

ЗАКЛАД ВИЩОЇ ОСВІТИ
«УКРАЇНСЬКИЙ КАТОЛИЦЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

Факультет наук про здоров'я
Кафедра фізичної терапії та ерготерапії

МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

на тему:

Ерготерапія осіб із порушенням уваги після мозкового інсульту

Виконала:

студентка 6-го курсу, групи ЗФТ 19/М
Спеціальності фізична терапія, ерготерапія
Бутинська Оксана Василівна

Науковий керівник:

Доцент, кандидат наук з фізичного
виховання і спорту
Рокошевська Віра Вікторівна

Львів 2021

АНОТАЦІЯ

Бутинська О. В. Ерготерапія осіб із порушенням уваги після мозкового інсульту – магістерська робота зі спеціальності 227. Фізична терапія, ерготерапія – Вищий навчальний заклад «Український католицький університет», Львів 2021.

Ключові слова: ерготерапія, когнітивні порушення, мозковий інсульт, порушення уваги.

В магістерській роботі розглядаються особливості ерготерапії осіб із порушенням уваги після мозкового інсульту. Було розроблено методику обстеження та дві індивідуальні програми ерготерапії для осіб із порушенням уваги після мозкового інсульту, а також розроблені методичні рекомендації для ерготерапевтів, які працюють з такими особами. Індивідуальні програми ерготерапії сприяють покращенню уваги, збільшують виконання та задоволення від виконання діяльності, яка важлива для осіб після перенесеного мозкового інсульту та зменшують вплив когнітивних порушень на повсякденну життєдіяльність особи.

ABSTRACT

Butynska O. V. Occupational therapy for people with attention impairment after stroke – Master's thesis in specialty 227. Physical therapy, occupational therapy - Ukrainian Catholic University, Lviv 2021.

Key words: occupational therapy, cognitive impairment, stroke, attention impairment.

The presented master's thesis reveals the features of occupational therapy for people with attention impairment after stroke. Examination methods and two individual occupational therapy programs for people with impaired attention after stroke and guidelines for occupational therapists who work with such people have been developed. Individual occupation therapy programs help to improve attention,

increase performance and enjoyment of activities, that are important for people after stroke and reduce impact of cognitive impairment on a person's daily life.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ	5
ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ I. ОСОБЛИВОСТІ ЕРГОТЕРАПІЇ ОСІБ ІЗ ПОРУШЕННЯМ УВАГИ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО МОЗКОВОГО ІНСУЛЬТУ	9
1.1. Інсульт: види, наслідки та клінічна картина.....	9
1.2. Порухення уваги після перенесеного інсульту. Механізм уваги та її види	13
1.3. Ерготерапевтичне втручання після перенесеного інсульту	24
Висновки до розділу 1	29
РОЗДІЛ II. МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	31
2.1. Методи дослідження	31
2.2. Організація дослідження.....	36
РОЗДІЛ III. ІНДИВІДУАЛЬНІ ПРОГРАМИ ЕРГОТЕРАПІЇ ОСІБ ІЗ ПОРУШЕННЯМ УВАГИ ПІСЛЯ МОЗКОВОГО ІНСУЛЬТУ	38
3.1. Особливості програм ерготерапії для осіб із порушенням уваги після інсульту.....	38
3.2. Результати дослідження	50
Висновок до розділу 3.....	58
ВИСНОВКИ	60
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ	61
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	66
ДОДАТКИ	74

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я.

ГМ – головний мозок.

МІ – мозковий інсульт.

МКФ – Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я.

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я.

ADLs – Activities of daily living – активності повсякденного життя.

APT – Attention Process Training programs.

IADLs – Instrumental activities of daily living – інструментальна активність повсякденного життя.

СОРМ – Канадська оцінка виконання діяльності.

WFOT – Всесвітня організація ерготерапевтів.

WSO – World Stroke Organization – Всесвітня організація інсульту.

ВСТУП

За статистикою МОЗ в нашій країні трапляється близько 150 тис. інсультів і понад 100 тис. людей помирає від порушень кровотоку мозку [13]. В останні роки спостерігається зростання частоти інсультів серед людей працездатного віку і лише частина із них повертається до роботи, близько третини інсультів виникають до 60 років. Інсульт супроводжується функціональними, когнітивними, психічними та соціально-економічними порушеннями, які погіршують якість життя осіб та надалі впливають на емоційне та фінансове навантаження їхніх сімей [13,6]. На 2021 рік лікування мозкових інсультів в Україні залишається пріоритетним напрямком у Програмі медичних гарантій [14].

Порушення когнітивних функцій є частим явищем після перенесеного інсульту, найбільш ураженими доменами є увага та виконавчі функції. Також інсульт вважають основною причиною довготривалих фізичних порушень у дорослих та другою за частотою причиною смерті [21].

Порушення уваги після перенесеного інсульту виявляться в таких дефіцитах як: зниження концентрації уваги, відволікання уваги, зниження контролю над помилками, труднощі із виконанням декількох дій одночасно, розумова повільність та психічна стомлюваність. Будучи посередником інших процесів, дефіцит уваги може також погіршити вищі когнітивні функції, такі як мова та пам'ять [60]. Також при порушенні уваги спостерігається ускладнення процесу реабілітації та збільшення ризику падінь [52]. Дефіцит уваги може викликати труднощі із виконанням повсякденної діяльності (прийом душу, одягання, прийом їжі, тощо) та інструментальних видів повсякденної активності, що в результаті призводить до зменшення незалежності людини та збільшує навантаження на родичів та опікунів [48].

В Україні у закладах охорони здоров'я ерготерапевти обмежені у виборі засобів втручання не тільки через те, що пацієнти перебувають у підгострому та гострому періодах реабілітації, але й через брак приміщень та ресурсів. Внаслідок цього цілі ерготерапевтів часто зосереджені на відновленні навичок

щодо самообслуговування. Але мало уваги приділяється відновленню когнітивних навичок і проблем, які пов'язані з психічним здоров'ям пацієнта [10].

На сьогоднішні є недостатньо висвітленні та науково-методично обґрунтовані засоби ерготерапії при порушеннях уваги в осіб після перенесеного мозкового інсульту [10,25,57]. Таким чином розробка програм ерготерапії осіб із порушенням уваги після мозкового інсульту є актуальною.

Мета дослідження: обґрунтувати та розробити програми ерготерапії для осіб із порушенням уваги після перенесеного мозкового інсульту.

Завдання дослідження:

1. Вивчити та проаналізувати літературу за обраною темою дослідження, ознайомитися з особливостями ерготерапії осіб з порушенням уваги після перенесеного мозкового інсульту.

2. Розробити методику ерготерапевтичного обстеження та дві індивідуальні програми ерготерапії для осіб із порушенням уваги після перенесеного мозкового інсульту.

3. Перевірити ефективність розроблених програм ерготерапії для осіб із порушенням уваги після мозкового інсульту.

4. Розробити методичні рекомендації для ерготерапевтів, які працюють з особами із порушенням уваги після мозкового інсульту.

Методи дослідження:

1. Теоретичний аналіз та узагальнення літературних джерел.

2. Соціологічні методи дослідження (збір анамнезу, спостереження, бесіда та анкетування).

3. Клінічно-інструментальні методи (COPM, Trail making test, Stroop test, індекс активності в повсякденному житті (шкала Бартел), шкала інструментальної повсякденної активності Лоутон).

4. Методи математичної статистики.

Організація дослідження:

Дослідження проводилося у 4 етапи:

Перший етап (червень – жовтень 2020 р.) – вивчення проблеми, обґрунтування мети, розробка плану дослідження, аналіз вітчизняної та зарубіжної літератури по даній темі.

Другий етап (жовтень 2020 – лютий 2021 р.) – розробка дизайну дослідження, визначення критеріїв включення та виключення, підбір клінічно-інструментальних методів та початкова розробка програм ерготерапії для осіб із порушенням уваги після мозкового інсульту.

Третій етап (березень 2021) – завершення розробки та реалізації програм ерготерапії для осіб з порушенням уваги після мозкового інсульту.

Четвертий етап (квітень 2021) – збір та аналіз отриманих результатів з використанням методів математичної статистики. Розробка методичних рекомендацій для ерготерапевтів, які працюють з особами із порушенням уваги після мозкового інсульту.

Практичне значення: дослідження полягає в розробці індивідуальних програм ерготерапії, які б покращили повсякденне життя осіб з порушенням уваги після мозкового інсульту.

Наукова новизна: обґрунтовано доцільність використання програм ерготерапії, які спрямовані на покращення когнітивних функцій, таких як увага у пацієнтів після перенесеного інсульту. А також розроблено методичні рекомендації для ерготерапевтів, які працюють з особами із порушенням уваги після інсульту, що можуть бути застосовані фахівцями у їхній терапевтичній діяльності.

РОЗДІЛ І. ОСОБЛИВОСТІ ЕРГОТЕРАПІЇ ОСІБ ІЗ ПОРУШЕННЯМ УВАГИ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО МОЗКОВОГО ІНСУЛЬТУ

1.1. Інсульт: види, наслідки та клінічна картина

ВООЗ пропонує таке визначення інсульту «це клінічний синдром швидкого розвитку ознак фокальної чи глобальної втрати мозкових функцій, що тривають 24 годин і більше або призводять до смерті при відсутності не судинних причин» [5].

«План дій боротьби з інсультом на 2018-2030 роки» визначає, що інсульт може спричинити більше ніж одне порушення, що впливає на повсякденне життя особи, тому важливо надати можливість особам із функціональними та когнітивними обмеженнями залишатися у суспільстві та бути незалежними від сторонньої допомоги, мати змогу працювати та здобувати освіту [33].

Б. Д. Брей [31] зазначає, що лікування інсульту при спеціалізованій реабілітації та кваліфікованій сестринській допомозі знижує ризик смертності та функціональної неспроможності пацієнта. ВООЗ визначає реабілітацію як «комплекс заходів, що допомагають особам, які відчують або можуть відчувати функціональну неспроможність, досягти та підтримувати оптимальне функціонування у взаємодії із навколишнім середовищем» [5]. Реабілітація повинна бути мультидисциплінарною та включати фізичного терапевта, ерготерапевта, терапевта мови та мовлення, за потреби соціальних працівників та психологів [33].

Слід зазначити, що важливим є також поінформованість осіб, які перенесли інсульт та їхніх родичів щодо реабілітації, виписки та подальшого спостереження. Дослідження показали, що надання інформації пацієнтам покращило їхню задоволеність та обізнаність від процесу лікування, а також вплинуло на зменшення депресії. Коли інформація надавалася таким чином, щоб активніше залучати пацієнта, пропонуючи йому ставити запитання, це мало більший вплив на його настрій, в порівнянні з інформацією, яка надавалася тільки один раз [33,44].

WSO (World Stroke Organization) – Всесвітня організація інсульту визначає, що є пріоритетним оцінка і розгляд найкращих способів покращення якості життя після перенесеного інсульту [73]. Життя після інсульту є дуже важливою сферою, вона включає як і дітей, які перенесли інсульт, так і дорослих, які отримали його в пізньому віці, а також їхніх членів сім'ї, родичів, друзів, які забезпечують підтримку та догляд за особою, що може впливати та зменшувати і їхню якість життя також [33].

Виділяють два види інсультів – ішемічний та геморагічний. Ішемічний інсульт виникає внаслідок дефіциту кровотоку в ділянці головного мозку, а геморагічний відбувається через крововилив в речовину головного мозку, що спричинено здебільшого розривом артеріальних або артеріовенозних аневризм [18].

До основних факторів виникнення інсульту належать: спадкова (сімейна) схильність, вік (понад 40 років), психоемоційне перенапруження, малорухливий спосіб життя, ожиріння, паління, надмірне вживання алкоголю, неправильне харчування (надмірне споживання кухонної солі та тваринного жиру), артеріальна гіпертензія, гіпертонічні кризи, цукровий діабет, надмірна вага, склероз серцевих судин, аневризми судин головного мозку [6,18].

Т. І. Негрич, Н. Л. Боженко та Ю. Л. Матвієнко [15] виділяють дві групи факторів ризику виникнення інсульту:

1. Фактори ризику, що не модифікуються:

- вік (в осіб понад 40 років інсульт зустрічається в 17 разів частіше, ніж у молодому віці);
- стать (чоловіки мають більшу схильність до серцево-судинних захворювань, ніж жінки);
- спадковість (інсульти або атеросклероз артерій у родичів) [15].

2. Фактори ризику, які модифікуються:

- артеріальна гіпертензія;
- цукровий діабет;

- гіпергомоцистеїнемія;
- вживання алкоголю та тютюнопаління;
- підвищення концентрації холестерину в крові вище 5,5 моль/л;
- прийом контрацептивів;
- зайва вага;
- малорухливий спосіб життя;
- клапанні вади серця;
- депресія в анамнезі;
- виразка або стеноз вертебральної артерії [15].

Учені Б. Норрвінг та Дж. Барік [33] виділяють чотири категорії проблем, які виникають після перенесеного інсульту: проблеми здоров'я (сюди входять постінсультні функціональні порушення, психологічні та когнітивні дефіцити), проблеми активності (дозвілля, повернення на роботу/навчання, роль в сім'ї, використання транспортних засобів та доступ до них, заведення нових знайомств та підтримання дружніх стосунків), проблеми пристосування та благополуччя (проблеми навколишнього середовища, щастя та задоволеність життям, конкретні особисті проблеми, такі як: сон, секс, стомлюваність і впевненість), проблеми інформації та підтримки для особи, яка перенесла інсульт та для її опікунів.

В залежності від ділянки ураження мозку спостерігаються різні порушення після перенесеного інсульту. Найчастішим наслідком після інсульту є рухові порушення, такі як односторонні геміплегії та геміпарези. У 50 % осіб після інсульту спостерігається слабкість м'язів верхньої кінцівки, що надалі може призвести до болю в плечі та набряку самої кінцівки. Після інсульту змінюється тонус м'язів паретичних кінцівок (частіше підвищується тонус м'язів за спастичним типом, рідше виникає м'язова гіпотонія). Також розвиваються трофічні порушення такі як: «синдром болючого плеча», відлежени, м'язові атрофії, артропатії суглобів кінцівок, які є паретичними. Порушується чутливість (майже третя частина хворих, які перенесли інсульт мають розлади

суглобово-м'язового відчуття, внаслідок чого ускладнюється виконання цілеспрямованого руху). У деяких осіб після інсульту виникає центральний больовий синдром (вогнище виявляється в ділянці зорового бугра) [1,6,15].

Також важливо зазначити, що майже 2/3 осіб, які перенесли інсульт зазнають когнітивних порушень. Когнітивні порушення проявляються у: зменшенні концентрації уваги, відволіканні, підвищувальній втомлюваності при розумовій роботі, недостатністю когнітивного контролю, порушенням пам'яті, орієнтації, розуміння та супроводжуються проблемами із навчанням [17,21,56,60]. Особи після перенесеного інсульту, які мають когнітивні порушення, окрім, функціональних порушень, повільніше відновлюються та є більш залежними від допомоги оточуючих [17,87]. Перенесення інсульту може спричинити мовні порушення (проявляються втратою моторної або сенсорної функції мови). Приблизно у 20% осіб виникають дефекти полів зору, у 10-20% з'являється зорова неухважність. Розлади психіки можуть виникати при будь-якій ділянці локалізації ураження в корі великого мозку, але найчастіше вони виникають при ураженні лобових часток [15].

Віддаленні наслідки після інсульту проявляють приблизно у третини осіб функціональною неспроможністю, погіршенням когнітивних функцій та психічного здоров'я. Особи, які перенесли інсульт зазначають, що вони відчують невдоволені потреби у соціальних стосунках, спілкуванні, також часто відчують самотність та мають фінансові проблеми [33,65]. У зв'язку з збільшенням числа осіб, які перенесли інсульт є важливо, щоб ті, хто вижив після інсульту та їхні родини мали можливість покращити їх якість життя та досягнути максимального рівня незалежності. Якість життя рекомендується розглядати в залежності від етапу життя людини та її пріоритетів, також з урахування умов проживання, можливості здобуття освіти та повернення на роботу [33].

1.2. порушення уваги після перенесеного інсульту. Механізм уваги та її види

Когнітивні функції – це свідомі та несвідомі процеси, які пов'язані із набуттям нових навичок, міркуванням та маніпулюванням інформацією (пам'ять, увага, мова, сприйняття тощо) [57]. Зазначені функції взаємодіють, як з нейро-поведінковими, фізіологічними та іншими психічними факторами, так і з фізичним, соціальним та культурним середовищем, здійснюючи вплив на професійні показники та здоров'я людини в цілому [26].

Особи після перенесеного інсульту зазнають дефіциту уваги, який залежить від локалізації ураження ділянки головного мозку [26]. Дефіцит уваги, недостатність її властивостей та функцій може зумовлюватись, як психосоціальними чинниками (стрес, неврози, тощо), так і органічними. Серед останніх значне місце посідає інсульт [77]. І хоч, увага після перенесеного інсульту з часом може відновитися, однак у 20-50% цей дефіцит може залишитися стійким протягом багатьох років [27]. Цей дефіцит уваги впливає на всі когнітивні функції, зокрема, порушення уваги негативно впливає на процес сприйняття, що зумовлює розгубленість особи у навколишньому середовищі. Це зумовлюється тим, що недостатність процесу сприйняття погіршує селекцію інформації, яка знаходить до мозку, де важлива для актуального завдання інформація утримується, а малозначна загальмовується [25].

Поширеними скаргами при порушенні уваги є: погана концентрація уваги та відволікання при наявності відволікаючих факторів у середовищі; труднощі переключення з одного завдання на інше; проблеми із виконанням кількох завдань одночасно; труднощі із виконанням завдань великого обсягу [20,50]. Незначні зміни уваги можуть мати великий вплив на повсякденну життєдіяльність людини, на здатність до навчання, обмежують діяльність та участь. Як відомо, за допомогою уваги особа справляється з постійними змінами зовнішнього та внутрішнього середовища [65].

Особам із важким дефіцитом уваги важко дотримуватися режиму дня без

повторних зовнішніх підказок. Рутинні завдання, які раніше виконувалися автоматично, тепер вимагають значних зусиль. Відволікання та погана зосередженість зустрічаються у гострому періоді мозкового інсульту і пов'язані, зокрема, із проблемами статичної та динамічної рівноваги, а також з іншими функціональними порушеннями [80].

Тому, Баркер-Колло та інші [27] зазначають, що вибіркова та роздільна увага повинні бути в центрі уваги реабілітації. Окрім того, увага є ключовим компонентом у здобутті нових навичок, особливо на ранніх етапах навчання. Рання оцінка та відновлення уваги після перенесеного інсульту повинні бути частиною постінсультної реабілітації [26].

Час від початку інсульту є важливою змінною, яка впливає на дефіцит уваги. Цей дефіцит зберігається протягом тривалого періоду часу після інсульту [78]. Порушення уваги після виписки з лікарні спостерігається у 23-51 % пацієнтів, а чотири роки після інсульту у 20-43% [53].

В літературі виділяють такі теорії селекції уваги:

Д. Бродбент [32] запропонував теорію фільтру уваги, яка говорить про те, що людина може сприймати лише обмежену кількість інформації в певний момент часу. Якщо обсяг інформації є дуже великим, то людина використовує фільтри уваги, щоб сприйняти деяку інформацію, а деяку заблокувати. Два подразники, або повідомлення представленні одночасно сприймаються паралельно. Один з них пропускається через фільтр на основі фізичних характеристик, а інший залишається для подальшої обробки. Цей фільтр запобігає перенавантаженню організму.

Було досліджено метод «дихотомічного прослуховування», досліджуваним одночасно давали два навушники, але з різними потоками інформації та просили зосередитися на одному із них. Вкінці потрібно було розповісти історію, яка відтворювалася в навушниках. Дослідники помітили, що особи можуть відтворити інформацію, лише з одного навушника, а інформація з іншого ігнорується. Вони лише відзначали про те, якої статі був голос, чи він переривався, чи змінювався тембр, але зміст інформації втрачався [48].

Тоді Трейсман [84] запропонувала свою теорію фільтру уваги, яка є схожою до теорії Бродбента. Вона говорить про те, що інформація, яка надходить у фільтр не відкидається, а ослаблюється, або потрапляє в сенсорний регістр з меншою інтенсивністю. Обидва повідомлення проходять через фільтр, ґрунтуючись на певній фізичній ознаці, фільтр послаблює нерелевантні сигнали та легко пропускає сигнали, які є релевантними. Тоді всі повідомлення попадають в семантичний словник та обробляються змістовно.

Теорія пізньої фільтрації передбачає, що відбір інформації відбувається не на вході, а на виході після перцептивної обробки подразника. Вибір відповіді відбувається за оцінкою важливості та значущості інформації для суб'єкта, який відбувається автоматично шляхом посилення релевантного каналу на виході [40].

Гнучкий розподіл залежить від поставленої перед людиною задачі, якщо інформація необхідна, то ми її отримуємо, якщо ні, то ми не витрачаємо на неї ресурсів [55]. Канеман [55] припустив, що наші ресурси уваги це доступний для здійснення пізнавальних операцій рівень активації нашого мозку, не все йде на пізнання, частина ресурсів використовується на когнітивні операції. Він описує, що є один єдиний ресурс уваги та розглядає його як розумове зусилля. Це розумове зусилля визначається складністю завдання, чим завдання є складніше, тим воно вимагає більше уваги. Також зазначається, що людина має здатність розподіляти ресурс уваги між декількома завданнями, але успішність їх виконання залежить від інтенсивності та об'єму необхідних ресурсів [55]. Коли когнітивне навантаження велике, то особа більше відволікається на сторонні подразники та має труднощі із вибірковістю уваги [29].

У літературі [30,42] описують такі моделі зорової уваги:

Модель «прожектора» передбачає зосередження на центральній зоні уваги. Прожектор є як промінь, який вказує на якусь ділянку, все що знаходиться в промені обробляється, а все що поза ним залишається без уваги. Це свідчить про те, що фокус зорової уваги є обмеженим [30].

Тоді як модель «зум-об'єктива» передбачає, що ми можемо збільшувати

або зменшувати фокус уваги. Чим більший фокус уваги, тим повільнішою буде обробка інформації. Це свідчить про те, що увага може бути сфокусованою на великому та малому полі зору [42].

Р. Парасураман [69] виділив три компоненти уваги: 1) відбір, тобто механізми обробки одних вхідних даних, при цьому ігноруючи інші; 2) зосередженість, здатність підтримувати увагу певний час; 3) контроль, це можливість планувати та координувати різну діяльність (див. додаток А).

Коли людина уважна до чогось чи звертає на щось увагу, то в її мозку виникає збудження одних ділянок і гальмування інших, оптимальні збудження стають домінуючими та гальмують слабші збудження. Отже, збудження та гальмування є взаємопов'язаними [3]. Збудження – це фізіологічна активність кори ГМ, що виникає в стовбурі мозку, коли особа готова до дії. Фазове збудження – це швидка зміна збудження, що відбувається відповідно до зміни діяльності. Рівень збудження залежить від навколишніх умов та складності завдання. Підвищене збудження тривалий час в подальшому може призвести до стресу. Тоді як гальмування – це процес ЦНС, який проявляється пригніченням процесів збудження [3,4,48].

Зниження швидкості обробки інформації призводить до зменшення уваги, яка відображається у сповільненому скануванні інформації. Швидкість обробки інформації – це здатність помічати, отримувати, аналізувати, організовувати, використовувати та зберігати інформацію. Найважливішою метою втручання при зменшенні швидкості обробки інформації є допомогти пацієнтам із порушеннями усвідомити свої навички обробки інформації й розширити стратегій, які можуть бути використанні для роботи з ситуаційними та особистісними чинниками [9].

Здатність обробки інформації та чергування уваги між завданнями залежить від робочої пам'яті та центральних виконавчих процесів. Робоча пам'ять – це група процесів, які дозволяють зберігати інформацію, доки вона не використається або забудеться [24]. Шифрін та Шнайдер [76] виділяють два режими обробки інформації: автоматичний і контрольований. Автоматичний

вимагає мало витрати зусиль та самоконтролю та відбувається поза свідомим контролем. Тоді як контрольований вимагає великих зусиль об'єкта та самоконтролю, здебільшого він відбувається свідомо та вимагає зосередженості.

Автори Корбета та Познер та інші [38,70] виділяють такі системи, що забезпечують функціонування процесу уваги:

- Екзогенна система, яка є керована стимулом (виявляє подразники навколишнього середовища та автоматично переключає на них увагу). Ця система знизу вгору активується, коли є важливий і неочікуваний стимул (наприклад, рефлексорний рух очей у відповідь на об'єкт, що швидко рухається та знаходиться в полі зору), відбувається мимоволі, без наміру та усвідомленого втручання в поточну діяльність [38,70];

- Ендогенна (цілеспрямована) система, яка керується намірами людини, коли фокус увагу утримується на специфічній сенсорній інформації, яка надходить у мозок (наприклад, добровільне рішення подивитися в обидва напрямки перед тим як перейти вулицю). Ця система активується зверху вниз, її погіршення призводить до відволікання [38,70].

Обробка інформації знизу вгору залежить від стимулу та інформації, які подаються із навколишнього середовища, тоді як обробка зверху вниз керується концептуально, спираючись на інформацію, яка вже є в пам'яті. Сигнали знизу вгору з'являються в тім'яній корі, тоді як сигнали зверху вниз з'являються у фронтальній корі [38].

За спрямованістю розрізняють два типи уваги: зовнішню та внутрішню:

Зовнішня увага – це сприйняття предметів та явищ, що нас оточують та відображення їх у нашій свідомості, що може виявлятися у рухах голови, очей, міміці та виразах обличчя [3,4].

