

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

КАФЕДРА ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття освітнього ступеня магістра
за спеціальністю 227 Фізична терапія, ерготерапія
освітньою програмою «Ерготерапія»

на тему: **«ЕРГОТЕРАПІЯ ПРИ ПОРУШЕННЯХ УВАГИ У ПАЦІЄНТІВ
З ГОСТРИМ ПОРУШЕННЯМ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ»**

Здобувач вищої освіти

другого (магістерського) рівня

Варивода Анастасія Сергіївна

Науковий керівник: Вітомська М. В.

Рецензент: Гавінська С.В., ерготерапевт,

КНП «Олександрівська клінічна лікарня м.

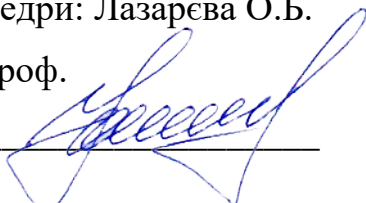
Києва»

Рекомендовано до захисту на засіданні

кафедри (протокол № 12 від 19.04.2023)

Завідувач кафедри: Лазарева О.Б.

д. фіз. вих., проф.



Київ - 2023

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ.....	4
ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1 СУЧАСНЕ УЯВЛЕННЯ ПРО ДЕФІЦИТ УВАГИ У ОСІБ З ГОСТРИМ ПОРУШЕННЯМ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ	9
1.1 Поняття гостре порушення мозкового кровообігу Класифікація, клінічні прояви	9
1.2 Анатомічні структури головного мозку що відповідають за прояви дефіциту уваги	15
1.3 Увага. Види і типи. Поняття про дефіцит уваги	17
1.4 Поняття заняттєва активність та її складові.....	20
1.5 Вплив дефіциту уваги на заняттєву активність	23
1.6 Сучасний стан питання реалізації процесу ергтерапії для осіб з дефіцитом уваги.....	24
Висновки до розділу 1	30
РОЗДІЛ 2 МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ	31
2.1 Методи дослідження	31
2.1.1 Аналіз науково-методичної літератури	31
2.1.2 Нестандартизовані інструменти оцінювання.....	32
2.1.3 Стандартизовані інструменти оцінювання.....	36
2.1.4 Методи математичної статистики	41
2.2 Організація дослідження	42
РОЗДІЛ 3 РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ	43

3.1 Програма стратегічного навчання у осіб з порушеннями уваги що перенесли гостре порушення мозкового кровообігу	43
3.2 Оцінка ефективності розробленого стратегічного навчання та обговорення отриманих результатів	56
ВИСНОВКИ.....	60
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	61
ДОДАТКИ	67

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

АПЖ – активність повсякденного життя

АТ – артеріальний тиск

ГПМК – гостре порушення мозкового кровообігу

ІАПЖ - інструментальна активність повсякденного життя

ОГ - основна група

КГ - контрольна група

ВСТУП

Актуальність. У всьому світі спостерігається зростання поширеності інсульту. Його захворюваність зростає через старіння населення. Інсульт – гостре порушення мозкового кровообігу, що спричиняє пошкодження мозку відмирання нейронів в певній локалізації. Інсульт є другою за значимістю причиною смерті та основою причиною інвалідністю в усьому світі. Крім того у країнах із низьким і середнім рівнем доходу більше молодих людей страждає від інсульту. _В сучасній нейрореабілітації проблема з порушеннями уваги у осіб що перенесли інсульт дуже розповсюджена. Внаслідок інсульту виникає велика кількість моторних порушень та когнітивних дисфункцій, які в свою чергу негативно впливають на якість життя пацієнта, та найближчих родичів/опікунів. Людині важко концентруватись на основних щоденних заняттях, наприклад виконувати гігієнічні процедури, одягатись, займатись приготуванням їжі, виконувати робочі обов'язки.

За офіційною статистикою в Україні за рік зафіксовано понад 150 тисяч інсультів (третина з них – люди працездатного віку), 30-40 % хворих на інсульт помирають впродовж перших 30 днів, 50% – впродовж 1 року, 20-40% хворих стають залежними від сторонньої допомоги, і лише близько 10% – повертаються до повноцінного життя [1].

Ерготерапевтичний процес орієнтований на всіх осіб з порушеннями уваги, що перенесли інсульт. Ерготерапевти оцінюють вплив змін у моторних функціях, відчуттях, координації, зоровому сприйнятті та пізнанні на здатність людини виконувати повсякденні життєві завдання.

Втручання покращує виконання завдань для можливості виконання значущих ролей у життя людини, завдань і діяльності; мінімізує вторинні ускладнення; а також забезпечує навчання та підтримку пацієнта та осіб, які доглядають за ним.

