				
<u>Самообслуживание</u>				
Вымыть и вытереть лицо и руки				
Вымыть и вытереть верхнюю часть тела				
Вымыть и вытереть все тело				
Почистить зубы				
Выдавить зубную пасту из тюбика				
Подстричь ногти				
Причесать волосы				
Макияж, бритье				
<u>Половая активность</u>				
Сексуальные взаимоотношения				
<u>Одевание</u>				
Одеть/раздеть верхнюю часть тела				
Одеть/раздеть нижнюю часть тела				
Справиться с пуговицами, молнией				
Одеть носки, чулки				
Одеть/снять обувь				
Одеть/снять протез				
<u>Еда, питье</u>				
Разрезать продукты				
Пить из кружки				

<u>Приготовление еды, напитков</u>				
Приготовить горячие напитки				
Пользоваться плитой (электрической или газовой)				
Пользоваться кастрюлями				
Пользоваться теркой				
Открывать банки, бутылки, консервы				
Открывать пакеты				
Стоять во время приготовления пищи				
<u>Домашнее хозяйство</u>				
Пользоваться электрической вилкой и розеткой				
Пользоваться пылесосом				
Пользоваться веником				
Вытирать пыль				
Включать/выключать кран				
Ручная стирка				
Машинная стирка				
Развешивать белье				
Гладить				
Поднимать вещи с пола				
<u>Общее</u>				
Открывать/закрывать входную дверь				
Пользоваться ключами, замком				
Обращаться с деньгами				
Пользоваться телефоном				
Писать				
<u>Делать покупки</u>				
<u>Работа</u>				
Можете ли вы работать?				
Выполнять различные задания на работе				
<u>Досуг</u>				
Заниматься обычным досугом				
Пользоваться пультом переключения телевизионных программ				

Есть ли у Вас какие-либо другие трудности? Пожалуйста, опишите ниже: _____

Какова Ваша основная проблема, которую бы Вы хотели преодолеть?

СПАСИБО ЗА ЗАПОЛНЕНИЯ АНКЕТЫ

КАНАДСКАЯ ОЦЕНКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Ф.И.О. клиента:		
Возраст:	Пол:	№ ист.б-ни.:
Респондент (если не клиент):		
Дата оценки:	Запланированная дата повторной оценки:	Дата повторной оценки:

Эрготерапевт:
Учреждение:
Программа:

<p>Шаг 1: ИДЕНТИФИКАЦИЯ ВИДОВ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ Для идентификации затруднений при выполнении деятельностей, расспросите клиента о его ежедневных активностях по самоуходу, продуктивной деятельности и досуге. Попросите клиента назвать те виды активности, которые он/она хочет выполнять, должен выполнять или те виды деятельности, которые от него ждут другие. В этом поможет обдумывание типичного дня. Затем попросите клиента определить те активности, которые вызывают затруднения или не приносят удовлетворения из-за того, как они были сделаны. Запишите эти проблемы активностей в Шагах 1А, 1В и 1С.</p>	<p>Шаг 2: ПРИОРИТЕТЫ (рейтинг важности) используя балльные карты, попросите пациента определить степень от 1 до 10 важность каждой активности. Запишите рейтинг активностей в графах Шагов 1А, 1В и 1С.</p>
<p>Шаг 1А: Самоуход</p> <p>Личный уход _____ (напр. одевание, купание, прием пищи, гигиена) _____</p> <p>Функциональная мобильность _____ (пересаживание, ходьба по дому, вне дома) _____</p> <p>Управление в обществе _____ (напр. пользование транспортом, покупки, деньги) _____</p>	<p>ВАЖНОСТЬ</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Шаг 1В: Продуктивность</p> <p>Оплачиваемая/неоплачиваемая работа _____ (напр. волонтерство, основная работа) _____</p> <p>Домашний труд _____ (напр. уборка, стирка, приготовление пищи) _____</p> <p>Игра/школа _____ (напр. навыки игры, домашние задания) _____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

Шаг 1С: Досуг	ВАЖНОСТЬ
«Тихие» увлечения (например, хобби, ремесла, чтение)	_____