Внутрішня увага – це спрямованість на внутрішні переживання і думки, також вона відображається аналізом психічних процесів, які відбуваються в організмі [3,4].

Існує два типи умов, які впливають на увагу: зовнішні та внутрішні [23].

1. Зовнішні – це ті умови, які впливають на увагу та стосуються навколишнього середовища:

- тип стимулу (фокусування уваги залежить від стимулу, концентрація буде більшою, якщо подразник більш інтенсивніший і меншою, якщо слабший);
- певна форма (якщо об'єкт або мета мають певну форму, фокусування уваги є більш ефективним та інтенсивнішим);
- розмір (предмети великих розмірів привертають увагу легше, ніж предмети невеликих розмірів);
- новизна (об'єкти чи діяльність, яка є новою для людини потребує більше уваги);
- зміна стимулу;
- тривалість та інтенсивність стимулу [23].

2. Внутрішні – це ті умови, які стосуються самої особи.

- зацікавленість (до діяльності чи речей в яких особа зацікавлена та які є для неї важливими, вона буде більш уважна);
- минулий досвід;
- значення;
- необхідність [23].

Увага може бути спрямована у два способи [39]:

1. Відкрите (зовнішнє) переключення уваги – спрямування уваги на певний подразник (здійснення рухів голови та очей, щоб подивитися безпосередньо на предмет).

2. Прихована увага – увага до предмету або звуку за відсутності явних рухів відповідних рецепторів (наприклад, подивитись на предмет без руху очей) [39].

Згідно літературних джерел [3,35] виділяють такі різновиди уваги:

- мимовільна увага – це невольова увага, яка виникає несподівано без участі свідомості під впливом подразників, які впливають на аналізатори

організму;

- довільна увага – це увага, яка виникає свідомо та вимагає дій, зусиль та зосередженості на зовнішніх та внутрішніх подразниках.

Тоді як Вільям Джеймс [54] виділив такі типи уваги як:

- активна – коли контролюється зверху вниз цілями чи сподіваннями людини;
- пасивна – контролюється способом знизу вгору зовнішніми подразниками.

Мимовільну увагу забезпечує вентральна мережа уваги, яка контролює виявлення подразників, також вона запобігає відволіканню на нерелевантні подразники, відповідає за підтримання уваги до цілей, які забезпечуються процесом знизу вгору та є неочікуваними. Вентральна мережа уваги включає скоронево-тім'яне з'єднання та черпну коробку [36].

Довільну увагу забезпечують: дорсальна префронтальна кора (PFC-dorsolateral prefrontal cortex) і заднятім'яна кора (PPC-posterior parietal cortex), разом вони утворюють фронтопарієтальну мережу [75].

Як видно з опису структур мозку, їх ураження супроводжується випадінням одних якостей уваги при збереженні інших (табл. 1.1) [75].

Таблиця 1.1

Анатомічні структури, що відповідають за різні аспекти уваги

(Schoenberg & Scott, 2011)

Зона	Функція уваги
Верхній колікул	Автоматична орієнтація на зорові подразники
Нижній колікул	Бере участь в аналізі та виявленні слухових подразників
Висхідна активуюча сітчаста система	Забезпечує активуючу функцію кори для ініціювання та підтримки збудження необхідного для стійкості

Продовження таблиці 1.1

Таламус	Ураження цієї ділянки можуть призводити до порушення передачі сенсорної інформації, необхідної для стійкості та переключення уваги
Лімбічна система	Відповідає за виявлення подразників та чергування фокусу уваги
Тім'яна частка	Відіграє важливу роль в інтеграції сенсорної інформації від різних частин тіла, в розумінні чисел, співвідношень між ними та в арифметичних операціях. Ділянки тім'яної частки пов'язані з обробкою візуально-просторової інформації
Префронтальна кора	Відповідає за добровільне ініціювання та підтримку уваги, швидке чергування та переключення уваги
Дорсолатеральна лобова кора	Ініціювання фокусованої уваги
Орбітальна лобова кора	Підтримка фокусу уваги

Познер і Патерсен [70] припустили, що є три функціонально та анатомічно різні структури мозку задіяні у процесі зорової уваги: задня система уваги (posterior attentional system - PAS), передня система уваги (anterior attentional system - AAS) та система пильності (vigilance system - VS). Задня система уваги включає: верхній колікул, таламус, вторинні зорові зони, нижню скроневу частку та задню тім'яну частку. Просторова орієнтація, включаючи пошук об'єкта та огляд, залежить від задньої системи уваги (задня тім'яна доля, верхній колікули). Таламус пов'язаний з обробкою цільової інформації. Передня система уваги відповідає за робочу пам'ять та свідомий контроль

уваги. До неї входять такі структури мозку як: поясна звивина та лобова кора, а також вона має зв'язки з гіпокампом, мигдалиною та медіальною скроневою корою. Система пильності забезпечує підтримання стану настороженості. Права півкуля (зокрема, права передня область) і норадреналінова система беруть участь у підтримці зосередженості [70].

Клінічна модель уваги складається з п'яти компонентів (табл. 1.2.):

1. Фокусування уваги – це здатність реагувати на конкретні слухові, тактильні чи зорові подразники [48].

2. Стійкість уваги – це здатність підтримувати постійну поведінкову реакцію під час безперервної і повторювальної діяльності. Виділяють два підкомпоненти: 1) відсутність зосередженості; 2) підтримка реакції та зосередженості на задачі лише короткий проміжок часу. Вона також включає поняття розумового контролю та робочої пам'яті [48].

3. Селективність уваги – це здатність підтримувати увагу при відволікаючих факторах. Особи із порушенням цієї уваги легко відволікаються від завдання, яке вони виконують, коли є стимули відволікання (звук, світло, внутрішні фактори, переживання), також їм важко виконувати терапевтичні завдання в стимулюючому середовищі [77]. Такі особи не можуть фільтрувати шум та недоречні зорові подразники, їхня увага постійно спрямована на неактуальні зорові та слухові подразники [48].

У повсякденному житті ми використовуємо вибірккову увагу, коли шукаємо якусь потрібну нам інформацію, під час покупок, коли шукаємо потрібний нам товар у магазині, на автовокзалі при пошуку потрібного нам автобуса [48].

4. Переключення уваги – це здатність переключати фокус уваги з завдання на завдання з різними когнітивними вимогами, таким чином контролюючи, яка інформація буде оброблятися вибірково. Особі із порушенням цієї уваги важко переключитися із завдання на завдання, вона потребує додаткових підказок, щоб розпочати нову дію [77].

Фокус уваги може постійно змінюватися відповідно до навколишнього середовища та поставленого завдання. Переключення уваги відбувається у

відповідь на периферичний подразник, це може бути шум або рух якогось предмету чи об'єкту [48].

5. Розподілення уваги – це здатність реагувати або виконувати декілька завдань одночасно. Ця увага потрібна, коли потрібно виконувати дві діяльності одночасно [77].

Таблиця 1.2

Клінічна модель уваги

Фокусування уваги	Базові реакції на стимули (наприклад, поворот голови на звук)
Стійкість уваги	Зосередженість: підтримка уваги впродовж довгого часу під час безперервної активності Робоча пам'ять: активне збереження та маніпулювання інформацією
Селективність уваги	Здатність підтримувати увагу при відволікаючих факторах
Переключення уваги	Здатність до розумової гнучкості
Розподілення уваги	Здатність одночасно виконувати два завдання

Основна рушійна сила реорганізації мозку після перенесеного інсульту та найосновніша для вивчення нових навичок є нейропластичність. Нейропластичність – це здатність модифікувати і коригувати організацію та структуру нейронних ланцюгів, особливо в синапсах та дендритних полях у відповідь на внутрішні та зовнішні подразники. Збільшення пластичності є однією з умов покращення когнітивних функцій [61,62]. Пластичність є природною властивістю мозку людини, і її здатність протягом усього життя дає нам довше терапевтичне вікно для постінсультного нервового відновлення. Ступінь покращення пластичності на ранніх стадіях вища, ніж на пізніх, однак стресове середовище на ранніх стадіях може гальмувати пластичність [83].

Велика частина відновлення після інсульту відбувається протягом перших трьох-чотирьох місяців [61,62].

В процесі корекції дефіциту уваги використовують чимало методик. Серед них можна виділити:

APT (Attention Process Training programs) – це комп'ютеризована методика, яка використовується для тренування уваги, що складається з серії вправ, метою яких є зменшення дефіциту уваги, сприяння розподілу та саморегуляції уваги. Програма забезпечує індивідуалізований та теоретично обґрунтований підхід та здійснюється на п'яти рівнях: зосередженої, стійкої, вибіркової, роздільної та уваги переключення. Вправи у програмі спрямованні на те, щоб покращити основний дефіцит уваги шляхом зменшення самого дефіциту [28].

Методика ERICA – це серія вправ для когнітивної реабілітації, яка складається з п'яти блоків: увага, пам'ять, просторове пізнання, вербальні та невербальні виконавчі функції. ERICA базується на тому, що вправи мають бути відкориговані під конкретні труднощі та запит кожного пацієнта, забезпечуючи при цьому зростання активності та складності завдання. Всі вправи в серії можна змінювати та встановлювати до них різні параметри, змінюючи розмір, колір, форму, кількість стимулів, місце та час появи стимулу. Завдання ERICA виглядають як ігри, що зменшує ймовірність втоми [16].

АВАТ (Activity based attention training) – це методика, яка передбачає тренування уваги під час навчання щоденної активності (самообслуговування, домашніх справ, роботи, відпочинку та соціальної активності), вона орієнтована на управління та коригування труднощів, які спостерігаються. При цьому навчальні заняття можуть бути як індивідуальними, так і груповими. Компенсаторні стратегії, які можуть бути використані: часті перерви, підказки, ведення щоденного розкладу [62].

Можна виділити найбільш вживані підходи для розв'язання проблем, які пов'язані із порушенням уваги. Ці підходи можуть застосовуватися як окремо, так і одночасно в комплексі :

- процес тренування уваги включає використання когнітивних вправ, які є спрямованим на відновлення і покращення систем уваги. Наприклад, структуроване тренування з повторенням вправ поодиноких компонентів уваги. Таке навчання спрямоване на конкретний дефіцит уваги та передбачає поступове ускладнення завдань. Метакогнітивне тренування, яке включає практикування стратегій, які є критичними для узагальнення та передачі навичок та націлена на нездатність або дефіцит самоконтролю думок та поведінки [37,62];
- використання стратегії та підтримки оточуючого середовища, яка включає як стратегію самоконтролю, так і модифікацію навколишнього середовища для того, щоб допомогти особі компенсувати проблеми з увагою [77];
- використання допоміжних засобів, які можуть допомогти особі відстежити та впорядкувати інформацію [37,77];
- психосоціальна підтримка (емоційні та соціальні фактори, які впливають на стан пацієнта). Особи, які перенесли інсульт можуть відчувати гнів та заперечення, що може негативно впливати на психічні процеси, зокрема увагу (концентрацію, стійкість, переключення тощо) [77];

Варто зазначити, що вибір терапевтичних засобів залежить від індивідуальних факторів особи, таких як стадія одужання, реагування на діагностичну терапію та кількість дозволеного втручання. Найчастіше можуть застосовуватися кілька методів в комплексі [37,77].

1.3. Ерготерапевтичне втручання після перенесеного інсульту

Ерготерапія – це процес, який зосереджений на відновленні, підтримці та/або розвитку навичок, які необхідні для залучення особи, яка має обмеження повсякденного функціонування до занять та активного повсякденного життя відповідно до її бажань, потреб та планів, а також модифікація заняттєвої активності особи та адаптація середовища в якому вона перебуває [11].

Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 13.12.2018 № 2331

[11] вказані компетенції ерготерапевта, до яких відносяться заходи, які спрямовані на досягнення максимальної функціональності та незалежності осіб, які мають обмеження життєдіяльності. Ерготерапевт виконує обстеження, оцінювання та тестування пацієнтів, визначає рівень та причину обмеження життєдіяльності на рівні структури та функції, оцінює активність та участь людини. Також він здійснює реабілітаційні втручання, які спрямовані на відновлення, розвиток та компенсацію функцій організму (рухові, нейром'язові, розумові, сенсорно-перцептивні, когнітивні та емоційно-регуляційні), які обмежують життєдіяльність особи. Консультує родичів пацієнта щодо виявлених порушень та можливих шляхів досягнення його максимальної незалежності, залучає їх до планування та виконання програми реабілітації, а також дає рекомендації, щодо облаштування середовища проживання. Ерготерапія відіграє важливу та унікальну роль у мультидисциплінарному підході при реабілітації осіб після перенесеного інсульту [11,51]. Ерготерапевт співпрацює з іншими фахівцями, такими як: фізичні терапевти, лікарі фізичної та реабілітаційної медицини, терапевтами мови і мовлення, соціальними працівниками, фахівцями спеціальної освіти та психічного здоров'я [11,85].

Пацієнтами ерготерапевта є особи, які мають фізичні, психоемоційні, розумові, когнітивні та соціальні проблеми, що спричиняють неможливість повноцінної участі у їх повсякденній життєдіяльності. Основним засобом впливу на реабілітаційний процес ерготерапевта є заняттєва активність – це цілеспрямована діяльність у сфері дозвілля та роботи, самообслуговування, яку фахівець ерготерапії обирає, адаптує під пацієнта та використовує відповідно до його індивідуальних потреб, бажань, вподобань при цьому враховуються функціональні можливості особи та фактори середовища в якому вона проживає [11,19,85].

Ерготерапевти здійснюють втручання, які є спрямовані на усунення всіх можливих бар'єрів для того, щоб заняттєва активність стала успішною. Працюючи з особою, вони розвивають або відновлюють не тільки рухові, але й когнітивні та психосоціальні навички. Метою ерготерапевта є досягнення

пацієнтом максимальної, на скільки це можливо, якісної та повноцінної участі у житті, це не відноситься тільки до самообслуговування, але й до навчання та освіти, праці, дозвілля, соціальної участі [10].

У своїй роботі фахівці ерготерапії використовують біопсихосоціальний підхід та володіють знаннями з педагогічних, соціальних, психологічних та медичних наук, які дають змогу надавати висококваліфіковану допомогу особам із обмеженнями життєдіяльності, які спричинені порушенням стану здоров'я, а також у результаті інших обмежень участі у житті [19,85].

Результатами ерготерапевтичних втручань є:

- (ре)інтеграція робочого, домашнього, соціального та освітнього середовища;
- попередження ускладнень, які можуть виникнути та попередження хвороб;
- покращення та розширення заняттєвої участі пацієнта;
- розвиток, відновлення, компенсація або підтримка функціональних навичок пацієнта;
- задоволення пацієнта від заняттєвої участі [19,85].

Ерготерапія – це професія, орієнтована на пацієнта, яка спрямована на діяльність або участь, які є значущими для людини у спектрі фізичного та психічного здоров'я. Ерготерапевти забезпечують цілісний підхід у наданні допомоги пацієнтам для досягнення найбільшого рівня функціонування та незалежності після перенесеного інсульту. Там де відновлення неможливе фахівці застосовують компенсаторну методику [46].

Після перенесеного інсульту ерготерапевти працюють над покращенням, відновленням або компенсацією рухового контролю та функцій верхньої кінцівки, над можливість пацієнтів бути якнайбільш самостійними у самообслуговуванні та побуті і дають рекомендації щодо облаштування помешкання. Також вони допомагають пацієнту та навчають його стратегій управління та покращення когнітивних функцій, які погіршилися внаслідок

інсульту. Ерготерапевти в першу чергу визначають як впливає перенесення інсульту на повсякденну діяльність людини, включаючи дозвілля, роботу, домашні справи, після чого розробляють програму для вирішення проблем, які виникають та для розвитку необхідних навичок, які потребує особа для здійснення діяльності та участі [19,72,85].

Основна роль ерготерапевта при роботі з пацієнтами після перенесеного інсульту полягає у збільшенні самостійності та направлена на покращення активності повсякденного життя (ADLs) та інструментальної активності повсякденного життя (IADLs) [58]. Здатність виконувати IADLs та ADLs залежить від рухових здібностей (наприклад, рівноваги, сили, спритності), когнітивних (увага, пізнання, пам'ять, орієнтація) та перцептивних (включаючи сенсорні) здібностей [67]. ADLs – це ті навички, які необхідні для здійснення основних фізіологічних потреб людини. ADLs складається із таких категорій: одягання (здатність підібрати одяг та одягнутися), особиста гігієна (прийом душу, догляд за ротовою порожниною, нігтями та волоссям), переміщення тіла (переміщення з одного положення в інше та здатність ходити), прийом їжі, контроль дефекації та сечовипускання, сексуальна активність, комунікація, користування допоміжними засобами [41]. Інструментальна активність повсякденного життя (IADLs) – це діяльність, яка вимагає більш складних навичок мислення та дозволяє людині самостійно жити у громаді. До IADLs входять: приготування їжі, прибирання та обслуговування дому, догляд за дітьми та домашніми улюбленцями, користування громадським транспортом, керування автомобілем, управління фінансами (оплата рахунків, купівля товарів), менеджмент здоров'я, релігійна активність особи [41,49].

Л. Т. Картер та Д. О. Олівейра [34] здійснили порівняльний аналіз між зв'язком когнітивних навичок та ADL після перенесеного інсульту. Одна група отримувала терапію когнітивних функцій, а інша ні. У результаті група, яка отримувала втручання показала кращі бали ADL (в них були значно вищі показники особистої гігієни, одягання, прийому їжі, тощо).

Когнітивні порушення, які виникають, можуть призвести до виникнення

труднощів з виконанням повсякденної активності [51]. Ерготерапевти оцінюють та здійснюють втручання для покращення когнітивних функцій, щоб допомогти пацієнтам досягти свого максимального рівня функціонування та для того, щоб вони могли виконувати бажану ними діяльність та участь [58]. У своїй діяльності фахівці ерготерапії при реабілітації осіб з когнітивними порушеннями використовують два методи: корекції та адаптації (компенсаторний або функціональний). Корекційний підхід зосереджений на відновленні порушених когнітивних функцій, тоді як адаптаційний фокусується на компенсації обмежень, які викликані порушеннями у повсякденній діяльності [56].

Ерготерапевтичні підходи, які використовують для тренування уваги:

1. Підхід відновлення – він базується на системному тренуванні уваги пацієнтом.

Принципи втручання, які застосовуються при використанні підходу відновлення:

- потрібно визначити тип порушення на яке страждає пацієнт та зосередитися на ньому;
- потрібно бути готовим до зміни формату терапії, яка застосовується (часто змінювати завдання, середовище, положення);
- для підвищення мотивації можна використовувати заохочення та винагороди;
- повинна бути достатня кількість повторень;
- чергування видів занять: хобі, самообслуговування, вправи;
- вправи повинні застосовуватися в ієрархічному порядку (від простого до складнішого).
- тренування увага на початку проходить у тихому та спокійному середовищі;
- завдання з папером та олівцем: додавання рядка, чисел; завдання з лабіринтом; завдання з викреслюванням;

- використання коротких вказівок та повідомлень [20].

2. Адаптаційний підхід застосовує:

- Компенсацію – залучення механізмів компенсації (наприклад, з допомогою внутрішнього голосу, пацієнт спочатку вчить речення, а потім використовуючи їх, готується до зосередження). Ерготерапевт дає вказівку пацієнтові говорити голосно про те, що він робить, а потім напівголосно.

- Консультування та підтримка сім'ї та пацієнта
 - потрібно надати інформацію про порушення уваги;
 - надати поради як регулювати та справлятися із цими порушеннями.
- Підтримка середовища:
 - обмеження чинників, які відволікають (внутрішні: голод, спрага, втома; зовнішні: порядок, температура в кімнаті, спокій);
 - потрібно працювати в темпі, який є зручним для пацієнта;
 - чергувати важкі завдання та легкі;
 - робити перерви;
 - потрібно проводити заняття тоді, коли пацієнт краще зосереджується.
- Адаптація середовища:
 - використання допоміжних засобів (наприклад, збільшення тексту чи підкреслення речень) [20].

Ієрархічне тренування уваги проводиться в висхідному порядку, від простих завдань на увагу до складних. У межах кожного типу уваги навчання відбувається у слухових та зорових форматах, складність заняття поступово збільшується. Перехід до іншого рівня забезпечується тоді, коли пацієнт досяг успішності та точності в попередньому завданні [64].

Висновки до розділу 1

Порушення уваги є одним із найпоширеніших порушень після перенесеного інсульту. Увага є основним компонентом участі та активності особи, її порушення можуть призвести до змін повсякденного життя людини. [50,60,77] Окрім того, увага є ключовим компонентом у здобутті нових навичок,

особливо на ранніх етапах навчання. Рання оцінка та відновлення уваги після перенесеного інсульту повинні бути частиною постінсультної реабілітації [26].

Аналіз науково літературних джерел показав, що багато уваги приділяється ерготерапії після перенесеного інсульту [19,72,85], низка авторів вказує на когнітивні порушення [10,28,37,62,70], які спричиненні інсультом, але недосатньо висвітлені проблеми ерготерапії осіб із порушенням уваги після перенесеного мозкового інсульту.

РОЗДІЛ II. МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Методи дослідження

Для забезпечення об'єктивності в роботі ми застосовували наступні методи:

- теоретичний аналіз та узагальнення літературних джерел;
- соціологічні методи (збір анамнезу, спостереження та самоспостереження, бесіда та анкетування);
- клінічно-інструментальні методи (COPM, Trail making test, Stroop test, індекс активності в повсякденному житті (шкала Бартела), шкала інструментальної повсякденної активності Лоутон);
- методи математичної статистики.

Теоретичний аналіз літературних джерел дозволив ґрунтовно підійти до вивчення питань, які пов'язані із перенесеним мозковим інсультом та роботою ерготерапевта. Опрацювання зарубіжних та українських джерел дало змогу окреслити фактори, які спричиняють інсульт та порушення уваги, які можуть виникнути після цього, що в подальшому впливає на активність повсякденного життя. Аналіз літературних джерел дозволив зрозуміти сучасний стан даної проблеми, що допомогло встановити мету та завдання дослідження.

Збір анамнезу проводиться з пацієнтом та його родичами/опікунами. З його допомогою ми визначаємо фактори, які спричинили інсульт, скарги хворого. Також ми можемо отримати суб'єктивну інформацію про стан пацієнта, спосіб його життя та рівень самостійності, щоденну рутину, архітектурні особливості проживання [6,18].

МКФ – це класифікація, яка спрямована на оцінку здоров'я людини та її благополуччя, яке пов'язане зі здоров'ям, функціонуванням та обмеженням. З допомогою МКФ можна структурувати інформацію про пацієнта у легкому та виразному вигляді. МКФ містить дві частини: 1) складові щодо функціонування та обмеження життєдіяльності; 2) контекстуальні чинники. До складових функціонування та обмеження життєдіяльності відносяться: структура та

функції, діяльність та участь. До контекстуальних чинників відносяться: особистісні фактори та фактори навколишнього середовища [86].

МКФ допомагає покращити взаємодію між фахівцями реабілітаційного процесу та позитивно впливає на планування реабілітаційних послуг. Також сприяє максимальному поверненню особи до суспільства, враховуючи її можливості та запит [86].

Спостереження є одним із найпоширеніших методів наукового дослідження. Цей метод спрямований на конкретну ціль та мету, для нього є характерним планованість і систематичність, збереження природного перебігу процесів та об'єктивність у сприйнятті об'єкта вивчення. За допомогою спостереження можна вивчити об'єкт у його природному середовищі функціонування. Спостереження базується на сприйнятті органами чуття подій та явищ без втручання дослідника. Його потрібно здійснювати протягом усього курсу реабілітації. Звертаємо увагу на взаємодію пацієнта з оточуючими, на його можливість здійснювати повсякденну активну діяльність, на мотивацію. Спостерігаємо, які проблеми у нього виникають при виконанні діяльності і шукаємо можливості їх вирішення. Також важливим методом є **самоспостереження**, де об'єкт самостійно спостерігає за своїми почуттями, переживаннями, контролює свій стан, визначає проблеми, які у нього виникають. Ці методи потрібні для поточного контролю та індивідуалізованого підходу [7].

Анкетування допомагає організувати спостереження та визначити проблеми щодо функціонування уваги. Відповіді на питання з анкети можуть допомогти визначити напрямок терапії. Опитувальник уваги (Attention Questionnaire) оцінює частоту виникнення різних проблем з увагою. Проблеми з увагою, які пов'язані з труднощами у переключенні, розподілі, стійкості та із відволіканням уваги. Анкета містить числовий показник, що підсумовує загальну кількість проблем, які виникають [77].

Канадська оцінка виконання діяльності (Canadian occupational performance measure, COPM). Даний інструмент дозволяє з точки зору пацієнта

оцінити зміни в важливій для нього діяльності. COPM може бути використана при первинній оцінці пацієнта для розуміння труднощів, які виникають у нього під час повсякденної діяльності. А також може застосовуватися для повторної оцінки з метою визначення ефективності втручання [8].

Дана модель базується на тому що:

- здійснення діяльності залежить від когнітивних, фізичних, розумових та соціальних можливостей конкретної людини;
- діяльність людини складається із трьох компонентів: самообслуговування, продуктивної діяльності та дозвілля;
- рівень діяльності піддається впливу зовнішніх факторів, таких як навколишнє середовище та рівень ролі, яку людина відіграє в житті [2,8].

За COPM основні сфери діяльності розділені на три групи:

- самообслуговування: догляд за собою, участь в житті суспільства, функціональна мобільність;
- продуктивна діяльність: ведення домашнього господарства, наявність роботи;
- дозвілля: спокійний відпочинок, активна рекреація і соціалізація [8].