Максимізувати здатність людини виконувати свої особисті завдання з самообслуговування та домашні завдання; допомогти пацієнту вивчити стратегії управління когнітивними, перцептивними та поведінковими змінами, пов'язаними з інсультом; а також підготувати домашнє та робоче середовище до повернення пацієнта.

Оцінка проводиться, щоб зрозуміти вплив змін у моторних функціях, відчуттях, координації, зоровому сприйнятті та когнітивних здібностях на здатність постраждалого від інсульту виконувати щоденні життєві завдання. Оцінка використовується для виявлення областей індивідуальних труднощів і труднощів середовища, а також для встановлення цілей, орієнтованих на пацієнта, за участю як самого пацієнта, так і членів його родини.

Заходи ерготерапії допомагають не тільки максимально відновити когнітивні функції, а й адаптувати пацієнта до звичайного життя, допомагають стати самостійним, незалежним у побуті та соціально пристосованим. Ерготерапія є дуже важливою складовою у відновленні пацієнтів. Пацієнт повинен отримати ерготерапевтичні послуги, що допоможуть придбати незалежність від оточуючих і самостійність, тому на сьогоднішній день заходи ерготерапії є актуальними. [2].

Об'єкт дослідження: процес ерготерапії при порушеннях уваги у осіб з гострим порушенням мозкового кровообігу.

Предмет дослідження: структура та зміст процесу ерготерапії, які використовують для відновлення втрачених когнітивних функцій, таких як увага, а також досягнення максимально можливого рівня незалежності у заняттєвій активності при наслідках перенесеного інсульту.

Мета: довести превалювання терапевтичного використання стратегічного навчання над уніфікованими заходами когнітивної реабілітації для розширення заняттєвої участі осіб з дефіцитом уваги внаслідок ГПМК.

Завдання дослідження:

1. Систематизувати та узагальнити іноземний досвід щодо застосування когнітивної реабілітації у осіб з порушеннями уваги, після перенесеного інсульту.

2. Оцінити вплив ерготерапії на активність повсякденного життя, як базову, так і інструментальну, когнітивну функцію та специфічні когнітивні здібності у людей, які мають порушення уваги після інсульту.

Теоретична значимість роботи. В процесі дослідження визначено, що у 2/3 хворих після перенесеного інсульту мають порушення уваги, що супроводжується складністю виконання або унеможливленням виконувати основні активності повсякденного життя.

Ефективність когнітивної реабілітації при дефіциті уваги після інсульту залишається непідтвердженою. Когнітивна реабілітація може покращити деякі специфічні аспекти уваги одразу після реабілітації. Немає жодних доказів того, чи зберігаються переваги в довгостроковій перспективі. Проте покращення уваги в короткостроковій перспективі може дозволити людям краще брати участь у реабілітації та покращити свою здатність справлятися із завданнями, у яких від них вимагається робити дві речі одночасно, наприклад, ходити та говорити.

Практична значимість роботи. Отримані результати свідчать про те, що когнітивне тренування має позитивний вплив на покращення когнітивних функцій у пацієнтів, але не сприяє відновленню здатності до заняттєвого виконання. За своєю чергою, стратегічне навчання дозволяє пацієнтам повернути здатність до виконання заняттєвої активності та сприяє розвитку когнітивних функцій у пацієнтів з порушеннями уваги.

Варто зауважити, що тренування когнітивних функцій не є достатнім для успішного виконання завдань у реальних життєвих умовах. Натомість, результати стандартизованих тестів, що оцінюють увагу у пацієнтів з гострим порушенням кровообігу, не виявили числового покращення, яке вплинуло б на якість виконання повсякденних активностей. Однак, терапевтичне використання заняттєвої активності показало значущі

покращення якості життя пацієнтів як у клінічних умовах, так і в довгостроковій перспективі. Такий підхід дозволяє пацієнтам активно брати участь у повсякденних діях, забезпечуючи їм більшу незалежність та задоволення.

РОЗДІЛ 1

СУЧАСНЕ УЯВЛЕННЯ ПРО ДЕФЦИТ УВАГИ У ОСІБ З ГОСТРИМ ПОРУШЕННЯМ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ

1.1 Поняття гостре порушення мозкового кровообігу.

Класифікація. Клінічна картина.

Інсульт - гостре порушення мозкового кровообігу внаслідок якого виникає пошкодження у певній ділянці кори головного мозку по причині закупорки чи розриву судини. ГПМК включає в себе два основні типи: ішемічний і геморагічний інсульт. Ішемічний - виникає в наслідок закупорки мозкової артерії через блокування артерії тромбом або емболією. При закупорці мозкової артерії, певна ділянка мозку гине внаслідок ішемії

Ішемічний інсульт є одним з найпоширеніших типів інсульту, що становить значну загрозу для здоров'я людей. Це невідкладна стан, при якому постраждала область мозку не отримує достатньо крові через блокування або зниження кровопостачання до мозкових судин.

