

**Львівський державний університет фізичної культури
імені Івана Боберського**

**Факультет фізичної терапії та ерготерапії
Кафедра фізичної терапії та ерготерапії**

ГАВАЛКО І. В.

ЛЕКЦІЯ № 8

**Ерготерапевтичне оцінювання пацієнтів із порушенням когнітивних
функцій**

з навчальної дисципліни
«ЕРГОТЕРАПІЯ»

План лекції

1. Поняття про когнітивні порушення, когнітивна реабілітація
2. Принципи та фактори, що впливають на обстеження когнітивних функцій
3. Методи обстеження. Тести. Шкали

викладач Гавалко Ірина Василівна

Тривалість лекції – 2 академічні години.

1. Поняття про когнітивні порушення, когнітивна реабілітація

Когнітивні порушення – це суб'єктивне чи/і об'єктивне погіршення когнітивних функцій в порівнянні з вихідним індивідуальним чи середнім віковим і освітнім рівнями внаслідок ураження головного мозку, що впливає на ефективність навчання, професійної, побутової і соціальної діяльності. Під когнітивними функціями розуміють найбільш складні функції головного мозку (пам'ять, гнозис, мовлення, праксис, інтелект), за допомогою яких здійснюється процес раціонального пізнання світу і забезпечується цілеспрямована взаємодія з ним. Пам'ять – це здатність головного мозку засвоювати, зберігати та відтворювати необхідну для поточної діяльності інформацію. Функція пам'яті пов'язана з діяльністю всього головного мозку в цілому, але особливе значення у процесі запам'ятовування поточної інформації мають структури гіпокампу.

Під гнозисом розуміють функцію сприйняття інформації, її обробки та синтезу елементарних сенсорних відчуттів у цілісні образи. Первинні порушення гнозису (агнозії) розвиваються при патології задніх відділів кори головного мозку, а саме скроневої, тім'яної та потиличної часток. Мовлення – це здатність обмінюватись інформацією за допомогою висловлювань. Порушення мовлення (афазії) найчастіше розвиваються при патології лобних чи скронево-тім'яних відділів головного мозку. При цьому ураження скронево-тім'яних ділянок призводить до різного роду розладів розуміння мови, а при патології лобних часток первинно порушується здатність виражати думки за допомогою висловлювань. Праксис – це здатність набувати, зберігати та використовувати різноманітні рухові навички. Апраксії найчастіше розвиваються при патології лобних часток (порушується здатність побудови рухової програми) та тім'яних часток (неправильне використання частин тіла у процесі рухового акту при збереженій здатності до побудови рухової програми). Інтелект – це здатність зіставляти інформацію, знаходити спільне і відмінне, формувати судження та умовиводи. Інтелектуальні здібності забезпечуються інтегрованою діяльністю головного мозку в цілому.

Визначення реабілітації когнітивних функцій

Реабілітація когнітивних функцій – це систематично та функціонально орієнтована сукупність терапевтичних видів діяльності, які засновані на оцінюванні та розумінні поведінкових дефіцитів мозку людини (Academy of Rehabilitation Medicine, 1992).

Куліштяк визначає реабілітацію когнітивних функцій у більш широкому значенні цього слова як функціональну адаптацію людини з пошкодженням головного мозку до повсякденної діяльності (самообслуговування, проведення дозвілля, рекреаційна діяльність, виконання професійної діяльності у повній, або ж адаптованій мірі, а також виконання інших соціальних і приватних функцій). Цей погляд є дуже близьким для ерготерапії.

У вузькому сенсі когнітивним ретренуванням (реабілітацією, тренуванням, відновленням вищих психічних функцій) розуміємо систематичні зусилля, спрямовані на покращення дефіцитів мозку, які на деяких рівнях порушують обробку інформації, що приходить у мозок зсередини і ззовні організму (Куліштяк, 2003).

Ціль реабілітації когнітивних функцій

Ціль охоплює відновлені функції, які були втрачені або порушені внаслідок пошкодження мозку. Ціль полягає у тому, щоб лікувати «реальну людину» у «реальному світі». У першу чергу реабілітацією когнітивних функцій займаються клінічний психолог і нейропсихолог. Основний обсяг їхньої роботи стосується, перш за все, діагностики, яка, завдяки початку застосування методів візуалізації, повільно відступає на задній план. У сфері розробки плану

лікування, його оцінки та регулярного контролю особа клінічного психолога незамінна.