Ерготерапевт, який проводить оцінку COPM має дотримуватися правил щодо проведення тесту. Оцінка проводиться у чотири кроки:

1 Крок. Потрібно попросити пацієнта описати як він проводить свій звичайний день та які види діяльності виконує. А потім попросити визначити, які види діяльності він хотів би виконувати, але не задоволений їхнім виконанням, або має із ними труднощі [2].

2 Крок. З допомогою візуальної шкали пацієнт оцінює кожен із перелічених ним діяльностей за важливістю виконання для нього. Де 1 – зовсім не важливо, а 10 – дуже важливо [2].

3 і 4 Кроки. Пацієнт повинен вибрати 3 види діяльності, які є найважливішими для нього. Потім за допомогою шкали визначити задоволеність від виконання та важливість даної діяльності. Далі

ерготерапевтом здійснюється підрахунок балів. Якщо буде проводитися повторна оцінка, то пацієнт знову оцінює рівень виконання та задоволеність від кожної діяльності та ерготерапевт підраховує нові бали. Різниця між початковою та наступною оцінкою демонструє результат втручання [2].

Trail making test (ТМТ) це тест для визначення зорової уваги, переключення та стійкості уваги. За допомогою нього можна отримати інформацію про швидкість візуального сканування, швидкість обробки та розумової гнучкості, а також виконавчих функцій. Тест складається із двох частин (частини А та частини В). Обидві частини тесту складаються з 25 кругів, які розміщені в хаотичному порядку на аркуші паперу. Частина А складається з 25 кругів в яких є лиш цифри від 1 до 25, завдання пацієнта полягає у тому, що він повинен з'єднати між собою цифри у порядку зростання. Частина Б складається із 13 кругів з цифрами (від 1 до 13) і 12 кругів з буквами. Завдання пацієнта полягає у тому, що він повинен з'єднати круги з цифрами між собою у порядку зростання, але ще із додаванням між них літер, які також повинні йти послідовно (наприклад, 1-А, 2- Б, 3-В). Результати для обох частин ТМТ визначаються кількістю секунд, які потрібні на виконання завдання [59].

Тест Струпа (Stroop test) – це тест, який використовують для оцінки вибіркової (селективної) уваги, виконавчих функцій, швидкості обробки інформації та когнітивної гнучкості. Він вимагає гальмування потужних реакцій та відбору відповідної сенсорної інформації [74]. Тест містить три карти завдань:

- карту слів, яка написана чорним чорнилом;
- карту кольорів (які представлені у формі шестикутника);
- карту слів (надруковані кольоровим шрифтом, який не відповідає значенню слова) [74].

У ході проведення тесту пацієнт повинен виконати наступні завдання: 1) прочитати назву кольорів, які надруковані чорним чорнилом; 2) назвати кольори фігур; 3) назвати колір слова, де значення слова відрізнялося від

кольору шрифту. Результати тесту оцінюються кількістю секунд, які необхідні для виконання кожного із завдань та кількістю допущених помилок [74].

Індекс активності в повсякденному житті (шкала Бартела) – шкала оцінки рівня повсякденної активності пацієнта для визначення його потреби в догляді. За допомогою шкали оцінюються такі діяльності як: прийом їжі, прийом ванни, одягання, особиста гігієна, контроль дефекації та сечовипускання, здатність до переміщення по рівній поверхні, переміщення (з ліжка на крісло і навпаки), подолання сходів. Оцінювати потрібно те, що дійсно робить пацієнт, а не те, що він може робити. Скринінг проводиться шляхом спостереження, опитування пацієнта та його родичів. Оцінювання здійснюється за сумою додавання всіх балів за кожен пункт. Максимальна кількість балів «100». Оцінка «45-50» балів – повна залежність від сторонньої допомоги, «50-75» - часткова залежність, «75-100» - легка залежність, мінімальне обмеження [71].

Шкала інструментальної повсякденної активності Лоутон (The Lawton Instrumental Activities Daily Living Scale) – оцінює порушення функціонального стану пацієнта при виконанні повсякденних справ таких як: користування телефоном, здійснення покупок, приготування їжі, ведення домашніх справ, прання, використання транспорту, прийом ліків та здійснення фінансових операцій. За кожен із сфер можна отримати 1 або 0 балів, загальна кількість балів 8 (0 (низьке функціонування, залежність), 8 (високе функціонування, незалежність)). Цю шкалу можна використовувати у формі бесіди або анкети, відповіді може надавати як пацієнт, так і родичі чи опікуни [47].

Статистичні методи дослідження

В даній роботі ми провели дослідження окремих випадків (single-case-studies). SDE – це дизайн окремого випадку, який може бути використаний для перевірки успішності втручання, з використанням повторних вимірювань. Такий метод дослідження дозволяє врахувати потреби кожного пацієнта, а також оцінити ефективність проведеного втручання. Дослідження окремих випадків проводяться тоді, коли ресурси дослідника є обмеженими, або коли

умови, які досліджуються мають низьку частоту [68].

Всі статистичні обрахунки проводились на IBM SPSS (англ. Statistical Package for the Social Sciences — «статистичний пакет для соціальних наук») 26 версії.

Нульова гіпотеза полягала в тому, що між результатами обстеження кожного пацієнта до та після втручання немає різниці, альтернативна гіпотеза полягала в тому, що результати до втручання та після втручання відрізняються. Для перевірки гіпотези було використано розрахунок Критерію Вілкоксона для оцінки відмінності результатів до та після втручання. Даний критерій не вимагає наявності нормального розподілу сукупностей, що порівнюються. Він використовується для оцінки відмінностей між двома рядами вимірювань, що виконано для одного пацієнта, але в різних умовах або в різний час.

2.2. Організація дослідження

Дослідження проводилося у 4 етапи:

Перший етап (червень – жовтень 2020 р.) – вивчення проблеми, обґрунтування мети, розробка плану дослідження, аналіз вітчизняної та зарубіжної літератури по даній темі.

Другий етап (жовтень 2020 – лютий 2021 р.) – розробка дизайну дослідження, визначення критеріїв включення та виключення, підбір клінічно-інструментальних методів та початкова розробка програм ерготерапії для осіб із порушенням уваги після мозкового інсульту.

Третій етап (березень 2021) – завершення розробки та реалізації програм ерготерапії для осіб з порушенням уваги після мозкового інсульту.

Четвертий етап (квітень 2021) – збір та аналіз отриманих результатів з використанням методів математичної статистики. Розробка методичних рекомендацій для ерготерапевтів, які працюють з особами із порушенням уваги після мозкового інсульту.

Дослідження проводилося на базі Клінічної лікарні швидкої медичної допомоги міста Львова у реабілітаційному відділенні. У цьому дослідженні взяли участь дві особи після перенесеного інсульту у правій півкулі. З кожним

пацієнтом проводилися індивідуальні заняття один раз в день, п'ять днів на тиждень та давалися домашні завдання. Також проводилися бесіди із родичами, щодо надання рекомендацій та виконання домашніх програм. Учасники дослідження були проінформованими про мету та засоби дослідження та надали інформаційну згоду на обробку персональних даних.

Критерії включення: мозковий інсульт (3-4 тижні від випадку), вік 45-55 років, достатній рівень обізнаності та мовних здібностей, підтверджений лікуючим лікарем дефіцит уваги.

Критеріями виключення: важка та середня афазія, триваючі психіатричні захворювання, двостороннє ураження, нецеребральні ураження, значні порушення зору.

РОЗДІЛ ІІІ. ІНДІВІДУАЛЬНІ ПРОГРАМИ ЕРГОТЕРАПІЇ ОСІБ ІЗ ПОРУШЕННЯМ УВАГИ ПІСЛЯ МОЗКОВОГО ІНСУЛЬТУ

3.1. Особливості програм ерготерапії для осіб із порушенням уваги після інсульту

Щоб скласти програму втручання для кожного учасника, ми дотримувалися алгоритму клінічної діяльності ерготерапевта (рис 3.1.):

- обстеження пацієнта та визначення проблем в здійсненні активності повсякденного життя та інструментальній активності;
- планування втручання та встановлення цілей;
- здійснення втручання;
- оцінка ефективності проведеного втручання;
- надання рекомендацій для пацієнта та його сім'ї [12,85].

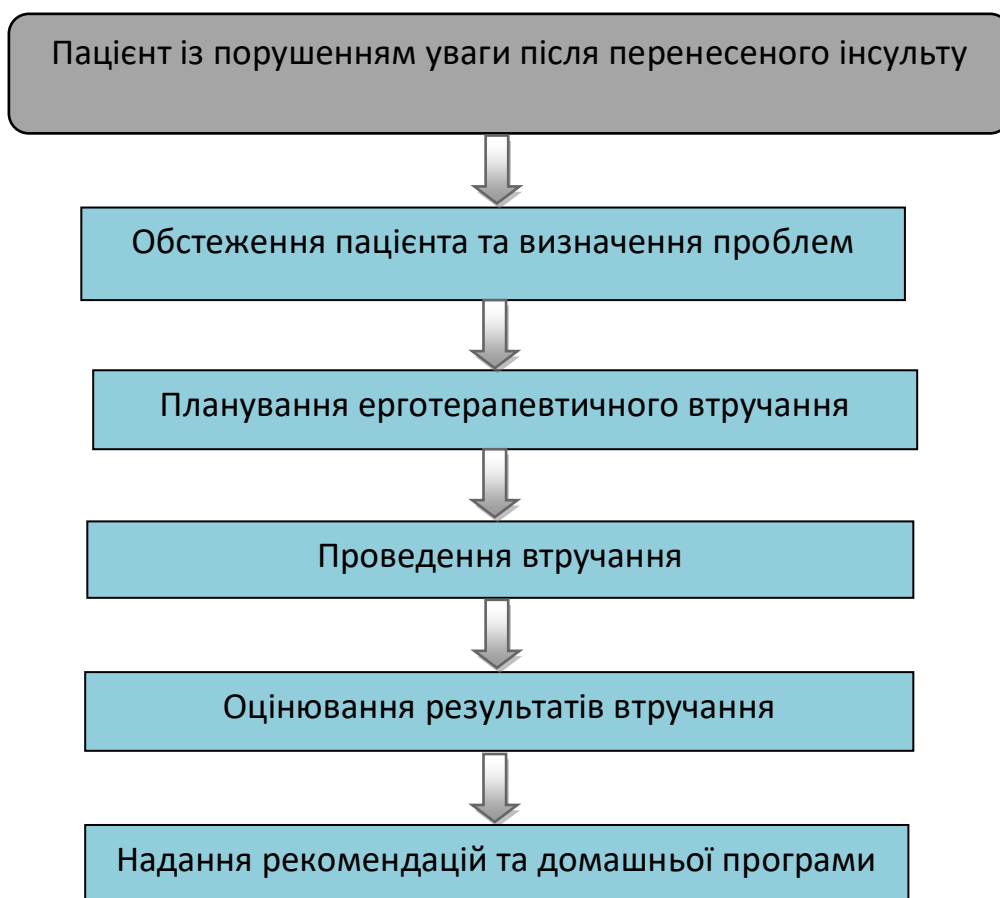


Рис.3.1. Алгоритм клінічної діяльності ерготерапевта

За М. Солберком [77] когнітивна реабілітація має базуватися на ряді умов. Перше на що вказують автори, це те, що потрібно звертати увагу на стан пацієнта, як він спить, які ліки вживає, адже ефект деяких ліків може збуджувати або притуплювати пацієнта; заняття для покращення уваги слід проводити в період, коли пацієнт найбільш активніший.

По-друге, реабілітація повинна бути спрямована не лише на конкретний діагноз або порушенні функції, але й на особисті потреби пацієнта та його рівень когнітивного функціонування, який необхідний йому в соціумі [77].

По-третє, реабілітація має відповідати певній логіці:

- необхідно враховувати вік пацієнта;
- в процесі реабілітації пацієнт повинен зрозуміти свої сильні та слабкі сторони та навчитись підлаштовувати свою діяльність відповідно до цього;
- реабілітація повинна бути інтенсивною, структурованою та з певною частотою;
- потрібно правильно визначити цілі реабілітації та працювати над ефективністю та швидкістю відповідей;
- реабілітація повинна мати ефект генералізації та її ефект має бути також помітний в реальному житті;
- потрібно тренувати вміння частинами, а потім об'єднувати;
- необхідно цілісно будувати стратегії втручання для кожного пацієнта [77].

Програма ерготерапії підбиралася для кожного учасника індивідуального, виходячи з його можливостей, обмежень та запиту. За допомогою канадської оцінки виконання діяльності ми визначали діяльність, яка є актуальною для кожного пацієнта. Перед початком проведеного втручання кожен учасник визначив для себе три види діяльності, які є важливими для нього та які він хотів би краще виконувати.

Обстеження проводилося послідовно у першій половинні дня, коли учасники почували себе найбільш зосереджено та не були втомлені. Наша

методика ерготерапевтичного обстеження включала: аналізу історії хвороби, спостереження, опитування, тестування активності повсякденної діяльності та інструментальної активності повсякденної діяльності, тестування уваги.

Перед початком втручання ми провели такі тести для оцінки стану двох пацієнтів:

1. SOPM (Канадська модель заняттєвої активності). За допомогою цієї моделі ми змогли визначити три діяльності, які для пацієнтів є важливими та з якими вони мають труднощі. Оцінюється виконання та задоволення від виконання кожної діяльності за шкалою від 0 до 10.

2. Тест побудови шляху (Trail making test).

3. Тест Струпа.

4. Індекс активності в повсякденному житті (шкала Бартела).

5. Шкала інструментальної повсякденної активності Лоутон (The Lawton Instrumental Activities Daily Living Scale).

В формуванні індивідуальних програм ми базувалися на результати проведеного анкетування та результати проведених обстежень для оцінки уваги, повсякденної активної та інструментальної діяльності. Заняття проводилися індивідуально з кожним учасником в кабінеті ерготерапії, коридорі, палаті та інших приміщення Комунальної міської лікарні м. Львова. Ми проводили індивідуальні заняття один раз в день (тривалістю 1 год.), п'ять разів на тиждень, протягом двох тижнів та надавали домашні завдання. Також проводилися бесіди із родичами, щодо надання рекомендацій та виконання домашніх програм.

Опис учасника №1

Це чоловік віком 45 років, у якого був діагностований інфаркт мозку в басейні правої середньомозкової артерії (СМА). Також присутні супутні захворювання такі як ішемічна хвороба серця та церебральний атеросклероз.

Участь: чоловік, батько. Приватний підприємець, водій, займається продажем автомобільних запчастин. Має хобі – механіка.

Діяльність: самостійно здійснює всі переміщення в ліжку, самостійний у

таких переміщення: пересідання, вставання, ходьба по рівній поверхні та по сходах, всі заходи самообслуговування здійснює самостійно (вмивається, чистить зуби, бриється, одягається, прийом їжі).

Структура та функції: спостерігається порушення уваги, орієнтації, пам'яті та зменшення сили м'язів у лівій верхній та нижній кінцівках.

Особистісні фактори: навчався в училищі, вмотивований, комунікабельний, активний, спортом не займався.

Фактори зовнішнього середовища: проживає в приватному будинку з дружиною, дітьми та батьками (сім'я тримає господарство). У будинку пороги, у ванній кімнаті душова кабіна. До найближчого магазину 200 м.

При початковому обстеженні учасник №1 зазначив важливі для нього види діяльності та їхню оцінку виконання та задоволення за СОРМ, які представленні у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Показники канадської оцінки виконання діяльності по учаснику №1 до втручання

№	Вид діяльності	Виконання	Задоволення
1	Користування телефоном	4	3
2	Пошук маршруту по карті	3	2
3	Управління фінансами	3	3

Учасник скаржився, що йому важко повернутися до завдання, якщо воно переривається, важко звертати увагу на декілька речей одночасно, перенавантажується, якщо завдання має декілька складових, може зосередитися на короткий період часу, забуває деталі та робить помилки. Часто не може зосередитися на діяльності, оскільки почуває себе розгублено. Іноді його може відволікати навколишній шум та йому буває складно зосередитися на розмові, якщо є більше двох осіб, збивається зі шляху, якщо інші люди поруч, почуває себе дезорієнтовано. Зазначає, що часто через свою неуважність йому випадають предмети із рук, плутає свою палату, не завжди контролює прийом

ліків.

Опис учасника №2

Чоловік віком 55 років, у якого був діагностований інфаркт мозку в правій півкулі, викликаний неуточненою закупоркою або стенозом мозкової артерії. Також присутні супутні захворювання такі як гіпертензивна хвороба з переважним ураженням серця без серцевої недостатності, цукровий діабет.

Участь: батько, брат, працював вантажником в продуктовому магазині.

Діяльність: здійснює всі переміщення в ліжку самостійно (повертається на бік, переходить з положення лежачи в сидячи і навпаки). Може пересісти з ліжка на візок та перейти з положення сидячи в положення стоячи з допомогою. Самостійно здійснює прийом їжі. Потребує повної допомоги при одяганні та особистій гігієні.

Структура та функції: Сила м'язів верхньої та нижньої кінцівки збережена, присутня атаксія, порушена рівновага та координація рухів, спостерігається порушення уваги, організації, планування.

Особистісні фактори: не вмотивований, комунікабельний, відкритий.

Фактори зовнішнього середовища: проживає з сестрою у приватному будинку, є 1 сходинка та пороги. У ванній кімнаті душ, з кімнати до туалету – 15 м., до кухні – 12 м., до найближчого магазину – 200 м.

При первинній оцінці ми визначали важливу діяльність для цього учасника та оцінку за виконання та задоволення від виконання цієї діяльності за COPM, які представлені у таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Показники канадської оцінки виконання діяльності по учаснику №2 до втручання

№	Вид діяльності	Виконання	Задоволення
1	Одягання	0	0
2	Самообслуговування	3	2
3	Користування телефоном	3	3

Учасник №2 визначив проблеми в самообслуговуванні та одяганні. Також зазначив такі проблеми з увагою, які турбують його цілий час та впливають на більшість діяльності: повільно відповідає, коли йому задають запитання та коли бере участь у розмові, може зосередитися лише на короткий період часу, легко відволікається на навколишній шум, легко перенавантажується, якщо завдання має декілька складових та зазначає, що йому важко звертати увагу на декілька речей одночасно. Також учасник №2 помітив, що йому часто бракує розумової енергії для занять, він забуває деталі та робить помилки, тому що його рівень зосередженості зменшився, має проблеми з приділенням уваги розмові, якщо у ній бере участь більше, ніж одна особа, також він легко збивається, якщо завдання переривається.

За допомогою шкали Бартела ми змогли визначити активність обох учасників у повсякденному житті, результати обстеження представленні у таблиці 3.3.

Таблиця 3.3

Показники оцінювання за шкалою Бартел до втручання

№	Вид діяльності	Учасник 1	Учасник 2
1	Прийом їжі	5	5
2	Прийом ванни	5	0
3	Персональна гігієна	5	0
4	Одягання	5	0
5	Контроль дефекації	10	5
6	Контроль сечовипускання	10	0
7	Користування туалетом	10	0
8	Переміщення (з ліжка на крісло і назад)	15	10
9	Здатність до пересування по рівній площині	15	0
10	Подолання сходів	5	0
	Загальна оцінка	85	20

Таблиця 3.4

Показники оцінювання за шкалою інструментальної повсякденної активності Лоутона

Виконання діяльності	Учасник 1	Учасник 2
Використання телефону	Набирає декілька відомих номерів	Відповідає на відомі номери, але сам номерів не набирає
Здійснення покупок	Не здатен здійснювати покупки	Не здатен здійснювати покупки
Приготування їжі	Потребує, щоб хтось приготував і подав страву	Потребує, щоб хтось приготував і подав страву
Ведення домашніх справ	Потрібна допомога при виконанні всіх домашніх справ	Не бере участі в домашніх справах
Прання	Самостійно пере дрібні речі	Все прання повинно здійснюватися кимось
Використання транспорту	Самостійно користується громадським транспортом, якщо хтось при цьому супроводжує	Переміщається на таксі або машині у супроводі іншої особи
Прийом ліків	Приймає ліки, якщо вони були кимось приготовленні в правильній дозі	Приймає ліки, якщо вони були кимось приготовленні в правильній дозі
Фінансові операції	Не може самостійно розпоряджатися грошима	Не може самостійно розпоряджатися грошима

Також нами був проведений тест інструментальної повсякденної активності Лоутон, який дав змогу оцінити у якій діяльності в пацієнтів

виникають труднощі, їхні сильні та слабкі сторони (табл.3.4). Завдання представлені у шкалі інструментальної повсякденної активності вимагають зосередженості на завданні та уваги, тому ці показники допомогли нам визначити проблеми та спланувати подальші втручання.

Під час проведення терапії ми застосовували різні стратегії та методи навчання:

1. Фідбек.

Зворотній зв'язок та знання результатів є важливим для навчання пацієнтів. Відгук про дії може забезпечити задоволення, винагороду та мотивацію [48]. Ми використовували як позитивні відгуки, так і негативні, які давалися як і під час заняття, так і вкінці заняттєвого процесу. Ми звертали уваги на помилки, виділяли моменти на котрі потрібно звернути увагу. Дуже важливим було давати фідбек в правильний час, так щоб не відволікати пацієнта у якого є дефіцит уваги, адже переривання діяльності може його легко збити.

2. Підказки.

Підказки надають пацієнту інформацію про те, що робити далі в послідовності дій та покращують його продуктивність. Важливо використовувати підказки настільки прості, щоб вони відповідали потребам та стану пацієнта, його рівню функціонування і також вони мають бути наданні в середовищі, де інформація найкраще сприймається [48].

Під час занять ми використовували різноманітні підказки, в залежності від потреб пацієнта. На початковій стадій занять підказки були частими, але поступово на наступних заняттях ми зменшували їхню кількість, орієнтуючись на те, чи може пацієнт виконати завдання самостійно. Дуже важливим для нас було надавати підказки в правильний момент, так, щоб не відволікати пацієнта від завдання. Ми використовували підказки таких типів [48]:

- Вербальна непряма підказка: подавалася у формі запитання, не прямої вказівки для того, щоб допомогти пацієнту почати або продовжити завдання. (Наприклад: « Як ви думаєте, що потрібно робити далі? »)

- Вербальна пряма підказка: надавалась у формі однокрокової вказівки, яка вимагала певної дії. (Наприклад: «Перемалюйте таку саму фігуру, яку ви бачите на малюнку».)

- Жестова підказка: надавалась у формі жестів, які були потрібні для виконання певного завдання (наприклад, вказати жестом до якого рівня потрібно налити воду у склянці).

- Фізична допомога: допомога надавалась частково, лише для виконання певного кроку, але завдання не виконувалося замість пацієнта. Пацієнт повинен бути активно задіяний у виконання завдання. Фізична допомога надавалась, коли потрібно було щось підняти, притримати кружку, коли пацієнт вливав у неї воду, притримати папір, коли перемальовував фігури і т.д.

- Без підказок: ми не надавали підказок, коли бачили, що пацієнт самостійно починає завдання і зосереджується впродовж його виконання та завершує його.

3. Навчання за ланцюжком.

Нами був використаний метод як прямого, так і зворотного ланцюжка для виконання завдань пацієнтом. При застосуванні методу прямого ланцюжка пацієнт виконував перший етап завдання, а ерготерапевт виконував решту та завершував завдання. Після того як пацієнт засвоїв перший етап, він виконував як перший, так і другий етап самостійно. При застосуванні методу зворотного ланцюжка ерготерапевт починав завдання, а пацієнт його завершував. Дефіцит вибіркової уваги та зосередженості може перешкоджати пацієнту ефективно виконувати завдання. Тому на ранніх етапах мета досягається з мінімальними можливостями для відволікання уваги, але поступово, коли пацієнт стає більш самостійний та навчається виконувати завдання, то рівень уваги зростає, він стає більш зосередженим, що сприяє покращенню продуктивності [48].

4. Консультування та підтримка сім'ї та пацієнта.

Нами надавалась інформація про порушення уваги, повсякденної активної та інструментальної діяльності родичам пацієнта. Також нами були розроблені

рекомендації як для самого пацієнта, так і його сім'ї, як справлятися із цими порушеннями та як їх врегулювати.

5. Формування – це поведінковий прийом, який використовується для заохочення до досягнення кінцевої мети, коли ця мета є не зразу досяжна [48]. На ранніх етапах навчання будь-яку поведінку, яка відповідала бажаному результату ми хвалили для того, щоб заохотити пацієнта. Якщо початковий крок завдання засвоювався, то похвала давалась лише за досягання наступного кроку.

Також для покращення уваги нами було використано два підходи: підхід відновлення та адаптації.

Підхід відновлення передбачав :

- використання заохочень та винагород для покращення мотивації;
- забезпечувалася велика кількість повторень для повного засвоєння завдання;
- вправи для покращення уваги застосовувалися в ієрархічному порядку – від простого до складного;
- виконання завдань, які вимагають великого рівня уваги тоді, коли пацієнт почував себе відпочившим та найбільш уважним (в першій половинні дня, до втручання інших фахівців);
- також ми старалися зосередитися на завданнях, які були важливими та цікавими для пацієнта та заохочували до виконання;
- ми навчали пацієнта виконувати все по черзі та робити перерви, коли він втомлювався [20].

Підхід адаптації передбачав використання компенсаторних стратегій та адаптацію навколишнього середовища: компенсаторні стратегії передбачали самоуправління, де пацієнт вчився управляти своєю увагою, тоді як адаптація навколишнього середовища передбачала зменшення кількості відволікаючих факторів [20].

Стратегія самокерування передбачала навчання, які допомагали учасникам

зосередити увагу на завданні, адже наші учасники відчували зниження концентрації уваги та обробки інформації.

Також нами було використано процедури орієнтування, метою якої було заохотити пацієнтів свідомо контролювати свою діяльність, уникаючи таким чином проблем з увагою. Суть її полягала у тому, що пацієнт у визначений час, за командою ерготерапевта, мав відповісти на три запитання: «Що я зараз роблю?» «Що я робив до цього?» «Що я маю даліше робити?»