Активный отдых (напр. спорт, прогулки, путешествия)	_____

Социальное общение (напр. визиты, телефонные звонки, вечеринки, переписка)	_____

Шаги 3 и 4: ГРАДАЦИЯ – ПЕРВИЧНАЯ ОЦЕНКА И ПОВТОРНАЯ ОЦЕНКА

Выберите с клиентом 5 наиболее важных проблем и запишите их ниже. Пользуясь балльными картами, попросите клиента определить степень *выполнения* каждого действия и *удовлетворенности* выполнением этого действия. Подсчитайте общее количество баллов. Общее количество очков подсчитывается сложением *выполнения* или *удовлетворенности* по всем проблемам и делением на *количество проблем*. При повторной оценке, клиент вновь выставляет баллы (степень) по каждой проблеме для *выполнения* и *удовлетворенности* выполнения. Подсчитайте новые баллы и изменения в баллах.

Первичная оценка:			Повторная оценка:	
Проблемы выполнения действия:	Выполнение 1	Удовлетворенность 1	Выполнение 1	Удовлетворенность 1
1. _____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____	_____
Баллы: <input type="text"/> Общее кол-во баллов за выполнение / кол-во проблем = _____ Общее кол-во баллов = выполнение / удовлетвор. баллы / кол-во проблем = _____	Выполнение баллы 1 = _____	Удовлетворенность баллы 1 = _____	Выполнение баллы 2 = _____	Удовлетворенность баллы 2 = _____
ИЗМЕНЕНИЕ В ВЫПОЛНЕНИИ = выполнение баллы 2 <input type="text"/> - выполнение баллы 1 = <input type="text"/>				
ИЗМЕНЕНИЕ В УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ = удовл баллы 2 <input type="text"/> - удовлетвор. баллы 1 = <input type="text"/>				

Дополнительные заметки и информация:

Первичная оценка: _____

Повторная оценка: _____

ВЫПОЛНЕНИЕ

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
не могу легко
сделать могу сделать

ВАЖНОСТЬ

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
совсем не очень
имеет значения важно

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
совсем полностью
не удовлетворена удовлетворена

ОЦЕНКА ВОСПРИЯТИЯ.

Ф.И.О. _____ Возраст _____

История болезни № _____ Дата осмотра _____ Дата заболевания _____

Образование _____ Кем работает _____

Данные компьютерной томографии _____

1. Доминирующая поза в положении сидя: симметричная, PULL, PUSH.

Коррекция _____

2. Зрительные нарушения:

Гемианопсия: да, нет, неизвестно;

Зрительное угасание: да, нет, неизвестно

3. Чувствительность:

а) поверхностная да, нет

в) проприоцепция да, нет

б) болевая да, нет

г) сенсорное угасание да, нет

4. Когнитивные функции:

а) Назвать: Собственный возраст Время года Текущий год

б) Запомнить и назвать через 5 минут: Семёнова живёт на ул. Есенина в
Мурманске

в) Назвать где сейчас находится

г) Узнавание двух лиц

д) Назвать: свою дату рождения, годы Второй Мировой войны, имя президента

е) Вычитание 3х из 20,17... в обратном порядке

5. Оценка праксиса:

Узнавание предметов: да/нет

Конечности - копирование действий: карандаш (да, нет), расчёской (да, нет),
зубной щёткой (да, нет).

Серийные действия: имитация приготовления чая: да, нет

6. Осознание дефекта (в чём конкретно проявляется нарушение) _____

7. Зрительное невнимание к поражённой стороне (неглект):