Власне регулярне проведення терапії у світі часто забезпечують інші професії зі сфери охорони здоров'я з відповідною освітою (наприклад, спеціальні педагоги, клінічні логопеди, ерготерапевти). Ерготерапевти є відповідними особами для проведення реабілітації когнітивних функцій, тому що сприймають пацієнта цілісно (сутність професії ерготерапевта базується на цілісному погляді на людину), а в обстеженні та терапії вони, перш за все, зосереджуються на функціональних видах діяльності, які пацієнти не здатні самостійно виконувати через порушення когнітивних функцій.

Метою ерготерапії є досягнення максимальної самодостатності та незалежності людини у заняттєвій активності (у домашньому, робочому та соціальному середовищі).

У пацієнтів після пошкодження мозку щоденна рутина, обов'язкова для виконання активність повсякденного життя часто забута, і пацієнти мають проблеми з виконанням автоматизованих раніше рухів і з плануванням повсякденної діяльності. У такому випадку рутинна повсякденна заняттєва активність являє собою нездоланну проблему не тільки для пацієнта, але й для сім'ї та всього його оточення.

Можливості реалізації ерготерапевта у сфері реабілітації когнітивних функцій є досить широкими і фокусуються переважно на окремих повсякденних діях й активності, в якій проявляється вплив порушення основних когнітивних функцій. Одна заняттєва активність може вимагати функціонування кількох когнітивних систем. Наприклад, похід за покупками передбачає ініціювання дії, планування, запам'ятовування окремих пунктів переліку покупок, орієнтацію у приміщенні магазину, пригадування пунктів зі списку покупок і реалізацію покупки. Кожен окремий акт у цій заняттєвій активності має різні когнітивні вимоги, а також спосіб та обрані стратегії є дуже індивідуальними для кожної людини.

Ерготерапевт також використовує у своїй роботі взаємодію між пацієнтом, здійснює аналіз заняттєвої активності, та середовища. Пацієнт певним способом реагує на середовище в залежності від стану захворювання й особистих уподобань. Середовище може бути для пацієнта як стимулюючим, так і обмежуючим.

Ерготерапевт повинен вміти аналізувати кожен нову ситуацію, а також бути здатним відповідним способом пристосувати середовище. Зміни у середовищі є часто просто необхідні в процесі одужання пацієнта. Пацієнт так вчиться реагувати на ці зміни та відповідним чином коригувати свою поведінку. Пацієнт або терапевт часто так може застосувати нову стратегію в терапії когнітивних функцій.

Не в останню чергу ерготерапевт пропонує підтримку в рамках своєї терапії, причому не тільки пацієнтові, але й його сім'ї. Не слід забувати про те, що мова йде про відносно великі проблеми пацієнта та його сім'ї, які іноді важко розпізнати, і які викликають також різну реакцію оточення. Для пацієнта важливо спочатку вимежувати його проблеми та знайти основні ресурси, якими пацієнт може користуватися при терапії. Цим ерготерапевт допомагає пацієнтові прийняти дану ситуацію та впоратися з його інвалідністю.

2. Принципи та фактори, що впливають на обстеження когнітивних функцій. Загальні принципи обстеження когнітивних функцій

Покладатися на клінічне мислення.

Спостереження часто більш важливі, ніж результат тестування в балах.

Враховувати важливість особистого анамнезу.

Оцінювати динаміку сім'ї та соціальних стрес-факторів.

Очікувати мінливість.