Стратегія адаптації навколишнього середовища передбачала опитування пацієнта та визначення проблем та факторів в середовищі, які призводять до зменшення уваги. Модифікація середовища здійснювалася шляхом організації фізичного простору пацієнтів для зменшення відволікання від завдання. Тренування уваги на початку проходили у тихому середовищі, коли в кабінеті був присутній лише ерготерапевт та пацієнт, але поступово заняття почали проводитися як в кабінеті, коли були присутні й інші пацієнти, так і в інших середовищах, де вимагався більший рівень зосередженості на завданні та було багато відволікаючих факторів, ми старались поступово ускладнювали умови.

Програма ерготерапевтичного втрачання для учасника №1

Для учасника №1 важливою діяльністю було управління фінансами, що вимагає не аби якої уваги та точності. Він відзначив те, що йому важко відрахувати потрібну суму, коли в його руках багато купюр та монет. Також у нього виникала складність із перерахуванням здачі, яку він отримував, якщо у черзі стояли інші люди і коли це потрібно було робити дуже швидко, то він відчував дискомфорт і не міг перерахувати потрібну суму.

Тому для досягнення цієї діяльності на початку ми обрали легкі завдання. Перед пацієнтом на столі лежали монети та купюри і йому потрібно було знайти необхідну монету, коли це завдання стало легким, то ми запропонували посортувати монети та купюри за номіналом. Після того пацієнту давалось завдання відрахувати певну суму, відрахувати суму на швидкість, відрахувати суму у шумному середовищі. Кінцеве завдання ми закріпили тим, що пацієнту потрібно було купити вітаміни в аптеці та самостійно розрахуватися за них.

Також учасник №1 зазначив, що в нього виникають труднощі при користуванні телефоном, йому буває важко знайти необхідну програму, набрати номер. Для покращення вибірковості та переключення уваги, нами були використанні методи із пошуку необхідних карточок із зображеннями, пошук цифр та складання цифр, пошук фігур, переписування запропонованих цифр. Коли пацієнт засвоїв ці заняття та виконував їх легко ми перейшли до навчання безпосереднього користування телефоном, вчилися набирати необхідні номери та записувати їх, шукати потрібні програми.

Також для цього учасника було важливим пошук маршрутів на Google Maps, адже він часто їздив у відрядження. Він зазначив, що має із цим труднощі, не може зосередитися та правильно внести потрібні дані, йому стало важко орієнтуватися у програмі. Для покращення цієї діяльності ми використовували вправи для тренування уваги та цілеспрямоване виконання бажаної діяльності. Для покращення уваги застосували складання слів із запропонованих літер, пошук запропонованих літер, пошук та складання цифр, пошук заданих адрес на карті, пошук заданих будівель, пошук заданих позначень в мобільному телефоні. Програму для покращення уваги можна переглянути у додатку E.

Програма ерготерапевтичного втручання для учасника №2.

Для цього учасника важливим було одягання, адже його вдягали родичі, або медичний персонал, але він не здійснював цього самостійно. Коли ми почали його навчати техніці одягання футболки, то помітили, що він через свою неуважність плутає куди запитати руку, а куди голову, йому ця діяльність давалась складно. Тому нами було застосовано як виконання цілеспрямованої діяльності, так і тренування уваги, яка впливає на цю діяльність. Для навчання одягання нами був використаний метод прямого ланцюжка, пацієнт розпочинав діяльність за допомогою наших вербальних підказок, а ми допомагали йому її закінчити. Поступово ми зменшували кількість підказок та допомоги, кінцевою метою було, щоб пацієнт одягнувся без жодних підказок та допомоги.

Також учасник № 2 мав труднощі із самообслуговуванням, він не міг

самостійно почистити зуби та вмитися. Він потребував 2-3 словесні підказки для того, щоб зібрати усе приладдя, якщо його відволікали чи перебивали, то йому було важко продовжити діяльність. Тому спершу ми виріши потренувати з ним пошук предметів, які є у ванній кімнаті та які необхідні для здійснення самообслуговування, також навчали пацієнта усувати зовнішні відволікаючі фактори, складати предмети на відповідні місця, забирати предмети, які не потрібні для здійснення діяльності та які відволікають увагу.

Учасник № 2 зазначив, що може приймати дзвінки від когось, але у нього виникають труднощі із набиранням потрібних номерів. Тому нами були використанні картки із цифрами, завдання учасника полягало у тому, що йому потрібно було знайти потрібну цифру, впорядкувати цифри від меншої до більшої і навпаки. Також ми застосовували картки із літерами, учаснику потрібно було віднайти вказану літеру, впорядкувати літери за алфавітом, скласти із літер слово. Удосконаливши ці завдання ми перейшли до навчання безпосереднього набирання номерів та записування їх в телефонній книзі.

Для покращення вибірковості уваги ми використовували завдання із пошуку конкретних предметів, пошуку карток із конкретним місяцем, днем тижня, порою року, частиною одягу. Для тренування стійкості уваги ми використали завдання із складання пазлу, складання слова із зашифрованих літер, відтворення зразка фігур, домальовування малюнку з'єднуючи цифри в порядку зростання. Програму для покращення уваги для учасника №2 можна переглянути у додатку Є.

3.2. Результати дослідження

Перше обстеження проводилося у день поступлення пацієнта у відділення фізичної реабілітації Комунальної міської лікарні міста Львова. У день виписки пацієнта нами проводилось кінцеве обстеження, що дало змогу оцінити показники до та після втручання та зрозуміти ефективність застосованих ерготерапевтичних програм.

Результат по учаснику 1

Таблиця 3.5

Показники оцінювання кожного виду активності важливого для пацієнта за канадською оцінкою виконання діяльності (COPM)

№	Вид діяльності	До втручання		Після втручання	
		В	З	В	З
1	Користування телефоном	4	3	7	8
2	Пошук маршруту по карті	3	2	8	8
3	Управління фінансами	3	3	7	7
	Середній бал	3,3	2,6	7,3	7,6
	Сума балів	10	8	22	23
	Сума зміни виконання – 12; Сума зміни задоволення - 15				
В – виконання, З – задоволення від виконання					

Отже, можемо зробити висновок, що показники після ерготерапевтичного втручання збільшилися в порівнянні з тим, яким вони були до втручання. Ми побачили позитивні зміни в оцінці пацієнтом виконання завдання, яка збільшилася на 12 балів, а задоволення від виконання бажаних занять збільшилося на 15 балів. Варто зазначити, що більша оцінка спостерігається при задоволенні від виконання бажаної активності. Середнє значення за виконання завдань до терапії становило 3,3, а після терапії 7,3 бали (зміна 4). Середнє значення задоволеності від виконання завдань до терапії становило 2,6, а після терапії 7,6 балів (зміна 5).

Із рис.3.2 бачимо суттєві покращення кількості балів як за виконання, так і за задоволення від виконання. Ці дані свідчать про те, що пацієнт став більш незалежним від сторонньої допомоги, може краще і ефективніше виконувати діяльність, яка є важливою для нього та отримує від цього більше задоволення.

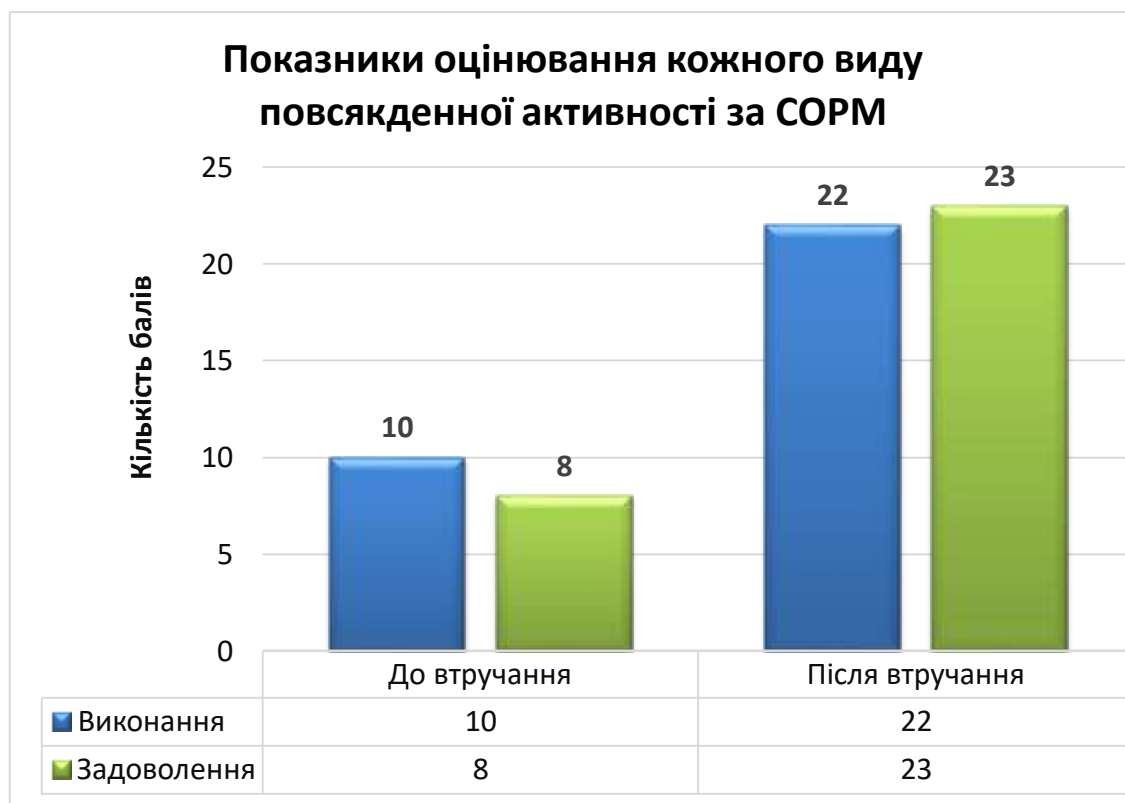


Рис. 3.2. Показники оцінювання кожного виду повсякденної активності до та після втручання за канадською оцінкою виконання діяльності по учаснику №1

Таблиця 3.6

Показники оцінювання за шкалою Бартел по учаснику №1

№	Вид діяльності	До	Після	Норма
1	Прийом їжі	5	10	10
2	Прийом ванни	5	5	5
3	Персональна гігієна	5	5	5
4	Одягання	5	5	5
5	Контроль дефекації	10	10	10
6	Контроль сечовипускання	10	10	10
7	Користування туалетом	10	10	10
8	Переміщення (з ліжка на крісло і назад)	15	15	15

Продовження таблиці 3.6

9	Здатність до пересування по рівній площині	15	15	15
10	Подолання сходів	5	10	10
	Загальна оцінка	85	100	100

Порівняння результатів обстеження першого пацієнта за шкалою Бартел на початку та в кінці дослідження нашого пацієнта за допомогою критерії Вілкоксона дає р-значення 0,108810417. Критерій Вілкоксона значущий на рівні 0.05. У нашому випадку $p = 0,1$, тобто критерій є незначимим, значить, ми залишаємося в рамках нульової гіпотези. З результатів можна зробити висновок, що ADL не змінилась в результаті проведеного втручання.

Таблиця 3.7

Показники оцінювання учасника №1 за тестом Струпа

	До втручання	Під час втручання	Після втручання	% покращення
Тривалість прочитання слів, які надруковані чорним чорнилом, с.	149	133	120	20%
Кількість помилок	3	3	1	66,6%
Тривалість називання кольорів фігур, с.	191	167	143	25%
Кількість помилок	3	2	1	66,6%
Тривалість читання картки кольорових слів	276	241	205	26%
Кількість помилок	7	5	4	42,9%

Отримані дані свідчать про те, що тривалість виконання учасником різних завдань є неоднаковою. Найтриваліше за часом виконання потребувало завдання читання карток кольорових слів, де значення слова та колір шрифту не

збігалися. Також при виконанні цього завдання учасник допустив найбільшу кількість помилок. Тривалість читання слів, які надруковані чорним шрифтом зменшила на 20%, кількість помилок зменшилася від 3 до 1. Тривалість називання кольорових фігур зменшилася на 25%, а кількість помилок з 3 до 1. Тоді як тривалість читання картки із кольоровими словами зменшилася на 26%, та пацієнт став допускати менше число помилок.

Результати по учаснику 2

Таблиця 3.8

Показники оцінювання кожного виду активності важливого для пацієнта за канадською оцінкою виконання діяльності (COPM)

№	Вид діяльності	До втручання		Після втручання	
		В	З	В	З
1	Одягання	0	0	7	6
2	Самообслуговування	3	2	6	5
3	Користування телефоном	3	3	6	7
	Середній бал	2	1,6	6,3	6
	Сума балів	6	5	19	18
	Сума зміни виконання – 13; Сума зміни задоволення - 13				
В – виконання, З – задоволення від виконання					

Отже, із таблиці 3.8 можемо побачити, що в учасника №2 показники оцінки виконання та задоволення від виконання після проведеного втручання збільшилися, в порівнянні з тим, якими вони були до втручання. Оцінка пацієнтом як виконання, так і задоволення від виконання збільшилася на 13 балів. Середнє значення за виконання завдань до терапії становило 2, а після терапії 6,3 бали (зміна 4,3). Середнє значення задоволеності від виконання завдань до терапії становило 1,6, а після терапії 6 балів (зміна 4,4).

Із рисунку 3.3 ми бачимо суттєве покращення збільшення кількості балів як під час виконання, так і задоволення від виконання. Ці дані свідчать про те, що став більш самостійним.



Рис. 3.3. Показники оцінювання кожного виду повсякденної активності до та після втручання за канадською оцінкою виконання діяльності учасника №2

Таблиця 3.9

Показники оцінювання за шкалою Бартел по учаснику №2

№	Вид діяльності	До	Після	Норма
1	Прийом їжі	5	10	10
2	Прийом ванни	0	0	5
3	Персональна гігієна	0	5	5
4	Одягання	0	5	10
5	Контроль дефекації	5	10	10
6	Контроль сечовипускання	0	10	10
7	Користування туалетом	0	5	10
8	Переміщення (з ліжка на крісло і назад)	10	10	15
9	Здатність до пересування по рівній площині	0	10	15
10	Подолання сходів	0	0	10
	Загальна оцінка	20	65	100

Порівняння результатів обстеження другого пацієнта за шкалою Бартел на початку та в кінці дослідження нашого пацієнта за допомогою критерії Вілкоксона дає р-значення 0,0179610673. Критерій Вілкоксона значущий на рівні 0.05. У нашому випадку $p = 0,01$, тобто критерій є значимий. Отже ми відкидаємо нульову гіпотезу і приймаємо альтернативну. Підтвердження альтернативної гіпотези вказує на ефективність розробленої програми ерготерапії та статистично значимі зміни в показниках шкали Бартел.

Таблиця 3.10

Показники оцінювання учасника №2 за тестом Струпа

	До втручання	Під час втручання	Після втручання	% покращення
Тривалість прочитання слів, які надруковані чорним чорнилом, с.	165	148	131	21%
Кількість помилок	4	4	2	50%
Тривалість називання кольорів фігур, с.	210	182	153	27,1%
Кількість помилок	3	2	1	66,6%
Тривалість читання картки кольорових слів	291	240	215	26,1%
Кількість помилок	8	5	3	62,5%

Отримані дані свідчать про те, що тривалість виконання учасником різних завдань є неоднаковою. Найтриваліше за часом виконання потребувало завдання читання карток кольорових слів, де значення слова та колір шрифту не збігалися, учаснику це завдання давалося найскладніше. Також при виконанні цього завдання учасник допустив найбільшу кількість помилок. Тривалість читання слів після, які надруковані чорним шрифтом після проведеного втручання зменшила на 21%, кількість помилок зменшилася від 4 до 2. Тривалість називання кольорових фігур зменшилася на 27,1%, а кількість

помилки з 3 до 1. Тоді як тривалість читання картки із кольоровими словами зменшилася на 26,1%, а кількість помилок зменшилася з 8 до 3.

Таблиця 3.11

Показники проходження тесту побудови шляху до та після втручання

	Частина тесту А			Частина тесту Б		
	До втручання	Під час	Після	До втручання	Під час	Після
Учасник 1	191 сек.	141 сек.	95 сек.	281 сек.	245 сек.	210 сек.
Учасник 2	259 сек.	189 сек.	139 сек.	300 сек.	284 сек.	254 сек.

Індивідуальні результати кожного учасника свідчать про те, що жоден із них не досягнув показників норми як при початковому, так і при кінцевому обстеженні. Проте із поданої таблиці 3.11 можемо побачити, що як в учасника №1, так і в учасника №2 покращився час проходження частини тесту А та Б після проведеного ерготерапевтичного втручання. Учаснику №1 вдалося покращити час виконання частини тесту А на 96 сек., а частини Б на 71 сек. Тоді як в учасника №2 час на проходження частини А покращився на 120 сек., а частини Б на 46 сек.

Таблиця 3.12

Показники оцінки шкали інструментальної повсякденної активності

Лоутон

Діяльність	Учасник 1		Учасник 2	
	До втручання	Після	До втручання	Після
Використання телефону	1	1	1	1
Здійснення покупок	0	1	0	0
Приготування їжі	0	0	0	0
Ведення домашніх справ	0	1	0	1
Прання	1	1	0	1

Використання транспорту	1	1	0	0
Прийом ліків	0	1	0	1
Фінансові операції	0	1	0	1
Сума	3	7	1	5
Зміни	4		4	

Проаналізувавши показники кожного виду діяльності за шкалою інструментальної повсякденної активності, можемо побачити, що в учасника №1 та в учасника №2 показник збільшився на 4 бали від попереднього значення. Що свідчить про те, що учасники стали більш незалежними та збільшили діапазон занять, які вони можуть виконувати самостійно.

Висновок до розділу 3

Після застосування програм ми зафіксували позитивну динаміку показників уваги, проте нам не вдалося досягнути норми. Програма ерготерапевтичного втручання не показала статистичної значущості для учасника №1 за шкалою Бартел ($p > 0.05$). З результатів можна зробити висновок, що ADL не змінилась в результаті проведеного втручання. Тоді як для учасника №2 програма ерготерапії за шкалою Бартел показала статистичну значущість ($p < 0.05$).

Результати опитування за COPM показали зростання показників після втручання. Середнє значення за виконання завдань учасника №1 до терапії становило 3,3, а після терапії 7,3 бали (зміна 4). Середнє значення задоволеності від виконання завдань до терапії становило 2,6, а після терапії 7,6 балів (зміна 5). Тоді як середнє значення за виконання завдань учасника №2 до терапії становило 2, а після терапії 6,3 бали (зміна 4.3). Середнє значення задоволеності від виконання завдань до терапії становило 1,6, а після терапії 6 балів (зміна 4.4).

Завдяки нашій програмі покращилися показники уваги пацієнтів, проте нам не вдалося досягнути норми. За “Trail making test” учаснику №1 вдалося покращити час виконання частини тесту А на 96 сек., а частини Б на 71 сек. Тоді як в учасника №2 час на проходження частини А покращився на 120 сек., а частини Б на 46 сек. Також покращилась тривалість виконання завдань тесту Струпа та зменшилась кількість помилок, як в учасника №1, так і в учасника №2.

Ми можемо припустити, що незначна зміна результатів можлива через те, що програма короткотривала у часі і якщо б вона складалася з більшої кількості занять і була б тривалішою, то можливо результати були б іншими та програма показала б кращі результати. Також для покращення надійності результатів важливо провести дослідження з двома групами контрольною та експериментальною.

ВИСНОВКИ

1. Аналіз науково літературних джерел показав, що багато уваги приділяється ерготерапії після перенесеного інсульту, низка авторів вказує на когнітивні порушення, які спричиненні інсультом, але недосатньо висвітлені проблеми ерготерапії осіб із порушенням уваги.

2. Розроблено методику ерготерапевтичного обстеження, яка складається з: аналізу історії хвороби, спостереження, опитування, тестування активності повсякденної діяльності та інструментальної активності повсякденної діяльності, тестування уваги.

3. Розроблено дві індивідуальні програми ерготерапії для осіб із порушенням уваги після мозкового інсульту, які включають в себе такі складові: проведення індивідуальних занять, застосування двох підходів (відновлення та адаптації), застосування різноманітних стратегій та методів (зворотній зв'язок, підказки, навчання за ланцюжком, консультація та підтримка сім'ї), розроблення та надання практичних рекомендацій для пацієнта та його родичів. Програма для учасника №1 була спрямованою на відновлення вибірковості та переключення уваги, тоді як для учасника №2 на відновлення вибірковості та стійкості уваги.

4. Після застосування програм ми зафіксували позитивну динаміку показників уваги, проте нам не вдалося досягнути норми. Програма ерготерапії не показала статистичної значущості для учасника №1 за шкалою Бартел ($p > 0.05$). З результатів можна зробити висновок, що ADL не змінилась в результаті проведеного втручання. Тоді як для учасника №2 програма ерготерапії за шкалою Бартел показала статистичну значущість ($p < 0.05$).

5. Розроблені методичні рекомендації для ерготерапевтів, які працюють з особами із порушенням уваги після мозкового інсульту. Дані рекомендації ерготерапевти можуть використати у своїй терапевтичній діяльності, що значно полегшить їхню роботу з пацієнтами, які мають порушення уваги після мозкового інсульту.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Декілька стратегій, які допоможуть покращити увагу:

Зменшіть відволікаючі фактори:

- Враховуйте фактори середовища в якому ви знаходитися. Коли ви перебуваєте у середовищі в якому є багато відволікаючих факторів, то ви можете почувати себе розсіяним та ваша увага буде зниженою. Тому постарайтесь зменшити кількість відволікаючих факторів (вимкніть телевізор, радіо, підіть в тиху кімнату).

- Коли є відволікаючі фактори, то подумайте як найкраще можна ними керувати. Подумайте, що вас може відволікати від завдання та як ви можете це змінити. Якщо ви не можете виконати заплановану дію через відволікаючі фактори, то запишіть її і спробуйте повернутися до неї пізніше.

- На вашу увагу також можуть впливати внутрішні відволікаючі фактори (стрес, депресія, голод), про які ви думатимете та які вас відволікатимуть. Важливо не намагатися робити завдання, які вимагають великої концентрації, коли є присутні внутрішні відволікаючі фактори.

- Приберіть безлад, щоб у вас не було відволікаючих візуальних факторів. Тримайте речі на певних місцях, які для них призначили, тоді вам буде простіше їх знайти.

- Налаштуйте кімнатну температуру так, щоб вона була для вас комфортною.

- Розташуйте робоче місце так, щоб там було поменше візуальних відволікаючих чинників. Заберіть предмети з вашого поля зору, якщо вони відволікають увагу [82].

Зосереджуйтеся на одному завданні за раз:

- Багатозадачність не завжди є добре. Можна виконувати два завдання одночасно, якщо одне з них є доведене до автоматизму.

- Якщо ви готуєте щось на кухні, то намагайтесь в той час не користуватися телефоном.

- Повністю постарайтесь закінчити завдання перед тим як перейти до іншого.

- Якщо ви змінюєте завдання, то зробіть невелику перерву між переключенням, щоб ваш мозок мав час для пристосування. Можна промовити в голос те, що ви робите і що плануєте далі робити, це допоможе вам сконцентруватися.

Контролюйте тривалість завдання:

- Використовуйте таймер для нагадування про перерву.
- Приділяйте достатню кількість часу для завдання та знаходьте час на перерви.

- Розплануйте завдання, які вимагають багато уваги в той час доби, коли відчуваєте себе найбільш енергійним та відпочившим. А легкі завдання, які вимагають менше уваги плануйте на період дня, коли ймовірно будете втомлені [43].

Робіть паузи та давайте собі час на відпочинок:

- Важливо проводити моніторинг вашої втоми, тому що рівень втоми після інсульту є підвищеним. Потрібно знати, що втома матиме великий вплив на увагу. Тому важливо планувати завдання, які вимагають уваги у першій половині дня, коли ви ще себе відчуваєте бадьоро [43].

- Якщо ви знаєте, що робитимете щось, що вимагає багато уваги, то намагайтесь відпочити безпосередньо перед цим.

- Встановлюйте періоди часу для завдання, а потім зробіть перерву і продовжте його. Ви можете використовувати таймер на своєму телефоні, який допоможе вам орієнтуватися у часу.

Плануйте свою діяльність та використовуйте допоміжні пристосування:

- Складайте список справ або ведіть щоденник, таким чином ви будете знати на чому вам потрібно зосередитися.

- Використовуйте свій телефон, щоб скористатись нотатками, таймером, адресною книгою.
- Якщо вам потрібно буде виконати два завдання одночасно, то намагайтесь їх обрати так, щоб одне було спрямованим на розумову концентрацію, а одне було фізичним (миття посуду і прослуховування радіо).
- Якщо відсуваєте труднощі із читанням, то спробуйте читати, коли відчуваєте себе найбільш уважним.

Прослуховування та розмови вимагають багато енергії. Розвивайте навичку активного слухання для керування розмовою:

- Уточнення – просіть повторити інформацію, якщо ви її не зрозуміли чи прослухали.
- Перефразовуючи давайте слухачеві переконатися, що ви зрозуміли сказане.
- Ставте питання, щоб отримати додаткову інформацію [43].

Якщо у вас проблеми з увагою, то важливо їх обговорити з іншими людьми, щоб вони могли зрозуміти і допомогти вам із труднощами.