Называние окружающих предметов

Тест с вычеркиванием

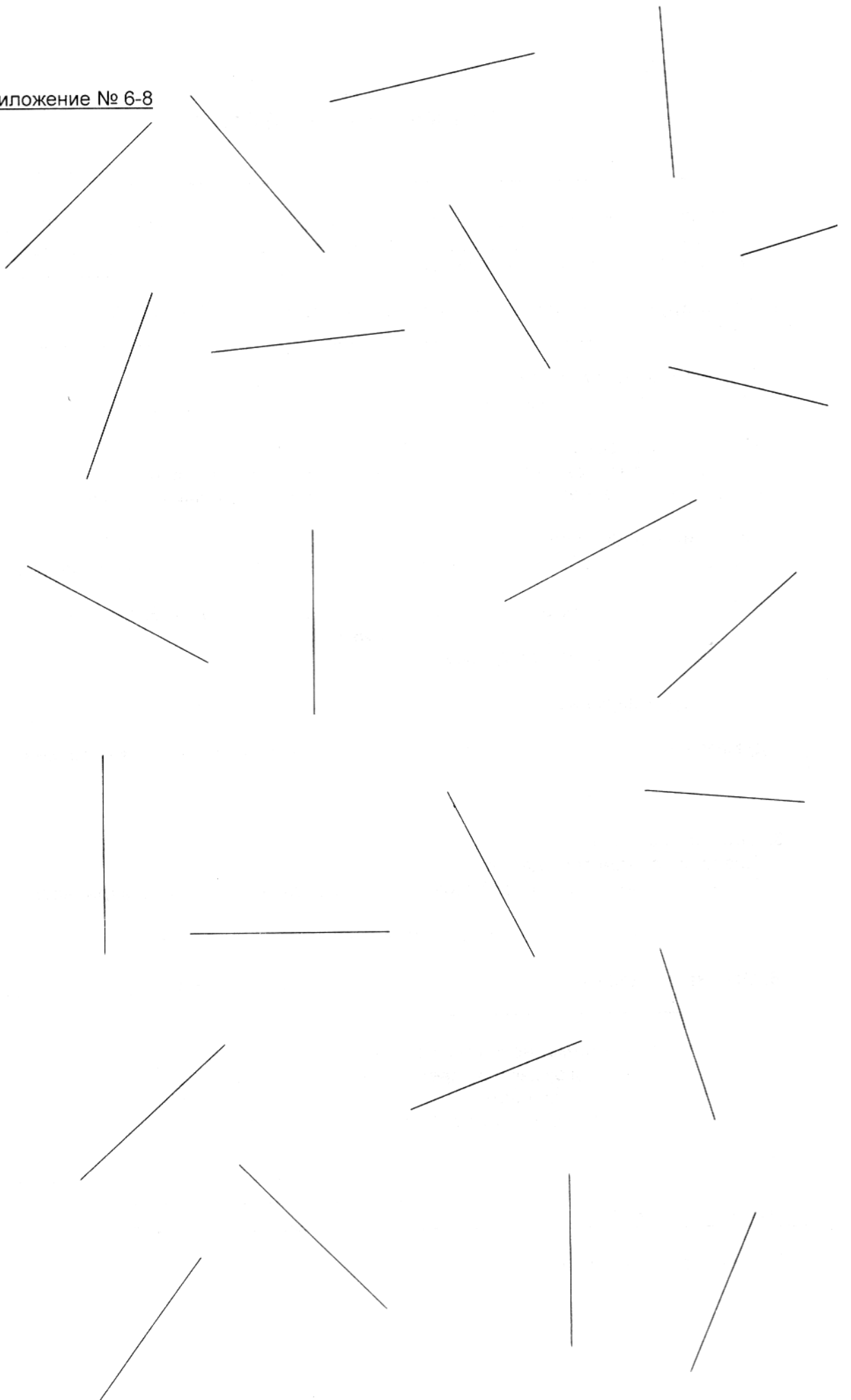
Рисование цветка и циферблата

Основные проблемы: _____

Краткосрочные цели: _____

Подходы к лечению: _____

Приложение № 6-8



НАЗНАЧЕНИЕ ЛАНГЕТЫ

Клиент _____

Адрес _____

Тип лангеты _____

Материал _____

Дата изготовления лангеты _____ Дата повторного осмотра _____

Должность специалиста, назначившего ношение лангеты _____

Ф.И.О. _____ Тел. _____

ЦЕЛЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАНГЕТЫ: _____

Время ношения:

Носите лангету:	С	по	С	по
Ночью				
Днем				
Через каждые 2 часа по 2 часа				
Другое				

ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ МАТЕРИАЛЫ:

Ворлоу Ч.П. и др. «Инсульт. Практическое руководство для ведения больных»
Изд. «Политехника» 1998

Джексон Терез, материалы семинаров по эрготерапии 1998, 2002

Джексон Терез, «Occupational Therapy and Stroke», 2001

Ларссон Г.С. Материалы курса обучения русских врачей эрготерапии, 2001-2003

Тотолян Н.А., Камаева О.В., Тищенко М.Е., Готовчиков А.А., Рассеянный склероз,
Санкт-Петербург Пионер Москва Астрель АСТ 2001