Фактори, що впливають на обстеження та терапію когнітивних функцій

Мова йде про мінливі фактори з точки зору:

пацієнта (вік, мотивація/афект, преморбідна особистість, стан пам'яті та навчання перед хворобою, медикаментозна терапія)

пам'яті (розпізнавання, простір, часовий погляд, контекст, асоціація, амнезія)

завдання (інтеграція інформації, обстеження, тривалість завдання, рухова складова завдання, комплексність, швидкість, сприйняття, значимість)

Оцінювання прогресу терапії

Оцінювання прогресу терапії охоплює наступні пункти:

самооцінку пацієнта

оцінку з боку інших пацієнтів (наприклад, у групі, під час регулярних щотижневих, щомісячних зустрічей)

опитування членів сім'ї й опікунів (наприклад, у формі анкети, інтерв'ю)

самостійність при використанні відповідних стратегій (з одного боку старих стратегій,

які вже використовувалися пацієнтом перед хворобою, а також нових, яким він навчився під час терапії)

підвищений рівень усвідомлення

подолання ситуацій у повсякденному житті

При розробці плану втручання для когнітивних функцій ерготерапевт базується на результатах **психологічного (або логопедичного) обстеження**, але одночасно використовує й свої **власні діагностичні процедури**, які, безумовно, краще відповідають потребам професії.

Оцінювання є частиною всіх етапів процесу лікування, від початкових етапів спостереження до оцінки результатів лікування.

Вступна розмова з пацієнтом та його сім'єю приносить подальше уточнення і доповнення медичного й психологічного обстеження. На підставі розмови ерготерапевт може з'ясувати мотивацію пацієнта до певної заняттєвої активності, наприклад, зі сфери продуктивної діяльності або дозвілля (за інтересами чи спорту). Потім він далі суб'єктивно оцінює його здібності та можливі недоліки, які пацієнт сам усвідомлює та які перешкоджають йому у виконанні обраної діяльності. Терапевт також може обговорити у розмові з пацієнтом та його сім'єю різні стратегії, які пацієнт використовує, щоб подолати певний дефіцит тощо. Одночасно можна також визначити погляд пацієнта на його ситуацію.

При обстеженні когнітивних функцій ерготерапевт може обрати один з двох підходів: **підхід знизу – вгору (bottom – up)** оцінювання окремих когнітивних функцій (пам'ять, увага, просторове сприйняття і под.)

підхід зверху – вниз (top – down) – використання цілеспрямованої та значущої заняттєвої активності, коли терапевт структуровано спостерігає за пацієнтом, який виконує певне заняття. Вибір підходу завжди залежить від можливостей ерготерапевта та стану здоров'я пацієнта.

Аналіз заняттєвої активності

Основним методом оцінювання та втручання в ерготерапії є аналіз заняттєвої активності, що означає розподіл завдання на окремі етапи й оцінку їх терапевтичного потенціалу. У більшості випадків погіршене виконання завдання легко визначається на підставі спостереження, якщо труднощі викликані проблемами в області моторики, але когнітивні або пізнавальні проблеми часто приховані. Включення аналізу перцептивних і когнітивних складових кожного заняття у загальне функціональне оцінювання залежить від

того, наскільки ерготерапевт розуміє проблематику відновлення когнітивних функцій.

Вибір часу проведення аналізу заняттєвої активності

для виявлення складності обраного заняття, його терапевтичного потенціалу

для «фазування» заняттєвої активності (визначить, з якою фазою пацієнт впорається самостійно, або з допомогою)

для визначення стратегій, які пацієнт обирає для виконання заняттєвої активності, або її частини

для можливості підвищення складності заняття

Аналіз заняттєвої активності охоплює широкий спектр дій з області самодогляду (персональної та інструментальної активності повсякденного життя (ADL та IADL), продуктивної діяльності чи дозвілля.

Існує кілька загальних когнітивних вимог, які є необхідними для кожної заняттєвої активності:

- орієнтація та планування на початку заняття
- вирішення проблем і спостереження протягом заняття
- впорядкування дій – послідовність заняття й оцінювання виконаного завдання

Необхідно усвідомлювати, що при виконанні деяких видів повсякденної діяльності та робочих завдань існує більше можливостей впорядкування окремих етапів. Тому слід враховувати попередні звички конкретного пацієнта. Наприклад, при одяганні пацієнт може починати з майки, білизни або шкарпеток.

Оцінювання зорового сприйняття не може відбутися до моменту, коли пацієнт буде здатний реагувати на стимул комплексно, а не генералізовано та локалізовано. Тобто ерготерапевт скоріше спостерігає за спонтанними рухами. Нездатність перетину серединної осі, ігнорування кінцівки, далі некоординовані рухи у просторі можуть свідчити про зорове та просторове порушення або про порушення схеми тіла. Протягом тренування ADL ерготерапевт може побачити також порушення схеми тіла, апраксію, порушення зорово-рухової інтеграції.