Рекомендації для родичів та друзів:

Це може бути складно зрозуміти людину, яка має порушення уваги після інсульту, тому тут декілька для вас порад:

Наберіться терпіння:

- Ніхто з нас не любить повторяти інформацію, або розуміти, що нас не слухають. Але вам потрібно пам'ятати, що людині після перенесеного інсульту не завжди легко вас слухати, тому вам може здаватися, що вона не бере участі в розмові або вас ігнорує. Якщо є щось, що вас турбує, то старайтесь пояснити це спокійно.
- Якщо ви спілкуєтеся з людиною, яка має проблеми з увагою, то говоріть чітко та робіть паузи, коли переключаєтеся на іншу тему розмови.
- Немає потреби говорити дуже повільно, але також намагайтесь не повідомляти велику кількість інформації дуже швидко [43].

Не ускладнюйте завдань:

- Якщо вашому другу чи члену сім'ї важко зосередитися, тоді потрібно йому допомогти, даючи інформацію щодо завдань чи діяльності в правильному напрямку:

- розбийте завдання на окремі кроки;
- давайте прості інструкції: одне завдання за один раз, а не список справ,

які потрібно зробити.

Слідкуйте, щоб вони не надто втомлювалися, переконайтеся, що вони роблять короткі перерви, щоб дати мозку відпочити. Хваліть їх, коли бачите, що вони довше зосереджують увагу.

Не робіть все замість них:

- Допоможіть їм підготувати одяг, але не одягайте їх, якщо вони можуть зробити це самі

- Покладіть все для бутерброда на відкритий простір, так щоб вони могли самостійно його приготувати

- Якщо ви проживаєте з людиною, яка має порушення уваги після інсульту, то постарайтеся облаштувати домашній простір так, щоб зменшити кількість відволікаючих факторів [82].

Рекомендації для фахівців:

- Навчайте пацієнта розбивати завдання на маленькі кроки.

- Навчайте пацієнта робити паузи та відпочивати, коли він стомився.

- Проводьте заняття, які вимагають концентрації уваги зранку, коли пацієнт найбільш енергійний та готовий до роботи.

- Старайтесь не повідомляти дуже багато інформації за один раз. Використовуйте прості та чіткі вказівки.

- Коли вивчаєте з пацієнтом нову діяльність, то приберіть внутрішні та зовнішні відволікаючі чинники (температура, голод, шум, візуальні відволікаючі фактори).

- Якщо змінюєте завдання, то давайте пацієнту короткі перерви, щоб він зміг переключитися з завдання на завдання.

- Робіть завдання простими, короткими та доцільними для пацієнта.

- Робіть з пацієнтом все по черзі та навчайте його цьому. Повністю старайтесь закінчити завдання перед тим як перейти до іншого.

- Навчайте пацієнта вести розклад занять.

- Хваліть пацієнтів, коли бачите, що він довше зосереджує увагу.

- Будьте терплячими та повторюйте інформацію, коли це потрібно.

- Давайте пацієнту зворотній зв'язок про виконане завдання.

- Уникайте надмірною стимуляції.

- Ускладнюйте завдання, коли бачите, що пацієнт добре справляється із попереднім.

- Використовуйте подвійні завдання для розвитку роздільної уваги, але лише у тому випадку, коли одне із завдань доведене до автоматизму.

- Навчання повинно включати конкретні стратегії, які допоможуть пацієнтам компенсувати дефіцит уваги та покращити результативність.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Білянський О. Ю. *Методика фізичної реабілітації осіб другого зрілого віку після мозкового ішемічного інсульту: метод посіб./* О. Ю. Білянський, О. С. Куца. Дрогобич 2007, 138 с.
2. Бісмак О. В. (2019) Канадська оцінка виконання діяльності як важливий інструмент для оцінки потреб осіб з травматичними невропатіями верхньої кінцівки. Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова №10 (118).
3. Варій М. Й. *Загальна психологія.: підр.[для студ. вищ. навч. закл.]*, 3-тє вид. Київ 2009, 1007 с.
4. Вітенко І. С. та ін. *Основи загальної та медичної психології*. Тернопіль 2003, 344 с.
5. Всесвітня організація охорони здоров'я. WHOQOL: Measuring Quality of Life [електронний ресурс]: <https://www.who.int/toolkits/whoqol>.
6. Гелетюк Ю. Л. *Функціональні наслідки ішемічного інсульту у хворих з артеріальною гіпертензією, їх прогнозування та обґрунтування диференційованих напрямків відновної терапії* [Текст]: автореф. дис. на здоб. наук. ступ. к. м. н.: спец. 14.01.15 "Нервові хвороби" /Юлія Леонідівна Гелетюк; МОЗУ НМА післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика. – Київ 2019. – 28-30с.
7. Гончаренко С. У. (2008) *Педагогічні дослідження. Методологічні поради молодим науковцям*. Київ-Вінниця: ДОВ «Вінниця», 278с.
8. Клочкова Е.В. Использование «Канадской оценки выполнения деятельности (СОРМ)» для оценки потребностей клиента. Метод. пособие / Е.В. Клочкова, С. Б. Мальцев. – Душанбе, 2010. – 4-12 с.
9. *Легка черепно-мозкова травма. Реабілітаційний інструментарій* / перекл. Роман Шиян. Київ 2020, 704 с.
10. Мангушева О. О. (2020) Допомогти робити найважливіше. *Право на реабілітацію. Інформаційний бюлетень. №9 (12)*.

11. Міністерство охорони здоров'я України (13.12.2018) *Наказ № 2331 «Про зміни до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників»*. Випуск 78 «Охорона здоров'я».
12. Міністерство охорони здоров'я України (03.12.2020) *Закон України про реабілітацію у сфері охорони здоров'я*. Відомості Верховної Ради (ВВР), 2021, № 8, ст.5
13. Міністерство охорони і здоров'я України (29.10.2019) *У 2020 році лікування гострого мозкового інсульту є пріоритетом в програмі медичних гарантій*. [електронний ресурс]: <https://www.kmu.gov.ua/news/u-2020-goci>.
14. Національна служба здоров'я України (2021). *Стаціонарне лікування гострого мозкового інсульту: що зміниться у програмі медичних гарантій 2021*. Урядовий портал.
15. Негрич Т.І та ін. *Ішемічний інсульт: вторинна стаціонарна допомога: навч. посіб.* Львів: ЛНМУ імені Данила Галицького 2019, 160 с.
16. Орел О. О. *Психохокорекція когнітивних порушень хворих на розсіяний склероз*: дис. на здоб. наук. ступ. к. м. н., ХНУ ім. В. Н. Каразіна. Київ 2016.
17. Парфенов В. А. (2019). Когнитивные нарушения после инсульта. *Неврология, Нейропсихиатрия*, 11(4), 22-27. [електронний ресурс]: <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2019-4-22-27>
18. Рокошевська В. В. *Фізична реабілітація хворих після перенесеного мозкового геморагічного інсульту в умовах стаціонару : метод. посіб. для студ. вищ. навч. закл. фізкульт. профілю/ Віра Рокошевська. – Львів 2010, 93 с.*
19. Українське товариство ерготерапевтів (2018). *Позиційна заява. Визначення ерготерапії*.
20. Швесткова Ольга, Свенцена Катержина та кол. *Ерготерапія: Підручник*. Київ 2019, 280 с.
21. Al-Qazzaz N. K., Ali, S. H., Ahmad S. A., Islam S., & Mohamad K. (2014).

- Cognitive impairment and memory dysfunction after a stroke diagnosis: A post-stroke memory assessment. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 1677–1691.
22. American Stroke Association | To be a relentless force for a world of longer, healthier lives. [электронный ресурс]: <https://www.stroke.org>.
 23. Attention: Definition, Types and Characteristics | Term Paper | Psychology. (2018). Psychology Discussion - Discuss Anything About Psychology. [электронный ресурс]: <https://www.psychologydiscussion.net>.
 24. Baddeley A. (2012). Working Memory: Theories, Models, and Controversies. *Annual Review of Psychology*, 63(1), 1–29. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-120710-100422>.
 25. Baltaduonienė D., Kubilius R., Berškienė K., Vitkus L., & Petruševičienė D. (2019). Change of cognitive functions after stroke with rehabilitation systems. *Translational Neuroscience*, 10(1), 118. <https://doi.org/10.1515/tnsci-2019-0020>.
 26. Barker-Collo S. L., Feigin V. L., Lawes C. M. M., Parag V., & Senior H. (2010). Attention Deficits After Incident Stroke in the Acute Period: Frequency Across Types of Attention and Relationships to Patient Characteristics and Functional Outcomes. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 17(6), 463–476.
 27. Barker-Collo S. L., Feigin V. L., Lawes C. M. M., Parag V., Senior H., & Rodgers A. (2009). Reducing attention deficits after stroke using attention process training: A randomized controlled trial. *Stroke*, 40(10), 3293–3298.
 28. Bartfai A., Markovic G., Sargenius Landahl K., & Schult M.-L. (2014). The protocol and design of a randomised controlled study on training of attention within the first year after acquired brain injury. *BMC Neurology*, 14(1), 102.
 29. Bater L. R., & Jordan S. S. (2019). Selective Attention. B V. Zeigler-Hill & T. K. Shackelford (Ред.), *Encyclopedia of Personality and Individual Differences* (с. 1–4). Springer International Publishing.
 30. Bengson J. J., Lopez-Calderon J., & Mangun G. R. (2012). The Spotlight of Attention Illuminates Failed Feature-based Expectancies. *Psychophysiology*, 49(8), 1101–1108.

31. Bray B. D., Ayis S., Campbell J., Hoffman A., Roughton, M., Tyrrell, P. J., Wolfe, C. D. A., & Rudd, A. G. (2013). Associations between the organisation of stroke services, process of care, and mortality in England: Prospective cohort study. *The BMJ*, 346.
32. Broadbent D. (1958). *Perception and communication*. London: Pergamon Press.
33. Bo Norrving, Jon Barrick, Antoni Davalos, Martin Dichgans, on behalf of the Action Plan for Stroke in Europe Working Group. Action Plan for Stroke in Europe 2018–2030. *European Stroke Journal* Vol. 3(4) 3094336. © 2018 European Stroke Organisation 2018.
34. Carter L. T., Oliveira D. O., Duponte J., & Lynch S. V. (1988). The Relationship of Cognitive Skills Performance to Activities of Daily Living in Stroke Patients. *American Journal of Occupational Therapy*, 42(7), 449–455.
35. Chholak P., Maksimenko V. A., & Hramov A. E. (2020). Estimating voluntary and involuntary attention in bistable visual perception: A MEG study. 13.
36. Chica A. B., Bourgeois A., & Bartolomeo P. (2014). On the role of the ventral attention system in spatial orienting. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8.
37. Cicerone K. D., & Maestas K. L. (2014). Rehabilitation of attention and executive function impairments. *B Handbook on the neuropsychology of traumatic brain injury* (c. 191–211). Springer Science + Business Media.
38. Corbetta M., & Shulman G. L. (2002). Control of goal-directed and stimulus-driven attention in the brain. *Nature Reviews Neuroscience*, 3(3), 201–215.
39. De Haan B., Morgan P. S., & Rorden C. (2008). Covert orienting of attention and overt eye movements activate identical brain regions. *Brain research*, 1204, 102–111.
40. Deutsch J. A., & Deutsch D. (1963). Attention: Some theoretical considerations. *Psychological Review*, 70(1), 80–90.
41. Edemekong P. F., Bomgaars D. L., Sukumaran S., & Levy S. B. (2020). Activities of Daily Living. *B StatPearls* [Internet]. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470404>.
42. Eriksen C. W., & St. James J. D. (1986). Visual attention within and around the

- field of focal attention: A zoom lens model. *Perception & Psychophysics*, 40(4), 225–240.
43. Edward M., Hallowell J. (1992) 50 Tips on the management of Adult Attention Deficit Disorder. *Learning Assessment*.
 44. Forster A., Brown L., Smith J., House A., Knapp P., Wright J. J., & Young J. (2012). Information provision for stroke patients and their caregivers. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(11).
 45. Francuz P. (2000). Mechanizm uwagi: Przegląd zagadnień w perspektywie psychologicznej i neurofizjologicznej (c. 44–70).
 46. Govender P., & Kalra L. (2007). Benefits of occupational therapy in stroke rehabilitation. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 7(8), 1013–1019.
 47. Graf C. (2008). The Lawton instrumental activities of daily living scale. *The American Journal of Nursing*, 108(4), 52–62.
 48. Grieve J. I., & Gnanasekaran L. (2008). *Neuropsychology for occupational therapists: Cognition in occupational performance* (3rd ed). Blackwell Pub.
 49. Guo H. J., (2020). Instrumental Activity of Daily Living. *B StatPearls* [Internet]. StatPearls publishing. <https://www.ncbi.nih.gov/books/NBK553126/>.
 50. Hinkeldey N. S., & Corrigan J. D. (1990). The structure of head-injured patients' neurobehavioural complaints: A preliminary study. *Brain Injury*, 4(2), 115–133.
 51. Hoffmann T., Bennett S., Koh C., & McKenna K. T. (2010). Occupational therapy for cognitive impairment in stroke patients. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010(9).
 52. Hyndman D., & Ashburn A. (2003). People with stroke living in the community: Attention deficits, balance, ADL ability and falls. *Disability and Rehabilitation*, 25(15), 817–822.
 53. Hyndman D., Pickering R. M., & Ashburn A. (2007). The influence of attention deficits on functional recovery post stroke during the first 12 months after discharge from hospital. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 79(6), 656–663.

54. James W. (1890). *The Principles of Psychology*. 1. New York: Henry Holt. pp. 403–404.
55. Kahneman D. (1973). *Attention and Effort*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
56. Kajsa Lidstrom Holmqvist. *Occupational therapy practice for clients with cognitive impairments following acquired brain injury*. Repro 2012.
57. Kiely K. M. (2014). Cognitive Function. *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*, 974–978.
58. Legg L. A., Lewis S. R., Schofield-Robinson O. J., Drummond A., & Langhorne P. (2017). Occupational therapy for adults with problems in activities of daily living after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7.
59. Llinàs-Reglà J., Vilalta-Franch J., López-Pousa S., Calvó-Perxas L., Torrents Rodas D., & Garre-Olmo J. (2017). The Trail Making Test. *Assessment*, 24(2), 183–196.
60. Loetscher T., Potter K., Wong D., & das Nair R. (2019). Cognitive rehabilitation for attention deficits following stroke. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(11).
61. Markovic G. From the department of the clinical sciences, the Division of Rehabilitation Medicine, Danderyd hospital Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden. 73.
62. Markovic G. (2017). Acquired brain injury and evaluation of intensive training of attention in early neurorehabilitation: Statistical evaluation and qualitative perspectives. *Inst för kliniska vetenskaper, Danderyds sjukhus / Dept of Clinical Sciences, Danderyd Hospital*.
63. McKevitt Christopher, Fudge Nina, Redfern Judith, Sheldenkar Anita, Crichton Siobhan, Rudd Anthony R., Forster Ann, Young John, Nazareth Irwin, Silver Louise E., Rothwell Peter M., & Wolfe Charles D.A. (2011). Self-Reported Long-Term Needs After Stroke. *Stroke*, 42(5), 1398–1403.
64. Meng C., Yang, J., Ribeiro B., & Neville J. (2019). HATS: A Hierarchical Sequence-Attention Framework for Inductive Set-of-Sets Embeddings. *Proceedings of the 25th ACM SIGKDD International Conference on Knowledge*

- Discovery & Data Mining, 783–792.
65. McKeivitt Christopher, Fudge Nina, Redfern Judith, Sheldenkar Anita, Crichton Siobhan, Rudd Anthony R., Forster Ann, Young John, Nazareth Irwin, Silver Louise E., Rothwell Peter M., & Wolfe Charles D.A. (2011). Self-Reported Long-Term Needs After Stroke. *Stroke*, 42(5), 1398–1403.
 66. Meng C., Yang J., Ribeiro B., & Neville J. (2019). HATS: A Hierarchical Sequence-Attention Framework for Inductive Set-of-Sets Embeddings. *Proceedings of the 25th ACM SIGKDD International Conference on Knowledge Discovery & Data Mining*, 783–792.
 67. Mlinac M. E., & Feng M. C. (2016). Assessment of Activities of Daily Living, Self-Care, and Independence. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 31(6), 506–516.
 68. Nock M. K., Michel B. D., & Photos V. I. Single-case research designs. 14.
 69. Parasuraman R. The attentive brain: issues and prospects. In: Parasuraman R, editor. *The attentive brain*. Cambridge, MA: The MIT Press; 1998. p. 3-15.
 70. Posner M. I., & Petersen S. E. (1990). The Attention System of the Human Brain. *Annual Review of Neuroscience*, 13(1), 25–42.
 71. Quinn T. J., Langhorne, P., & Stott, D. J. (2011). Barthel Index for Stroke Trials: Development, Properties, and Application. *Stroke*, 42(4), 1146–1151.
 72. Rowland T. J., Cooke D. M., & Gustafsson L. A. (2008). Role of occupational therapy after stroke. *Annals of Indian Academy of Neurology*, 10.
 73. Sacco RL, Sandercock P, Endres M, et al. Review and prioritization of stroke research recommendations to address the mission of the World Stroke Organization: a call to action from the WSO Research Committee. *Int J Stroke* 2015; 10: 449.
 74. Scarpina F., & Tagini S. (2017). The Stroop Color and Word Test. *Frontiers in Psychology*, 8.
 75. Schoenberg M. R., & Scott J. G. (Ред.). (2011). *The Little Black Book of Neuropsychology: A Syndrome-Based Approach*. Springer US.
 76. Shiffrin R. M., & Schneider W. (1977). Controlled and automatic human

- information processing: Perceptual learning, automatic attending, and general theory. *Psychological Review*, 84(2), 127-190c.
77. Sohlberg M. M., & Mateer C. A. (2001). *Cognitive rehabilitation: An integrative neuropsychological approach* (c. xix, 492). Guilford Press.
 78. Solís C. L. B., Arrijoja S. G., & Manzano A. O. (2005). Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. 6.
 79. Spaccavento S., Marinelli C. V., Nardulli R., Macchitella L., Bivona, U., Piccardi L., Zoccolotti P., & Angelelli P. (2019). Attention Deficits in Stroke Patients: The Role of Lesion Characteristics, Time from Stroke, and Concomitant Neuropsychological Deficits. *Behavioural Neurology*.
 80. Stapleton T., Ashburn A., & Stack E. (2001). A pilot study of attention deficits, balance control and falls in the subacute stage following stroke. *Clinical Rehabilitation*, 15(4), 437–444.
 81. Strategies to improve attention skills following traumatic brain injury www.icommunicatetherapy.com.
 82. Stroke association. State of the Nation: Stroke statistic [Internet]. Febr. 2018. Available from: <https://www.stroke.org.uk/resources/state-nation-stroke-statistics>.
 83. Su F., & Xu W. (2020). Enhancing Brain Plasticity to Promote Stroke Recovery. *Frontiers in Neurology*, 11.
 84. Treisman Anne. M. (1964). Selective attention in man. *British Medical Bulletin*, 20(1), 12-16.
 85. World Federation of Occupational Therapists. Definitional of Occupational Therapy, 2004. – [Електронний ресурс]. – Access mode: www.wfot.org.
 86. World Health Organization (Ред.). (2001). *International classification of functioning, disability and health: ICF*. World Health Organization.
 87. Zinn S., Dudley T. K., Bosworth H. B., Hoenig H. M., Duncan P. W., & Horner R. D. (2004). The effect of poststroke cognitive impairment on rehabilitation process and functional outcome. 85(7), 1084–1090.

ДОДАТКИ

Додаток А

Схема процесів та анатомічних основ уваги

Тип уваги	Функція	Анатомія
Просторова вибіркова увага	Орієнтація уваги на простір та розташування об'єктів у ньому	Двостороння DAN (дорсальна мережа уваги (SPL (верхня тім'яна часточка), IPS (внутрі-параєтальна борозна), дорсальна PFS (префронтальна кора))
Стимульоване захоплення уваги	Обробка неочікуваних подій	Права півкуля VAN (вентральна мережа уваги IPL(нижня тім'яна часточка), TPJ (скронево-тім'яне з'єднання) та вентролатеральна PFS (префронтальна кора))
Стійка увага	Швидка реакція на зовнішні подразники (незалежно від їх просторового розташування)	Права півкуля VAN (вентральна мережа уваги), таламус і ядра стовбура мозку
Фазова пильність	Пильність, що генерується ззовні попереджувальними знаками	Мережа пильної уваги + ліва PFS (префронтальна кора) і таламус
Збудження	Реакція-відповідь	Дифузні кортикальні виступи з ядра стовбура мозку
Виконавчий контроль	Моніторинг та вирішення конфліктів	Дорсальна ACC (поясна кора), дорслатеральна PFS (префронтальна кора), права вентролатеральна префронтальна кора(PFS)

Індекс активності у повсякденному житті (шкала БАРТЕЛ)

ПРИЙОМ ЇЖІ
<p>0 - повністю залежить від допомоги оточуючих (необхідне годування зі сторонньою допомогою)</p> <p>5 - частково потребує допомоги, наприклад, при розрізанні їжі, намазуванні масла на хліб і т.д., при цьому приймає їжу самостійно</p> <p>10 - не потребує допомоги (здатний їсти будь-яку нормальну їжу, не тільки м'яку, самостійно користується всіма необхідними столовими приборами; їжа готується і сервірується іншими особами, але не розрізається)</p>
ПРИЙОМ ВАННИ
<p>0 - залежний від оточуючих</p> <p>5 – незалежний від оточуючих: приймає ванну (входить і виходить з неї, миється) без сторонньої допомоги, або миється під душем, не потребуючи нагляду чи допомоги</p>
ПЕРСОНАЛЬНА ГІГІЄНА (чищення зубів, маніпуляція з зубними протезами, зачісування, гоління, вмивання лица)
<p>0- потребує допомоги при виконанні процедури особистої гігієни</p> <p>5 - незалежний від оточуючих при вмиванні лица, зачісуванні, чищенні зубів, голінні</p>
ОДЯГАННЯ
<p>0 – залежний від оточуючих</p> <p>5 - частково потребує допомоги (наприклад, при заціпанні гудзиків), але більше половини дій виконує самостійно, деякі види одягу може вдягати повністю самостійно, затрачаючи на це розумну кількість часу</p> <p>10 - не потребує допомоги, в тому числі при заціпанні гудзиків, зав'язуванні шнурівок і т.д., може вибрати і надягати будь-який одяг</p>
КОНТРОЛЬ ДЕФЕКАЦІЇ
<p>0 - нетримання калу(або потребує застосування клізми, яку ставить особа, що доглядає)</p> <p>5 - випадкові інциденти нетримання калу (не частіше одного разу на тиждень) або потребується допомога при використанні клізми, свічок</p> <p>10 - повний контроль дефекації, при необхідності може використовувати клізму або свічки, не потребує допомоги</p>
КОНТРОЛЬ СЕЧОВИПУСКАННЯ
<p>0 – нетримання сечі, або використовується катетер, керувати яким хворий самостійно не може</p> <p>5 - випадкові інциденти нетримання сечі (максимум один раз за 24 години)</p> <p>10 - повний контроль сечовипускання (в тому числі й випадки катетеризації сечового міхура, коли хворий самостійно справляється з катетером)</p>
КОРИСТУВАННЯ ТУАЛЕТОМ (переміщення в туалеті, роздягання, очищення шкірних покривів, вдягання, вихід із туалету)

Продовження додатка Б

<p>0 - повністю залежний від допомоги оточуючих</p> <p>5- потребує деякої допомоги, проте частину дій, в тому числі персональні гігієнічні процедури, може виконувати самостійно</p> <p>10 - не потребує допомоги (при переміщеннях, вдяганні та роздяганні, виконанні гігієнічних процедур)</p>
ПЕРЕМІЩЕННЯ (з ліжка на крісло і назад)
<p>0 - переміщення неможливе, не здатний сидіти (втримувати рівновагу), для підняття з ліжка потрібна допомога двох осіб</p> <p>5 - при вставанні з ліжка потрібна значна фізична допомога (одної сильної/обізнаної особи або двох звичайних людей), може самостійно сидіти на ліжку</p> <p>10 - при вставанні з ліжка потрібна незначна допомога (одної особи), або потрібний догляд, вербальна допомога</p> <p>15 - незалежний від оточуючих (не потребує допомоги)</p>
ЗДАТНІСТЬ ДО ПЕРЕСУВАННЯ ПО РІВНІЙ ПЛОЩИНІ (переміщення в межах дому/палати і поза домом; можуть використовуватись допоміжні засоби)
<p>0- не здатний до переміщення або долає менше 45м</p> <p>5 – здатний до незалежного пересування в інвалідному візку на відстань більше 45 м, в тому числі оминати кути і користуватись дверима та самостійно повертати за ріг</p> <p>10 - може ходити з допомогою однієї особи або двох осіб (фізична підтримка або нагляд і вербальна підтримка), проходить більше 45 м</p> <p>15 – не залежний від оточуючих (але може використовувати допоміжні засоби, наприклад, паличку), долає самостійно більше 45 м</p>
ПОДОЛАННЯ СХОДІВ
<p>0 - не здатний підніматись по сходах, навіть з підтримкою</p> <p>5 - потрібна фізична підтримка (наприклад . щоб піднести речі), нагляд або вербальна підтримка</p> <p>10 - незалежний</p>

Сумарна оцінка

45-50 балів – відповідає тяжкій інвалідності і залежності від сторонньої допомоги

50-75 балів – свідчить про помірну залежність

75-100 балів – відповідає мінімальному обмеженню або відновленню втрачених неврологічних функцій.