Специфічні тести для оцінювання перцепції проводять тільки у більш пізній період, коли пацієнт здатний зберігати увагу та достатньо зрозуміти інструкції тесту.

Оцінювання когнітивних функцій

На початку захворювання ерготерапевт може тільки спостерігати відсутні або порушені когнітивні здібності, наприклад, погіршену орієнтацію, концентрацію уваги, дефіцит пам'яті, планування, рівень спонтанної поведінки.

У пацієнтів після пошкодження мозку також часто виникають порушення в афективній області. Можна спостерігати часті зміни настрою, плаксивість, емоційні прояви, депресію або агресивну поведінку пацієнта. Рекомендується звертати увагу на цю область вже з самого початку й обговорити цілковиту всю проблему в рамках міжпрофесійного колективу. Потім ерготерапевт може за допомогою аналізу заняттєвої активності запропонувати іншу стратегію або середовище таким чином, щоб досягти полегшення симптомів пацієнта в цій області.

Рекомендована література:

1. Белова А. Н. Шкалы, тесты и опросники в реабилитации больных / А. Н. Белова, О. Н. Щепетова. – Москва : Антидор, 2002. – С. 53–55. 2.
2. Анатомія людини : навч. посіб. / М. Я. Гриньків, Ф. В. Музика, С. М. Маєвська, Т. М. Куцериб. – Львів : ЛДУФК, 2013. – 128 с.
3. Коритко З. Загальна фізіологія : навч. посіб. / Зоряна Коритко, Євген Голубій. – Львів : ПП Сорока, 2002. – 141 с.
4. Крук Б. Фізична реабілітація при порушенні діяльності нервової системи : курс лекцій / Богдан Крук. – Львів: ЛДУФК ім. Івана Боберського, 2017. – 61 с.
5. Лікувальна фізична культура при захворюваннях нервової системи : анот. бібліогр. покажч. / уклад. Ірина Свістельник. – Львів : [б. в.], 2016. – 18 с.
6. Мазепа М. А. Использование принципов доказательной медицины в практике физической терапии и эрготерапии // Здоровье для всех : материалы VII Междунар. науч.-практ. конф. – Пинск : ПолесГУ, 2017. – С. 147–152.
7. Мазепа М. А. Загальний огляд хворого : метод. вказівка / Мазепа М. А. – Львів, 2018. – 3 с.
8. Мазепа М. А. Огляд окремих частин тіла : метод. вказівка / М. А. Мазепа. – Львів, 2018. – 2 с.
9. Музика Ф. В. Нервова система. Спинний мозок : лекція з навчальної дисципліни "Анатомія людини" / Музика Ф. В. – Львів, 2019. – 10 с.
10. Музика Ф. Головний мозок : лекція з навчальної дисципліни "Анатомія людини" / Музика Ф. В. – Львів, 2019. – 10 с.
11. Музика Ф. Рухова активність осіб похилого віку України та Польщі / Федір Музика, Назарій Куриш // Молода спортивна наука України : зб. наук. пр. з галузі фіз. виховання, спорту і здоров'я людини / за заг. ред. Євгена Приступи. – Львів, 2013. – Вип. 17, т. 4. – С. 105 – 110.
12. Паєнок О. Провідні шляхи головного і спинного мозку : тези лекції з навчальної дисципліни «Фізична реабілітація в неврології» / Олександр Паєнок. – Львів, 2017. – 5 с.
13. Паєнок О. Загальний огляд нервової системи. Головний і спинний мозок : лекція / Олександр Паєнок. – Львів, 2017. – 5 с.
14. Паєнок О. Кровообіг головного та спинного мозку. Синдроми ураження окремих артерій мозку : тези лекції з навчальної дисципліни

«Фізична реабілітація в неврології / Олександр Паєнок. – Львів, 2017. – 5 с.

15. Фізична реабілітація : анот. бібліогр. покажч. / Ірина Свістельник. – Київ : Кондор, 2012. – 1162 с.

16. Шевага В.М. Захворювання нервової системи: підручник / Шевага В.М., Паєнок А.В. – Львів : Світ, 2004.