Продовження додатка Б

Індекс активності у повсякденному житті (шкала БАРТЕЛ)

ВИД ДІЯЛЬНОСТІ	Оцінка до початку лікування та реабілітації	Оцінка при виписці на домашню програму реабілітації
Прийом їжі		
Прийом ванни		
Персональна гігієна		
Одягання		
Контроль дефекації		
Контроль сечовипускання		
Користування туалетом		
Переміщення(з ліжка на крісло і назад)		
Здатність до пересування по рівній площині		
Подолання сходів		

Оцінку проводив (ПІБ) _____

Інструкції:

1. При оцінці за шкалою слід реєструвати те, що пацієнт дійсно робить, а не те, що він міг би зробити.
2. Основна мета використання шкали є встановлення ступеню незалежності від будь-якої допомоги, фізичної або вербальної, хоча б навіть і мінімальної.
3. Під потребою в нагляді слід розуміти, що хворого не можна вважати незалежним.

Продовження додатка Б

4. Здатність хворого до тієї чи іншої активності слід оцінювати по найбільш достовірних даних. Зазвичай джерелом інформації є опитування хворого, його рідних, або друзів, медперсоналу, також важливі результати безпосереднього спостереження здоровий глузд, однак, необхідності в цілеспрямованому дослідженні функції немає.

5. Зазвичай важлива оцінка здатності хворого в попередні 24-48 годин, але буває доцільною і оцінка за більш тривалий період часу.

6. Середні категорії оцінок означають, що «частка» хворого в здійсненні оцінювальної активності перевищує 50%.

7. Допускається застосування додаткових заходів для досягнення незалежності.

Додаток В

Шкала інструментальної повсякденної активності Лоутон

Оцінка: Для кожної категорії обведіть лише один опис, який найбільше нагадує найвищий функціональний рівень пацієнта (0 або 1).

Ім'я пацієнта: _____

Дата: _____

Використання телефону	Користується телефоном та по власній ініціативі набирає номери	1
	Набирає декілька відомих номерів	1
	Відповідає на телефонні дзвінки, але сам номери не набирає	1
	Зовсім не користується телефоном	0
Здійснення покупок	Здійснює самостійно всі необхідні покупки	1
	Здійснює самостійно невеликі покупки	0
	Потребує супроводу при відвідуванні магазину	0
	Не здатен здійснювати покупки	0
Приготування їжі	Планує, готує і подає необхідну їжу самостійно	1
	Готує необхідну страву, якщо інгредієнти були подані	0
	Підігріває і подає страву	0
	Потребує щоб хтось приготував і подав страву	0
Ведення домашніх справ	Підтримує будинок в чистоті та порядку за виключення важких справ	1
	Виконує прості повсякденні справи такі як миття посуду, застеляння ліжка	1
	Потрібна допомога при виконанні всіх домашніх справ	1
	Не бере участі в домашніх справах	0
Прання	Самостійно може попрати всі необхідні речі	1
	Самостійно пере дрібні речі, такі як шкарпетки	1
	Все прання повинно здійснюватися кимось	0
Використання транспорту	Самостійно користується громадським транспортом або водить авто	1
	Самостійно може переміщатися на таксі, але не користується громадським транспортом	1

Продовження додатка В

	Самостійно користується громадським транспортом, якщо хтось при цьому допомагає або супроводжує	1
	Переміщається на таксі або машині у супроводі іншої особи	0
	Не використовує	0
Прийом ліків	Самостійно приймає лікарства в правильних дозах та в правильний час	1
	Приймає ліки, якщо вони були кимось приготовленні в правильній дозі	0
	Не в змозі самостійно приймати ліки	0
Фінансові операції	Самостійно контролює фінансові питання	1
	Самостійно здійснює щоденні покупки, але потребує допомоги з банківськими операціями та при купівлі дорого вартісних покупок	1
	Не може самостійно розпоряджатися грошима	0

Trail Making Test (TMT) «Тест прокладання шляху»

Обидві частини тесту складаються з 25 кругів, які розміщені в хаотичному порядку на аркуші паперу. Частина А складається з 25 кругів в яких є лиш цифри від 1 до 25, завдання пацієнта полягає у тому, що він повинен по порядку з'єднати між собою цифри у порядку зростання. Частина Б складається із 13 кругів з цифрами (від 1 до 13) і 12 кругів з буквами. Завдання пацієнта полягає у тому, що він повинен з'єднати круги з цифрами між собою у порядку зростання, але ще із додаванням між них літер, які також повинні йти по порядку (наприклад, 1-А, 2- Б, 3-В).

Даємо пацієнту вказівку: «З'єднайте між собою круги у порядку зростання якомога швидше, але при цьому не відривайте ручку від паперу»

Якщо пацієнт робить помилку, то вкажіть на неї негайно і дайте пацієнту можливість виправити її. Час виправлення помилок включається в час виконання завдання. Не потрібно проводити далі тест, якщо пацієнт не закінчив виконання двох частин через 5 хвилин.

Крок 1: Дайте пацієнту аркуш із завданням тесту А та ручку

Крок 2: Продемонструйте виконання тесту пацієнту використовуючи зразок

Крок 3: Дайте команду пацієнту виконувати тест та запустіть таймер

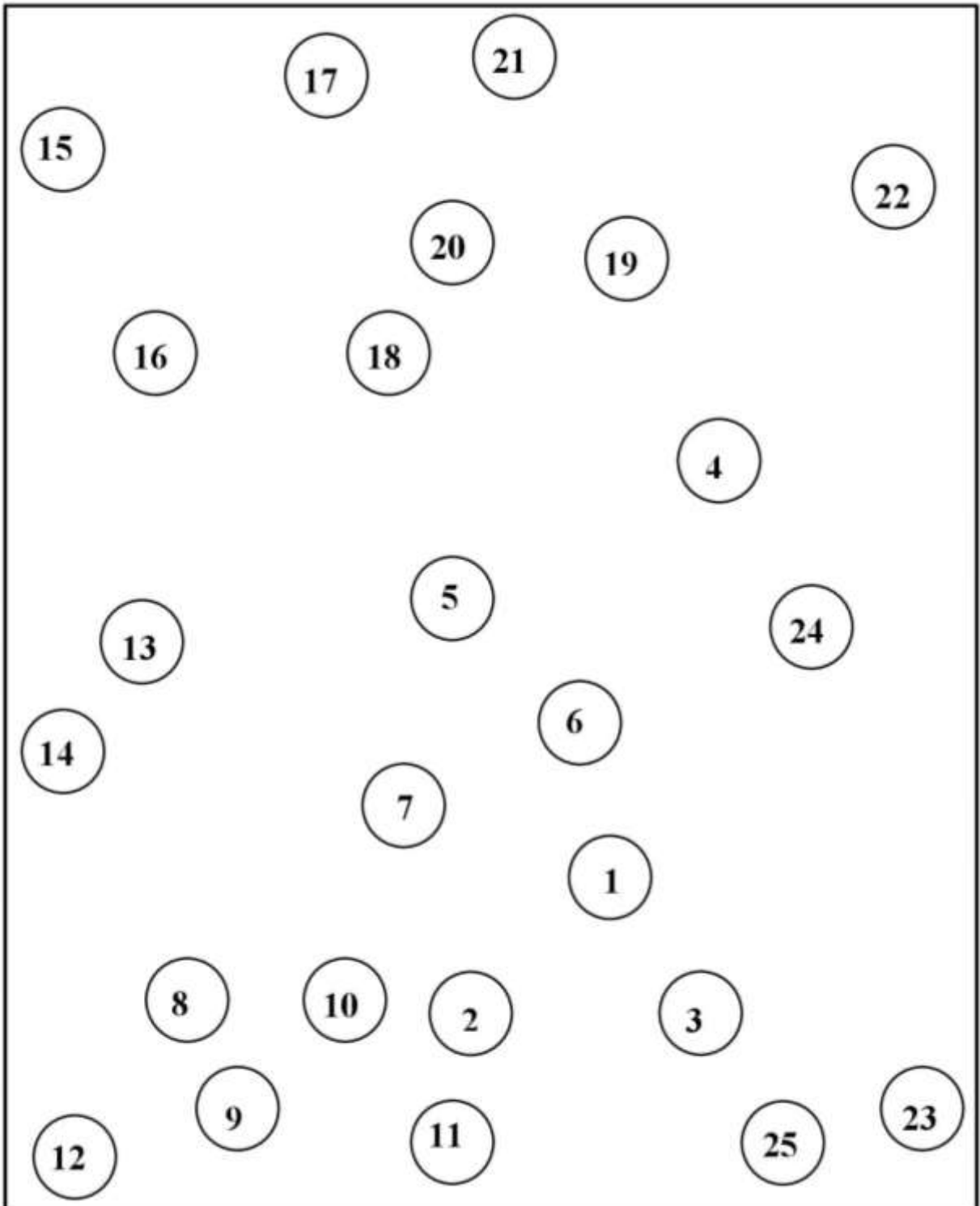
Крок 4: Запишіть час виконання тестування

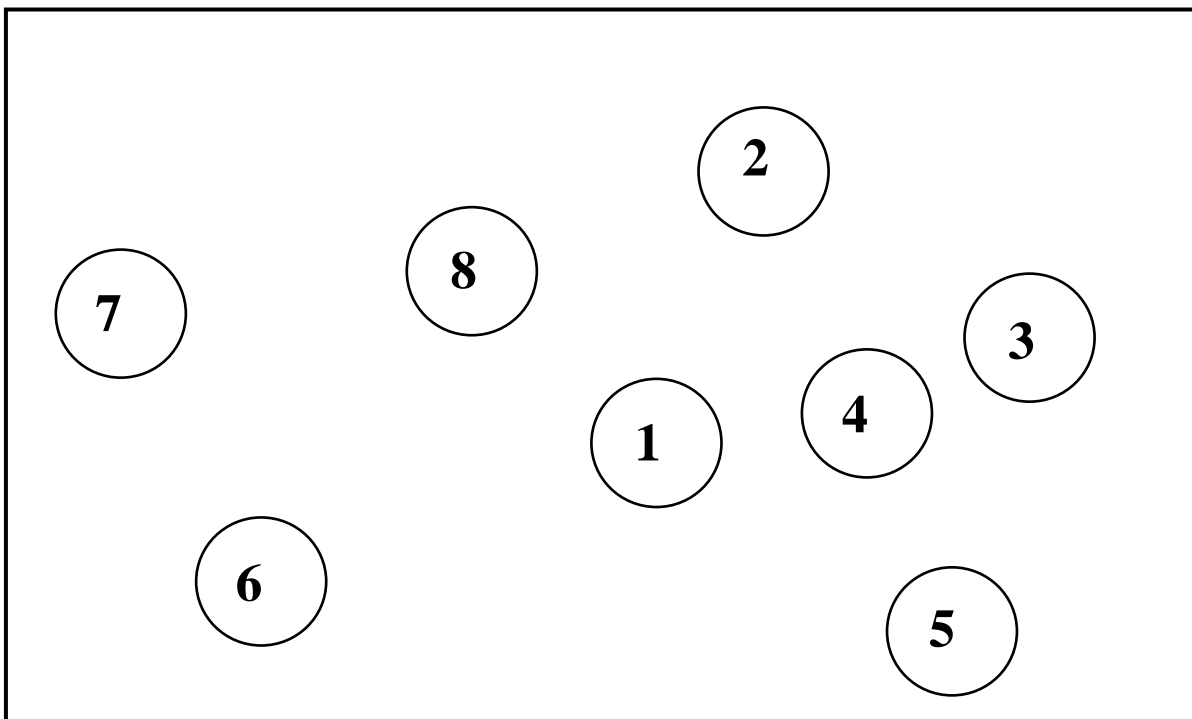
Крок 5: Повторіть процедуру тестування із бланком Б.

Trail Making Test (Бланк А)

Ім'я пацієнта: _____

Дата: _____

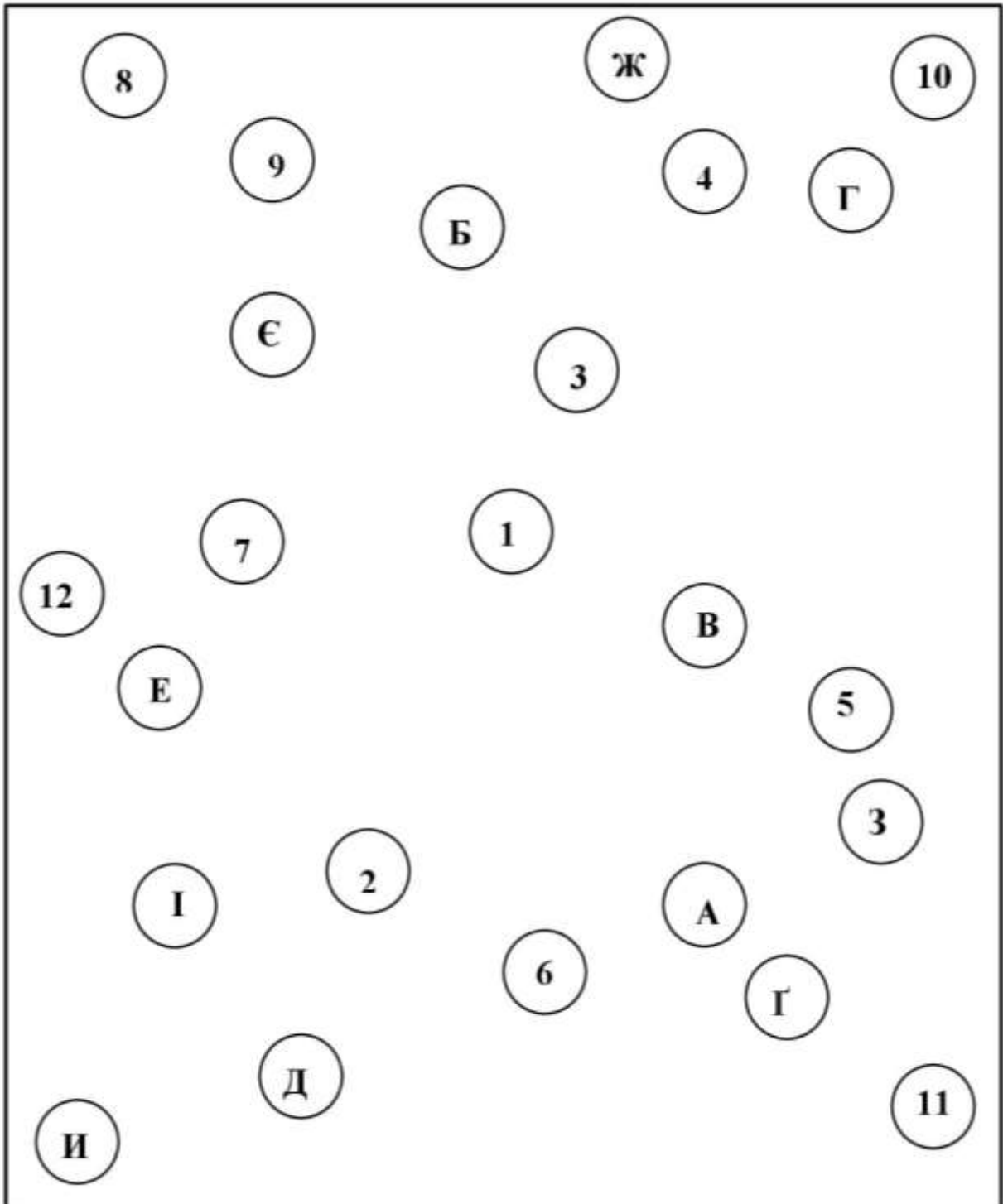


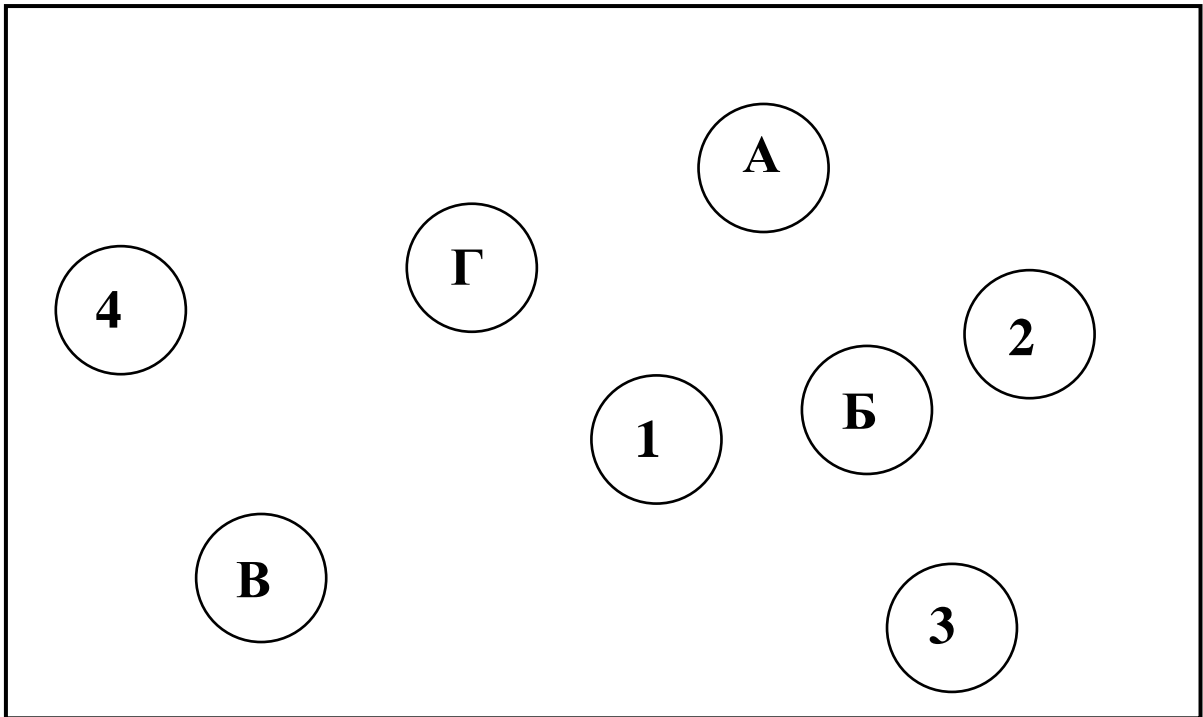
Trail Making Test (Бланк А) – Зразок

Trail Making Test (Бланк Б)

Ім'я пацієнта _____

Дата: _____



Trail Making Test (Бланк Б) –Зразок

**КАНАДСЬКА ОЦІНКА ВИКОНАННЯ
ДІЯЛЬНОСТІ
(CANADIAN OCCUPATIONAL
PERFORMANCE MEASURE)**

П.І.П. пацієнта		
Вік:	Стать:	ІК:
Хто відповідає на запитання (якщо не клієнт):		
Дата оцінки:	Планована дата повторної оцінки:	Дата повторної оцінки:

Спеціаліст:
Установа, де проводиться інтерв'ю:
Програма:

Продовження додатка Д

КРОК 1В Дозвілля		ВАЖЛИВІСТЬ
	_____	<input type="text"/>
«Тихі» захоплення (хобі, ремесла, читання)	_____ _____	<input type="text"/>
Активний відпочинок (спорт, прогулянки, подорожі)	_____ _____	<input type="text"/>
Соціальне спілкування (візити, переписка, розмови по телефону вечірки)	_____ _____ _____	<input type="text"/>
	_____	<input type="text"/>

КРОКИ 3 І 4: ПІДРАХУНОК БАЛІВ - ПЕРВИННА ОЦІНКА І ПОВТОРНА ОЦІНКА

Виберіть з особою 5 найбільш важливих для неї/нього проблем і запишіть їх нижче. Використовуючи картки з балами, попросіть оцінити кожен «проблемну» активність з точки зору її **виконання**, а також **задовільністю** її виконання. Підрахуйте загальні бали. Їх можна отримати шляхом додавання отриманих балів, котрі відповідають **виконанню** чи **задовільності виконання** і поділом на **кількість проблем**, котрі оцінювались. При повторному використанні даного інструменту, особа знову оцінює кожен проблему з точки зору її **виконання** і **задовільність** виконання. Підрахуйте нові бали, а потім бали, котрі будуть ілюструвати зміни.

Первинна оцінка:			Повторна оцінка:	
ПРОБЛЕМИ АКТИВНОСТІ:	ВИКОНАННЯ 1	ЗАДОВІЛЬНІСТЬ 1	ВИКОНАННЯ 2	ЗАДОВІЛЬНІСТЬ 2
1. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ПІДРАХУНОК БАЛІВ:	СУМА 1 ВИКОНАННЯ	СУМА 1 ЗАДОВІЛЬНІСТЬ	СУМА 2 ВИКОНАННЯ	СУМА 2 ЗАДОВІЛЬНІСТЬ
$\frac{\text{СУМА ВИКОНАННЯ} \text{ чи } \text{ЗАДОВІЛЬНІСТЬ}}{\text{КІЛЬК. ПРОБЛЕМ}} = \text{ЗАГАЛЬНИЙ БАЛ}$	= <input type="text"/>	= <input type="text"/>	= <input type="text"/>	= <input type="text"/>
ЗМІНИ У ВИКОНАННІ	- СУМА 2 <input type="text"/>	- СУМА 1 <input type="text"/>	= <input type="text"/>	
ЗМІНИ У ЗАДОВІЛЬНОСТІ	= СУММА 2 <input type="text"/>	- СУММА 1 <input type="text"/>	= <input type="text"/>	

Програма ерготерапії для учасника №1

№	Зміст завдання	Ускладнення завдання
1	Пошук конкретної букви. Скласти букви за алфавітом. Скласти із представлених літер слово.	Скласти слово із більшої вибірки літер
2	Скласти із представлених слів речення	Скласти складне речення із більшої кількості слів Скласти речення із слів на час
3	Знайти конкретну цифру. Упорядкувати цифри від 1 до 10 у порядку зростання та спадання	Упорядкувати цифри від 1 до 20
4	Розв'язування математичних прикладів (ділення, множення, віднімання, додавання)	Записати приклад розшифровуючи фігури (кожній фігурі відповідає певна цифра) та розв'язати його. Розв'язати кросворд із математичними прикладами.
5	Відтворити на аркуші паперу малюнки по крапках, які відповідають заданому зразку	Ускладнення малюнків-зразків
6	Знайти необхідну монету чи купюру. Поскладати монети за розміром та номіналом.	Полічити монети та купюри. Відрахувати необхідну суму у тихому та шумному середовищі. Відрахування суми на час. Купити вітаміни в аптеці

Продовження додатка Е

7	Скласти кубик-пазл із чотирьох елементів	Скласти пазл із 16 елементів. Скласти пазл на час.
8	Скласти за заданим малюнком із дерев'яних пазлів фігуру	Ускладнення малюнку-зразка. Виконання складання заданої фігури на час.
9	Упорядкувати картки із представленими овочами та фруктами на дві категорії. Знайти всі картки із зображенням овочів; Знайти всі картки із зображенням фруктів; За командою відкласти тільки овочі або тільки фрукти; Знайти заданий овоч або фрукт; Вибір картки, яка зайва у категорії.	Збільшення кількості карток. Виконання завдання на час. Виконання завдання у шумному середовищі.
10	Упорядкувати картки із зображеним одягом по парах. Знайти із запропонованих картинок однакові, коли картинки відкриті. Знайти картинки по парах, коли вони закриті.	Збільшення кількості карток
11	Упорядкувати картки із предметами різної форми (круглої, квадратної, прямокутної) за категоріями. Знайти задану картку із предметом. Вибрати зайві картки, які не відносяться до однієї із категорій	Виконання завдання на час. Збільшення кількості карток.

Продовження додатка Е

12	Домалювати малюнок, з'єднуючи цифри у порядку зростання від 1 до 20	Домалювати малюнок, з'єднуючи цифри у порядку зростання від 1 до 40
13	<p>Поскладати картки із зображенням фігур різних за кольором, дизайном та формою за категоріями (за кольором, за дизайном).</p> <p>Знайти вказану картку із зображенням фігури певної форми.</p> <p>Порівняти 2-3 представлені картки між собою.</p> <p>За командою знайти конкретну фігуру за формою та розміром;</p> <p>Знайти із запропонованих фігур трикутники;</p> <p>Знайти із запропонованих фігур круги;</p> <p>Знайти із запропонованих фігур квадрати;</p> <p>Знайти всі прямокутники;</p>	Упорядкувати картки за формою на час.
14	<p>Посортувати картки із зображенням медикаментів, канцтоварів, м'ясних продуктів та випічки за категоріями.</p> <p>Знайти товари, які можна купити в аптеці, в магазині канцтоварів, у м'ясному відділі, у магазині випічки;</p> <p>Із запропонованих карток вибрати зайву.</p>	Збільшення кількості карток. Виконання завдання на час.
15	Із зашифрованих літер з цифровим кодом скласти слово та закодувати його.	Із зашифрованих літер скласти декілька слів та речення

Продовження додатка Е

16	Відтворити на геоборді (дерев'яній дошці) з допомогою резинок запропонований малюнок	Ускладнення зразка малюнку
17	Віднайти слово у таблиці із літерами	Збільшення таблиці, кількості слів та літер. Виконання завдання на час
18	Ловити м'ячі лівою та правою рукою	Додаємо назву слів певної категорії, цифри
19	Знайти на карті певне місто. Знайти на карті готель, кафе, заправку магазин, аптеку.	Спланувати маршрут із міста до міста, знайти продуктовий магазин, заправку та готель на маршруті.
20	Переписати заданий номер телефону. Зателефонувати на записаний номер. Віднайти вказану програму на телефоні.	Записати номер телефону зі слів співрозмовника в телефонну книгу.
21	У запропонованому бланку з різноманітними літерами закреслити вказані літери	Закреслити та підкреслити вказані літери одночасно
22	У таблиці знайти всі числа від 1 до 25 в порядку зростання, а тоді навпаки	Виконання завдання на час
23	Поскладати дерев'яні бруски за формою	Поскладати бруски так, щоб утворився квадрат та заповнити його

Програма ерготерапії для учасника №2

№	Зміст завдання	Ускладнення завдання
1	Пошук конкретної букви. Скласти букви за алфавітом. Скласти із представлених літер слово.	Скласти слово із більшої вибірки літер
2	Скласти із представлених слів речення	Скласти складне речення із більшої кількості слів Скласти речення із слів на час
3	Із зашифрованих літер з цифровим кодом скласти слово та закодувати його	Із зашифрованих літер скласти декілька слів та утворити із них речення, а потім зашифрувати їх
4	Відтворити на аркуші паперу запропоновані фігури (коло, трикутник, квадрат, п'ятикутник)	Відтворити фігури, які поєднані між собою
5	Упорядкувати картки із представленими днями тижня, місяцями та порами року по порядку. Знайти конкретну картку вказану ерготерапевтом	Виконання завдання на час. Знайти конкретну картку з вказаним місяцем та назвати свято, яке є цього місяця. Упорядкувати місяці відповідно до пір року.
6	Упорядкувати картки із зображенням одягом по парах.. Знайти із запропонованих картинок однакові, коли картинки відкриті; Знайти картинку по парах, коли вони закриті.	Збільшення кількості карток

Продовження додатка Є

7	Упорядкувати картки із предметами кухні та ванної кімнати за категоріями. Знайти задану картку із предметом. Вибрати зайві картки, які не відносять-ся до однієї із категорій	Виконання завдання на час. Збільшення кількості карток.
8	Знайти конкретну цифру серед представлених. Упорядкувати представленні цифри від 1 до 10 у порядку зростання та спадання	Упорядкувати представленні цифри від 1 до 20 у порядку зростання
9	Домалювати малюнок, з'єднуючи цифри у порядку зростання від 1 до 10	Домалювати малюнок, з'єднуючи цифри у порядку зростання від 1 до 20
10	Знайти 5 відмінностей на запропонованих малюнках	Збільшення числа відмінностей до 10
11	Скласти кубик-пазл із 4 елементів	Скласти пазл із 16 елементів
12	Знайти та порахувати однакові деталі на малюнку	Збільшення кількості різноманітних деталей, визначення яких деталей на малюнку є більше
13	Зупинити секундомір на вказаному до того часі	Додаємо відволікаючі чинники (шум, бесіда)
14	Переписати заданий номер телефону. Зателефонувати на записаний номер.	Записати номер телефону зі слів співрозмовника в телефону книгу.

Продовження додатка Є

15	Розставити в запропонованому бланку у порожні квадрати під кожною цифрою відповідні знаки	Виконання завдання на час. Збільшення кількості знаків.
16	Знайти та закреслити представлений код серед запропонованих цифр	Збільшення кількості цифр. Зменшення кількості цифр коду.
17	Впорядкувати задані малюнки (машина, волян, годинник, тварини) від найменшого до найбільшого за розміром	Збільшення кількості вибірки
18	Замалювати фігури відповідним кольором, які показані на зразку	Збільшення кількості фігур
19	Поскладати фігури (коло, трикутник, півколо, квадрат, зірка, ромб) в кубик-пазл сортер. Скласти дерев'яний конструктор хатинку	Виконання завдання на час
20	Пройти на папері намальований лабіринт	Ускладнений лабіринт із більшою кількістю шляхів. Виконання завдання на час.

Вправи для тренування уваги

ВСТУП

Ці практичні та методичні рекомендації призначені для осіб із порушенням уваги після перенесеного мозкового інсульту та для ерготерапевтів, які працюють з такими особами.

Увага – «це форма психічної діяльності, яка виявляється у зосередженості та спрямованості свідомості на певних предметах, власних переживаннях та навколишній дійсності» [3]. Вона дозволяє нам виконувати більше, ніж два завдання одночасно, або перемикатися з завдання на завдання. Ці функції часто порушуються після перенесеного мозкового інсульту. Також може бути порушена концентрація на завданні і намагання втримувати увагу буде для вас виснажливим. Процес уваги також пов'язаний з іншими психічними функціями, такими як пам'ять та мислення. Навички уваги є дуже важливими, адже вони потрібні для спілкування та виконання повсякденної діяльності [4,7,9].

Ми використовуємо різні типи уваги під час виконання повсякденних завдань :

- Мимовільна увага – це увага, яка є автоматичною, несподіваною та виникає під впливом зовнішніх та внутрішніх подразників.

- Довільна – це увага, яка є контрольована свідомістю людини та характеризується спрямованістю на певні предмети чи явища навколишньої дійсності та внутрішній стан особи [3].

В залежності від спрямованості виділяють:

- Зовнішню увагу – спрямована на подразники (предмети та явища навколишнього середовища).

- Внутрішню увагу – спрямована на почуття, переживання та думки людини [3].

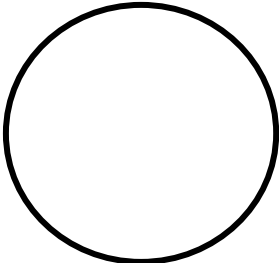
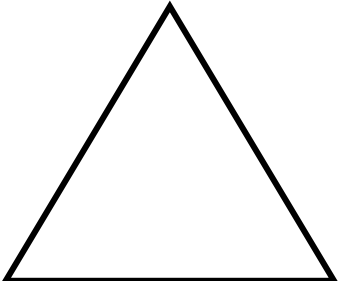

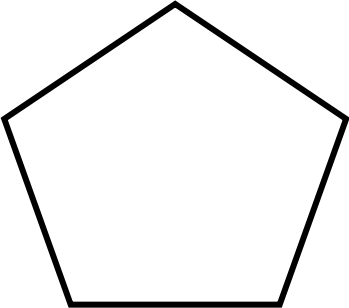
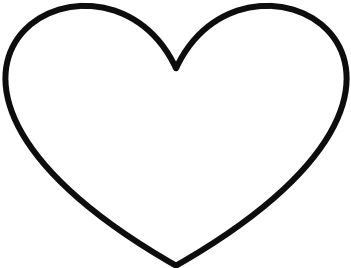
Клінічна модель уваги складається з п'яти компонентів:

Продовження додатка Ж

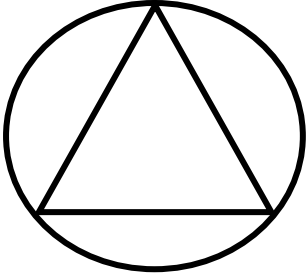
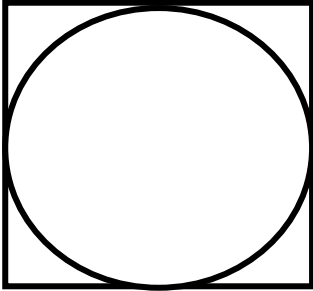
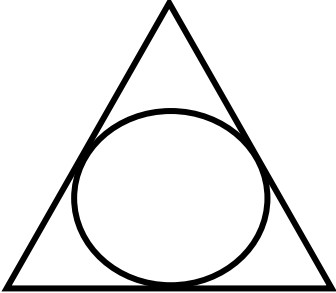
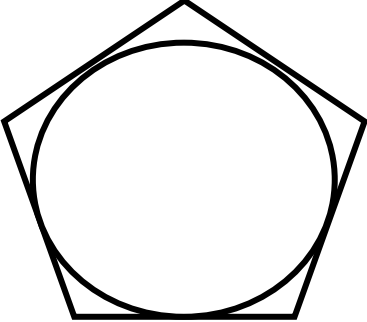
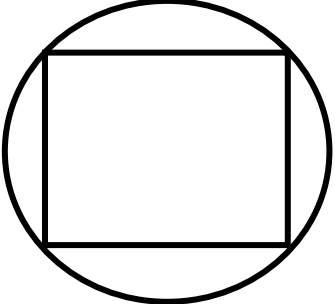
- **Стійкість** – це здатність зосереджуватися на завданні протягом тривалого періоду часу.
- **Фокусування** – це спрямування нашої уваги на якийсь конкретний подразник зоровий або слуховий.
- **Селективність (вибірковість)** – це здатність підтримувати увагу на якомусь конкретному подразнику при цьому ігноруючи інші.
- **Переключення** – це здатність переключати фокус уваги з завдання на завдання.
- **Розподілення** – це здатність виконувати декілька завдань одночасно [43,28].

Завдання 1

Відтворіть нижче розташовані фігури з правої сторони.

Продовження додатка Ж

Продовження додатка Ж

Завдання 2

З представлених нижче речей знайдіть ті, які можна купити:

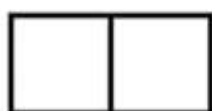
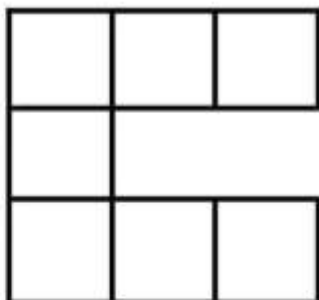
- 1) В аптеці;
- 2) в магазині канцтоварів;
- 3) в м'ясному магазині;
- 4) в магазині випічки.



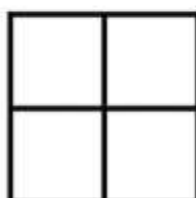
Завдання 3

Підберіть один з трьох елементів (А, Б, В) так, щоб утворився квадрат.

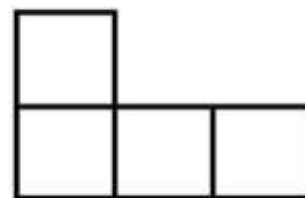
1



А

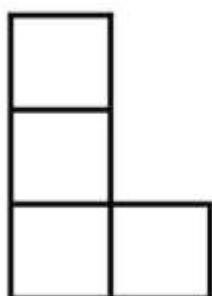
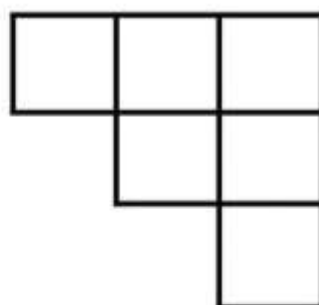


Б

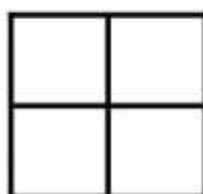


В

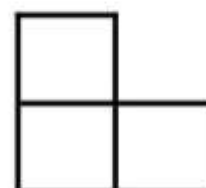
2



А



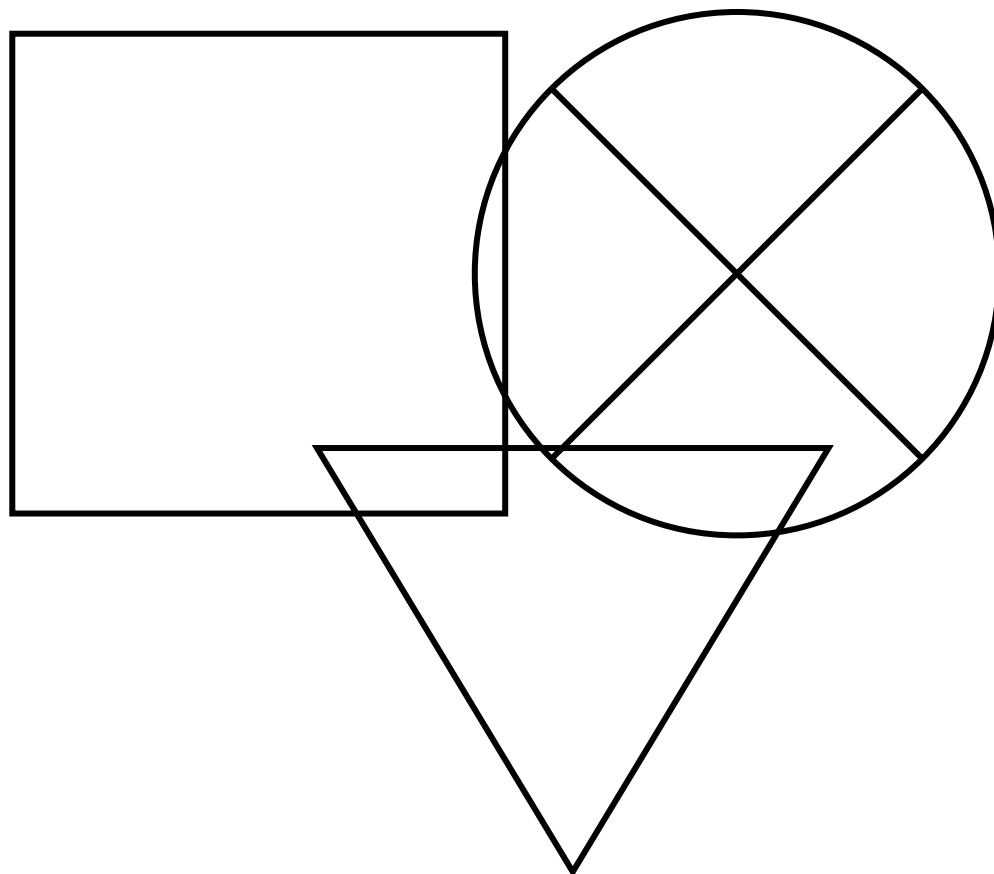
Б



В

Завдання 4

Перемалуйте нижче вказану фігуру.



Завдання 5

Порахуйте суму купюр та монет, які ви бачите нижче.

1.



2.



3.



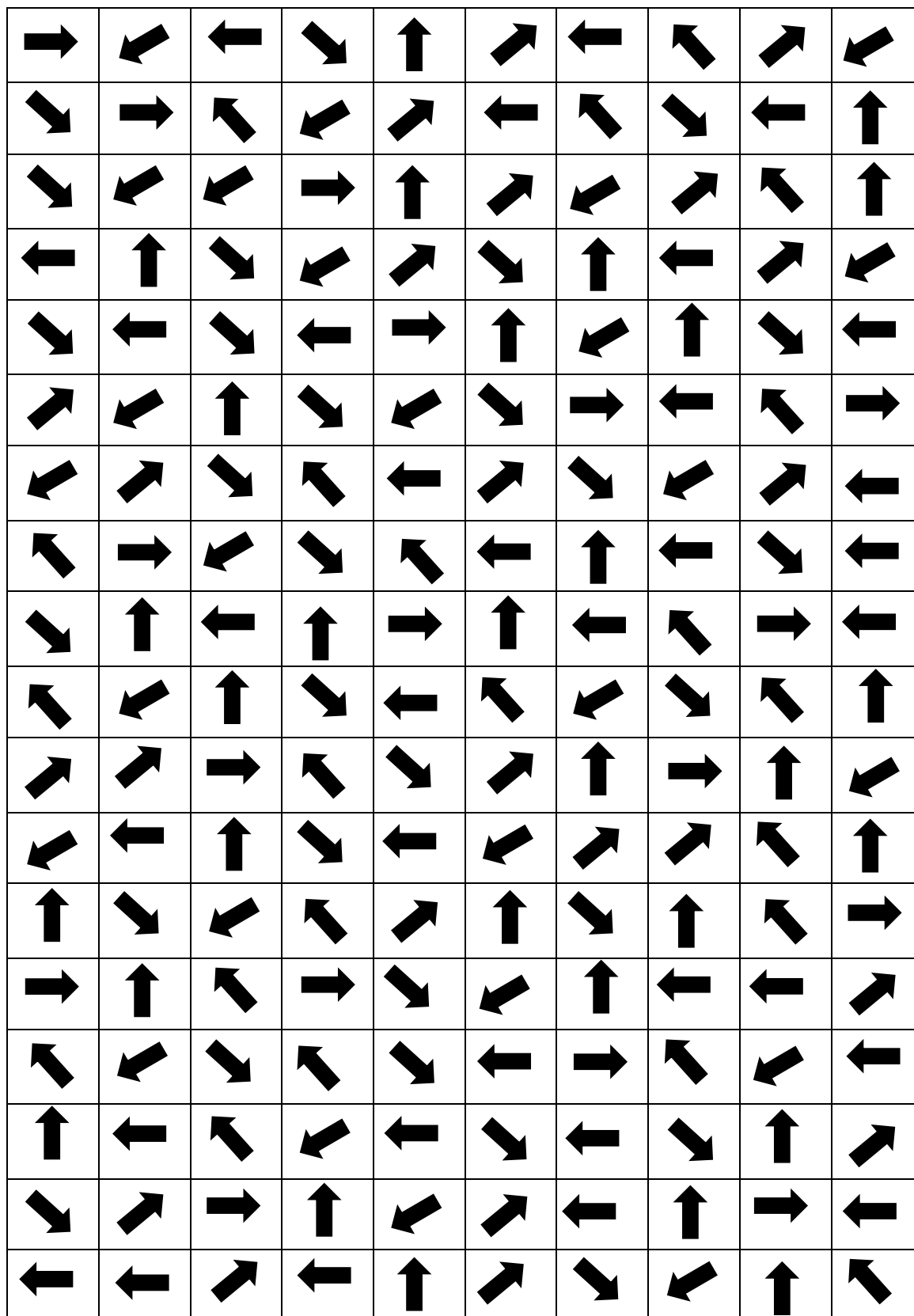
Завдання 6

Полічіть та заповніть пусті квадрати.

1	+	4	=			+	5	=	9	
				+	+					
				1	5			5		
				=	=			+		
2					+		=		3	
	+					+			=	
	3						+		=	
	=				=		+			
		+		=	7		+		=	7
				+			=		+	
				6	+		=	9		4
				=					=	
5	+		=	8		+	3	=		
						+				
						3				
				=				5		
						=				
					+		=			

Завдання 7

Закресліть всі стрілки, які направленні вліво ←



Завдання 8

Викресліть всі букви «Н» та підкресліть всі букви «Т».

О Н Р Т Ш Л О Р П Н З Т Н О Т Т П П А А В Е К
 У Ц Н П О Л Д Ш О Ш Л Н З Х Ж Ю Н Т Р Б Л Ш
 О Н А Ч Я І В А Е Т Н Г Ш А В А Т Щ Ш У Ц Й Н
 Х З Д Л Т Н Д Л Ш З Х Ъ Т Р Н Г Ш О Л П А В Т
 М П Н Г І У К Е Н Д Л Р П А В І Т Ь Д Ж Є Ї Л Ь
 Т Р П А В А Р Л Д Щ Т Н Р А В І Ф Ж Д Л О Т Н
 Р О Л Д Ж Б Ю Ъ Т И Р П А В М И С Ч Я А Р Т Н
 Щ Д Ж З Щ Н З Ж Б Ъ Т Г Т П І А В О Д Ж Х Г Н
 О Р П А В Д Л Ш О Г Р Н Т Ь Б Ю Д Л Р И П Л Ж
 Д Ш Н Е К П И Ч Я Ф І В А Е Н Г Ш Щ Д Л Т Р И
 П М А П Р Л Д Ж Х З Ш Г Н Р Т Ь О Р П А В І К
 Н В К А П П В І У Е Л Д Ж Ж Х Щ Т Р Т Р П А В
 Н Т О Р Л Д Щ Ш Л О Р Т Ь Б Д О Р П А А В І В
 К Е Н Л Ь Т Р И М П Р И Т О Н Р О Л Т Д Л О Т Ь
 А Е Н П А В І Д О Р П Г Ш Г Л О Т И М П Р О Д
 Х Щ Г Н Е П И Т Ь Ж Ю Б Ъ Т Н П Р А В С А І М

Продовження додатка Ж

Завдання 10

Знайдіть та закресліть заданий код серед представлених цифр.

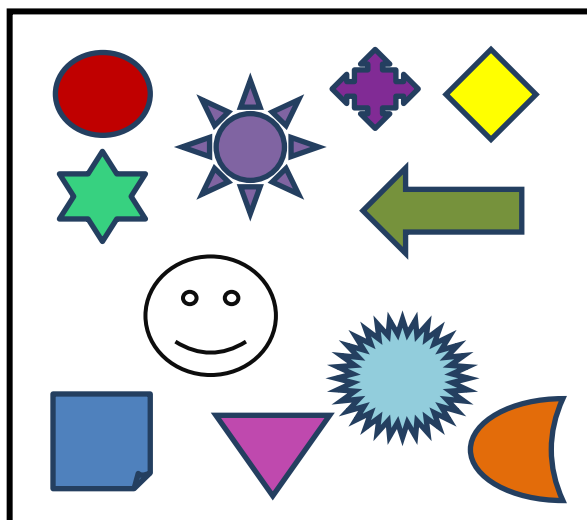
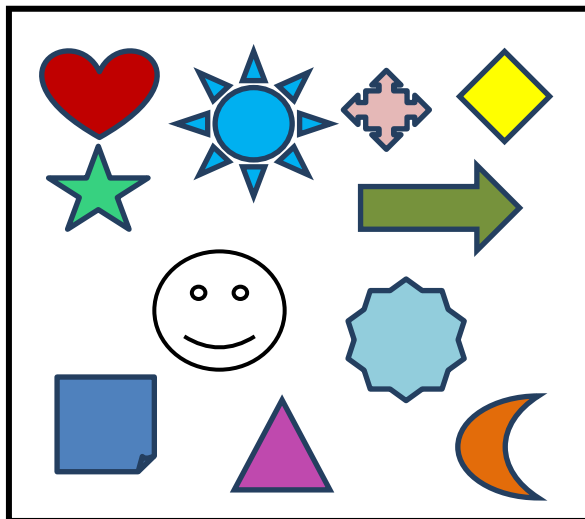
6	9
---	---

1	3	6	9	6	7	3	9	6	1
6	9	5	4	3	2	5	6	8	1
6	7	8	6	9	0	6	9	2	1
6	7	4	3	4	5	6	5	6	9
5	4	3	6	9	4	1	2	8	6
3	5	7	9	0	4	5	2	3	1
1	2	5	6	7	8	0	6	9	4
1	4	6	7	8	9	0	6	9	1
4	5	6	8	3	9	0	3	7	9
3	5	7	8	3	6	3	2	6	9
3	6	7	8	9	6	9	2	3	4
3	4	6	7	8	3	4	2	1	5
5	6	4	3	6	9	0	3	4	1
1	4	6	7	8	9	6	9	3	4
4	5	7	6	4	2	4	6	7	9
5	4	6	7	6	9	6	3	6	7
3	4	7	8	9	6	9	5	3	5

Продовження додатка Ж

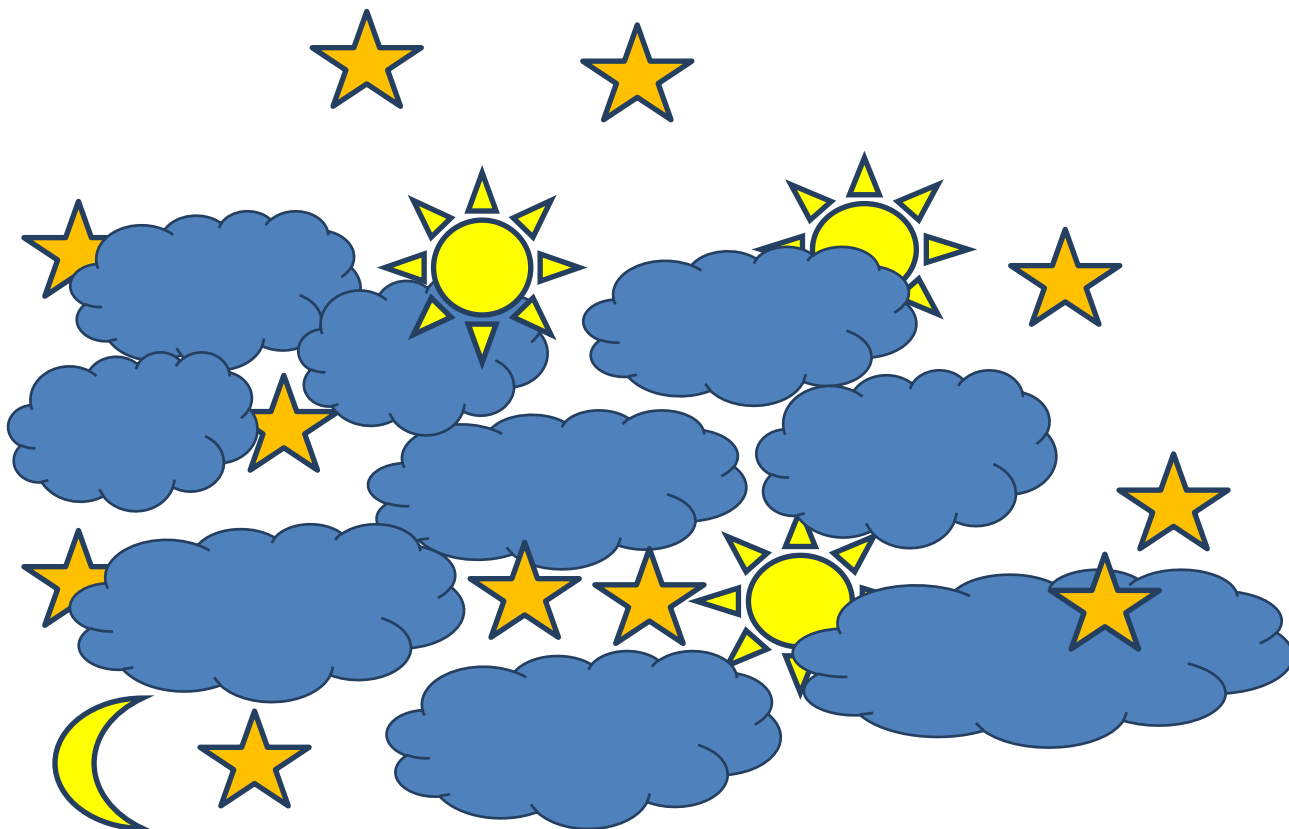
Завдання 11

Знайдіть на малюнку 8 різних елементів та позначте їх.



Завдання 12

Порахуйте скільки є: а) хмар; б) зірок; в) місяців; г) сонця. Чого є найбільше?



Продовження додатка Ж

Завдання 13

Впорядкуйте предмети за розміром від найменшого до найбільшого.

1.



2.



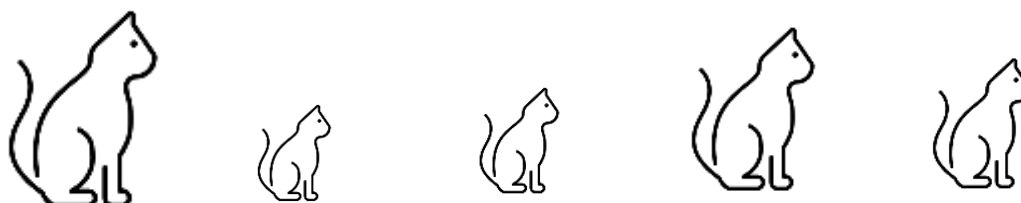
3.



4.



5.



Завдання 14

Із запропонованих літер складіть слово і закодуйте його.

1.

А	У	В	Н	Р	Т	П	І	К
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Наприклад: Кіт – 986

2.

Н	М	І	О	С	Т	Р	Е	А
1	2	3	4	5	6	7	8	9

3.

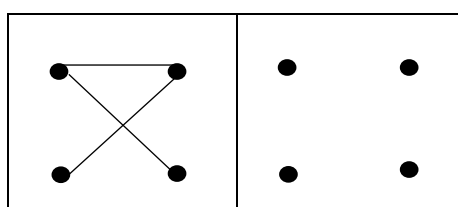
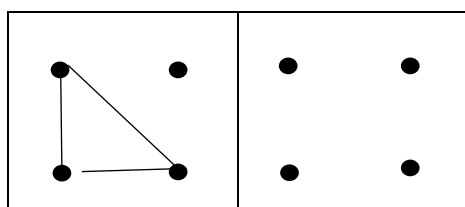
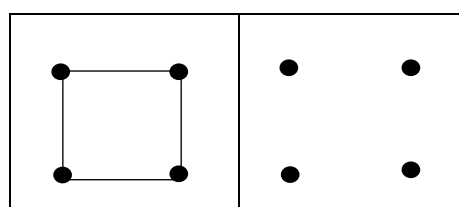
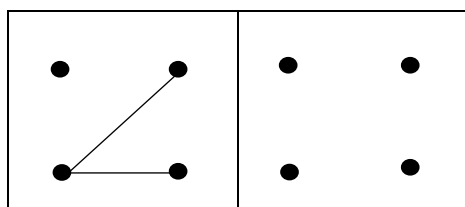
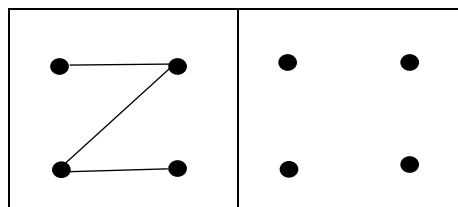
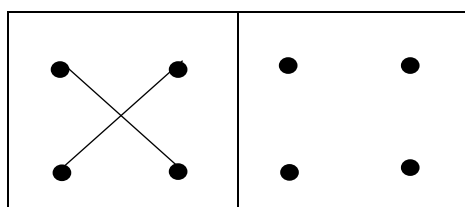
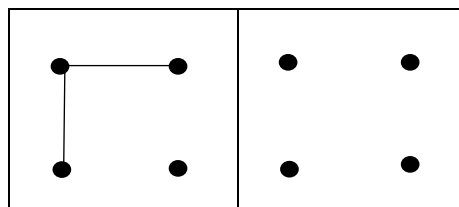
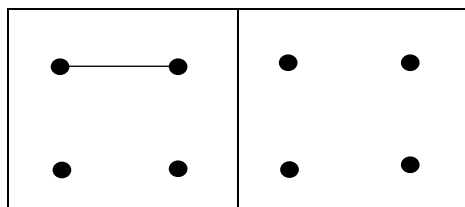
Я	Л	І	А	С	О	В	А	К
1	2	3	4	5	6	7	8	9

4.

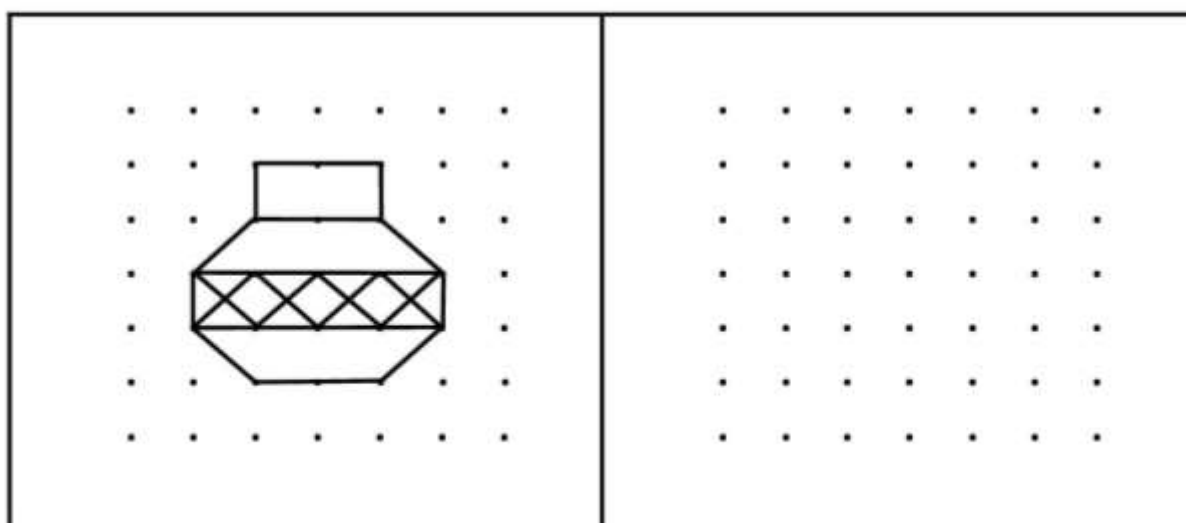
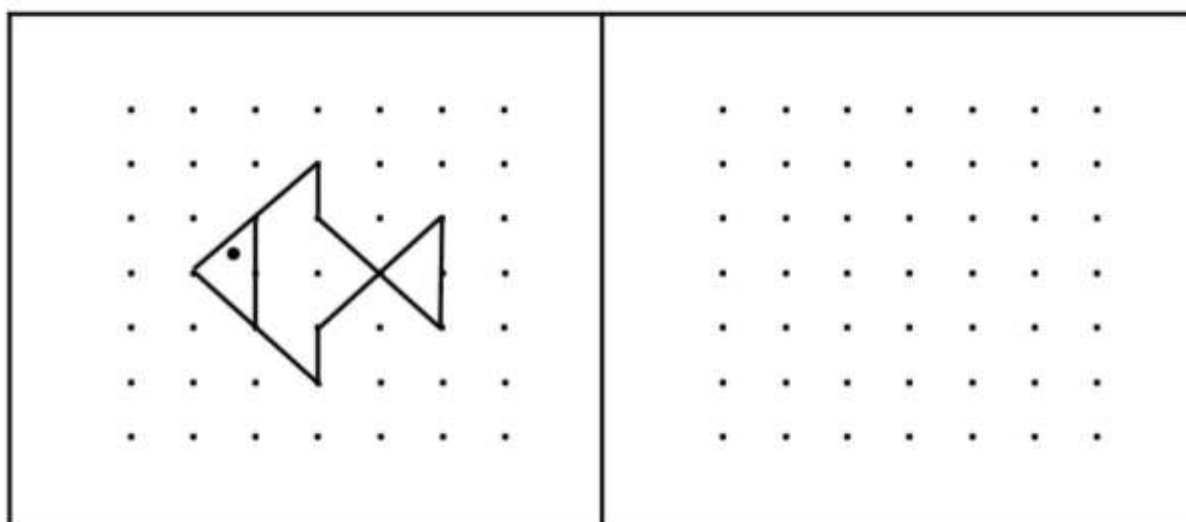
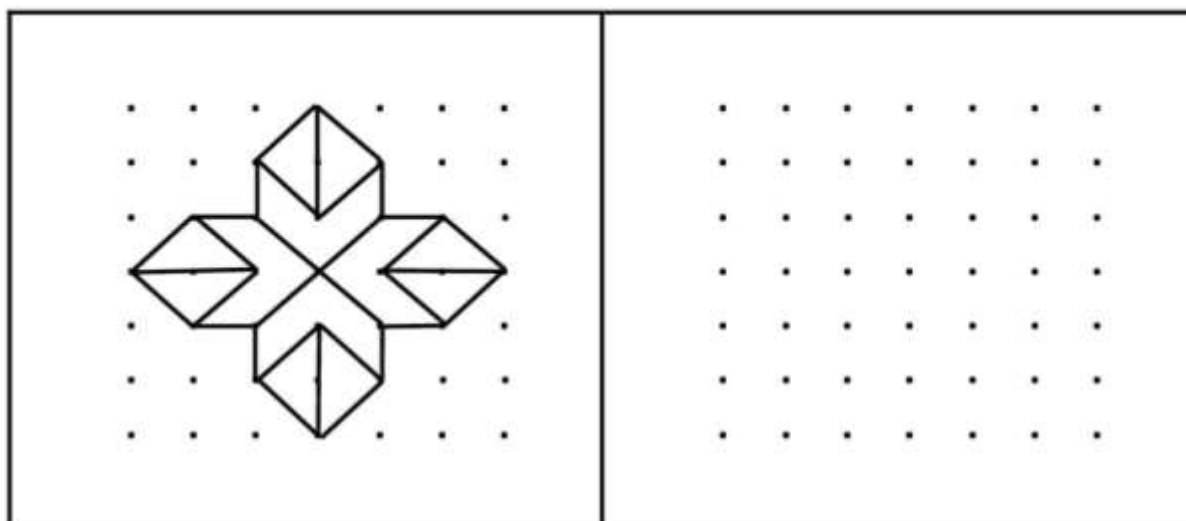
К	А	В	Р	О	П	О	Я	Д
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Завдання 15

Зобразіть такий самий малюнок по крапках, що й з лівої сторони.

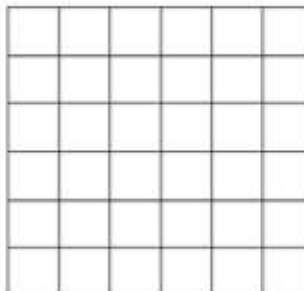
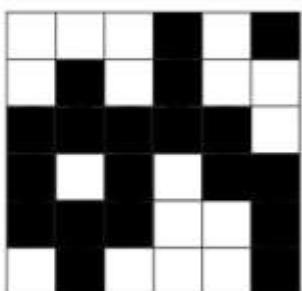
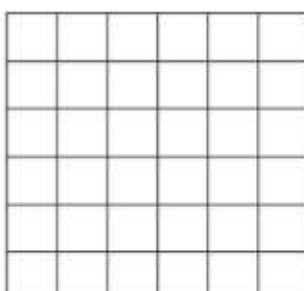
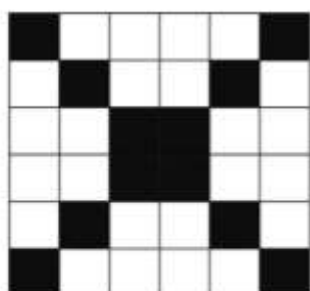
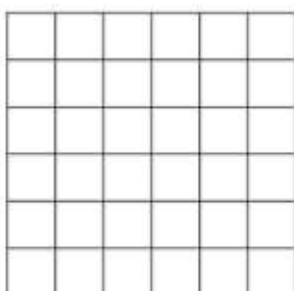
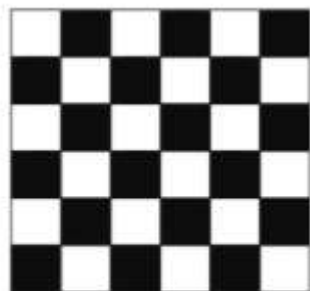
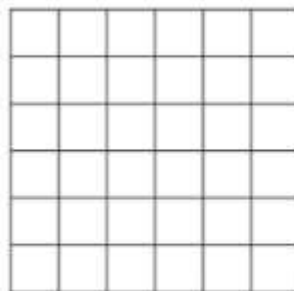
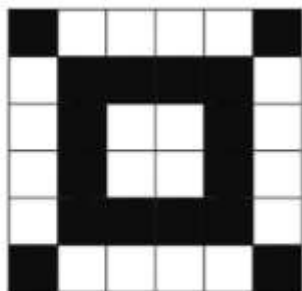


Продовження додатка Ж



Завдання 16

Замалюйте необхідні квадрати справа так, щоб відтворити такий самий візерунок як зліва.



Продовження додатка Ж

Завдання 17

Знайдіть якомога швидше всі цифри по порядку від 1 до 25, а тоді навпаки.

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

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

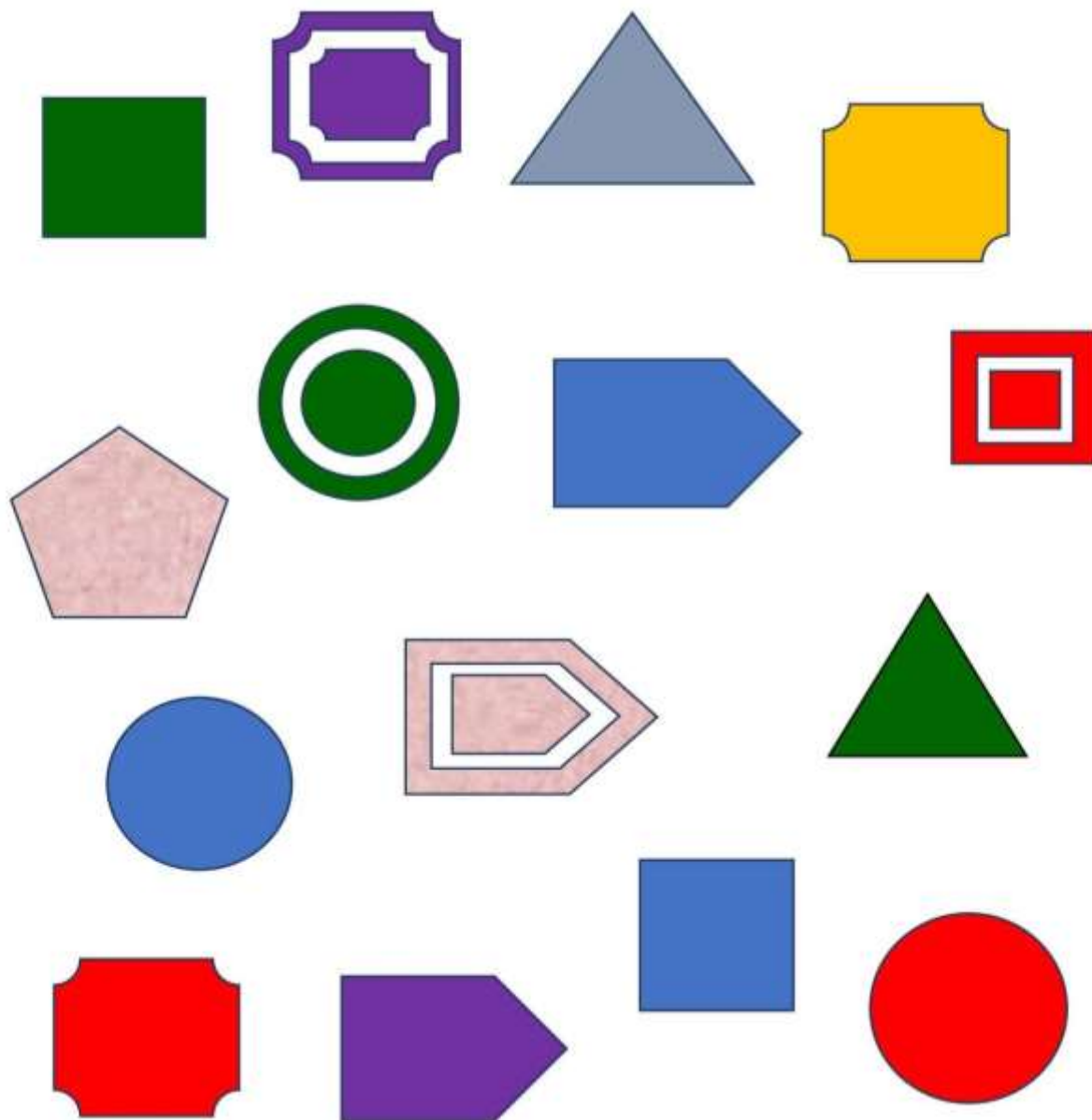
1	7	14	8	10
20	12	2	18	4
6	23	17	22	13
19	5	15	9	3
21	25	11	16	24

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

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

Завдання 18

Знайдіть та назвіть всі фігури, які: а) зеленого кольору; б) фіолетового; в) голубого; г) червоного; д) всі трикутники; е) квадрати; є) кола; ж) п'ятикутники.



Завдання 19

Порахуйте та запишіть правильні відповіді у порожні квадрати.

$$\begin{array}{|c|} \hline \bullet \\ \hline \end{array} + \begin{array}{|c|c|} \hline \bullet & \bullet \\ \hline \bullet & \bullet \\ \hline \end{array} = \begin{array}{|c|} \hline \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{|c|c|} \hline \bullet & \\ \hline & \bullet \\ \hline & \bullet \\ \hline \end{array} \times \begin{array}{|c|} \hline \bullet \\ \hline \\ \hline \end{array} + \begin{array}{|c|} \hline \bullet \\ \hline \\ \hline \end{array} = \begin{array}{|c|} \hline \\ \hline \end{array}$$

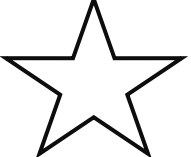
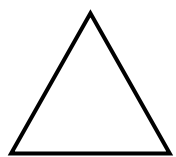
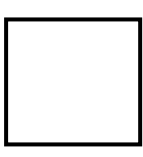
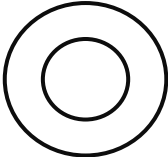
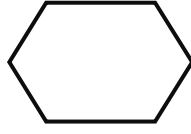
$$\begin{array}{|c|c|} \hline \bullet & \bullet \\ \hline \bullet & \bullet \\ \hline \bullet & \bullet \\ \hline \end{array} \div \begin{array}{|c|} \hline \bullet \\ \hline \\ \hline \end{array} - \begin{array}{|c|c|} \hline \bullet & \bullet \\ \hline \bullet & \bullet \\ \hline \end{array} = \begin{array}{|c|} \hline \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{|c|c|} \hline \bullet & \bullet \\ \hline & \bullet \\ \hline \bullet & \bullet \\ \hline \end{array} + \begin{array}{|c|} \hline \bullet \\ \hline \\ \hline \end{array} \times \begin{array}{|c|} \hline \bullet \\ \hline \\ \hline \end{array} = \begin{array}{|c|} \hline \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{|c|} \hline \bullet \\ \hline \end{array} + \begin{array}{|c|c|} \hline \bullet & \\ \hline & \bullet \\ \hline & \bullet \\ \hline \end{array} \times \begin{array}{|c|c|} \hline \bullet & \bullet \\ \hline \bullet & \bullet \\ \hline \end{array} = \begin{array}{|c|} \hline \\ \hline \end{array}$$

Завдання 20

Розшифруйте фігури та порахуйте заданий приклад.

				
1	4	6	7	9

$$\text{Concentric circles} + \text{Square} =$$

$$\text{Square} + \text{Triangle} =$$

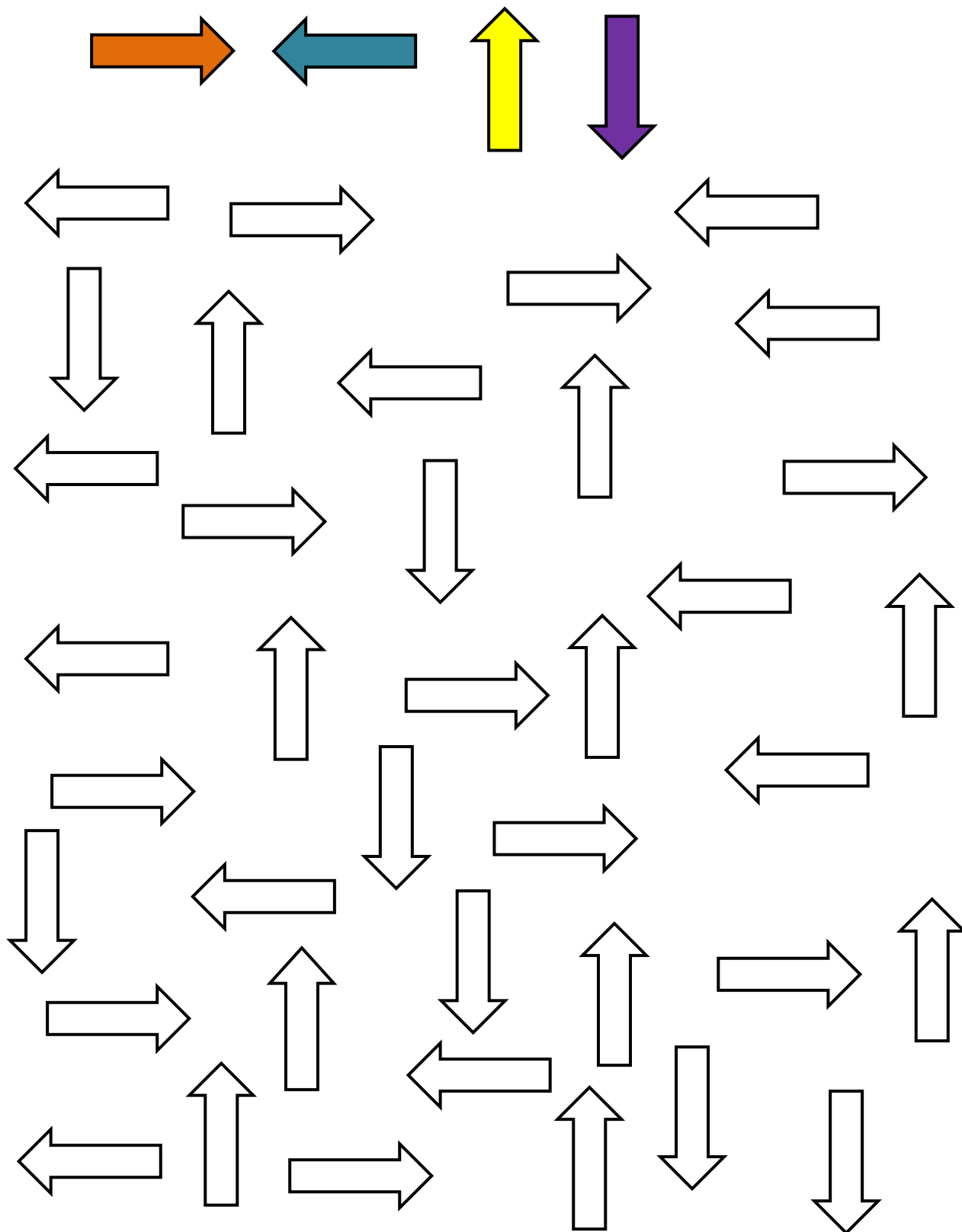
$$\text{Hexagon} - \text{Square} + \text{Star} =$$

$$\text{Concentric circles} \times \text{Star} + \text{Hexagon} \div \text{Star} =$$

$$\text{Square} + \text{Triangle} \times \text{Concentric circles} - \text{Hexagon} =$$

Завдання 21

Замалуйте фігури відповідними кольорами, які показані у зразку.



Завдання 22

Виберіть серед представлених картинок все, що належить: а) до овочів; б) до фруктів.



Завдання 23

Подані літери розмість у порядку зростання від більшої до меншої та запишіть слово, яке утворилося.

іНч _____

ОСн _____

РМОЕ _____

ннБАА _____

мИКЛИ _____

оУБЯЛК _____

АЛГІК _____

АОСВ _____

Завдання 24

З нижче представлених предметів оберіть ті, які ми використовуємо:

а) у ванній кімнаті; б) на кухні.



Опитувальник уваги

(Sohlberg, Johnson, Paule, Raskin, & Mateer, 2001)

Ім'я пацієнта: _____

Ім'я спеціаліста _____

Дата _____

Будь ласка, дайте відповіді на наступні запитання, які стосуються вашої уваги та щоденних функцій, які з нею пов'язані. Поставте відмітку біля варіанту, який найбільше підходить.

Опис	Не проблема або не змінилося	Зрідка заважає (менше одного разу на тиждень)	Іноді заважає (приблизно 1-3 рази на тиждень)	Часто заважає (протягом декількох днів)	Є проблемою цілий час (впливає на більшість діяльності)
1. Мені не вистачає розумової енергії для занять					
2. Я повільно відповідаю, коли мені задають питання /беру участь у розмові.					
3. Я не можу зосередити свою увагу на діяльності або думках, оскільки, мій розум постійно блукає					
4. Я не можу зосередитися на своїй діяльності чи думка, тому що мій розум відчуває «просторість» або «пустоту»					
5. Я можу зосередитись лише на короткий період часу					
6. Я забуваю деталі чи роблю помилки, тому що мій рівень зосередженості зменшився					
7. Я легко збиваюся зі шляху, якщо інші люди поруч					

Продовження додатка 3

8. Я легко відволікаюся на навколишній шум					
9. Я маю проблеми із приділенням уваги розмові, якщо є більше, ніж одна людина					
10. Я легко гублюся, якщо завдання або мислення перериваються					
11. Я легко перенавантажуюся, якщо завдання має декілька складових					
12. Мені важко звертати увагу на декілька речей одночасно					