Процес розвитку ішемічного інсульту може бути наступним: зазвичай, він починається з утворення тромбу або емболу, який блокує кровопостачання в одній з артерій, що живлять мозок. Якщо тромб або ембол достатньо великий, він може повністю заблокувати кровопостачання відповідної артерії, викликаючи гострий ішемічний інсульт.

Коли кровопостачання до окремої області мозку зупиняється, клітини нервової тканини починають отримувати недостатньо кисню та поживних речовин, що призводить до пошкодження цих клітин і розвитку некрозу (відмирання тканин). Це може мати серйозні наслідки, оскільки регіон мозку, який постраждав, контролює різні функції тіла.

Геморагічний інсульт – ураження головного мозку, що спричинене розривом мозкової артерії. В наслідок крововиливу у тканину або оболонки

мозку потрапляє кров – виникає внутрішньочерепний крововилив (гематома), який стискає оточуючі тканини мозку та порушує їх кровопостачання.

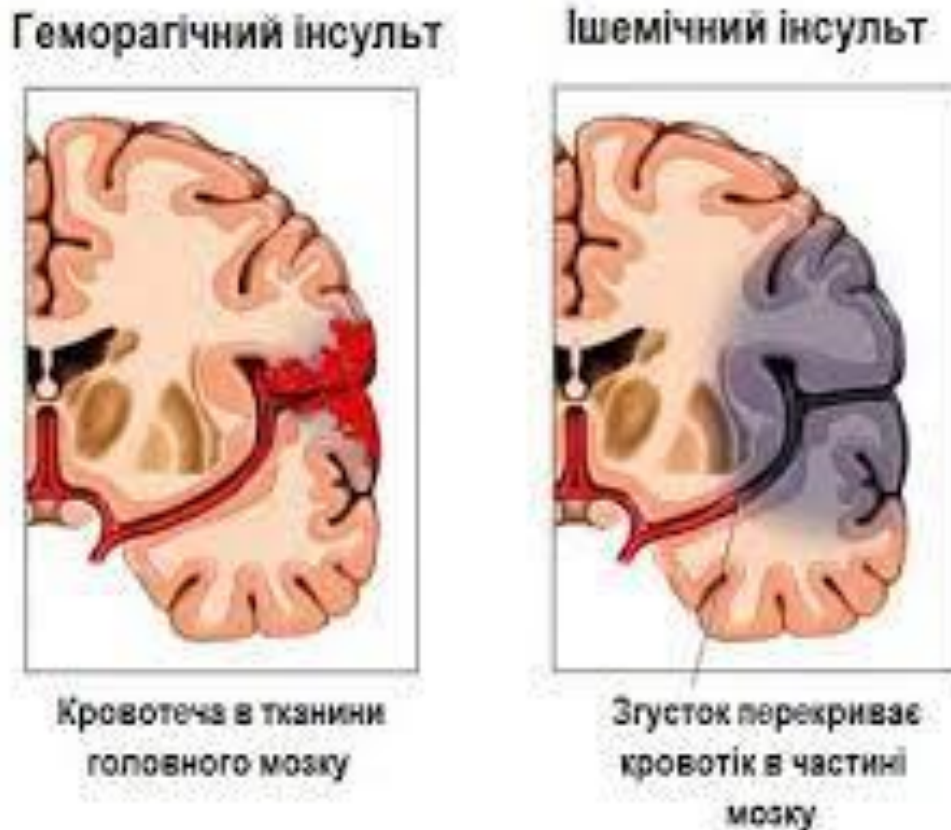


Рис. 1.1. Візуалізована різниця між геморагічним і ішемічним інсультами

Чим довше триває порушення нормального кровопостачання мозку, тим більшою буде область ураження і серйознішим буде пошкодження тканин мозку [3] стверджують що Є два типи факторів ризику розвитку інсульту: модифіковані, тобто ті що ми можемо змінити і немодифіковані.

До модифікованих факторів ризику розвитку інсульту відносять:

- артеріальну гіпертензію,
- високий рівень холестерину в крові,
- цукровий діабет I і II типів,
- абдомінальне ожиріння,
- розлади з боку серця (особливо ті що спричиняють емболію такі як гострий інфаркт міокарда, інфекційний ендокардит, фібриляція передсердь)

- васкуліт,
- недостатню фізичну активність,
- депресію або тривале нервово-психічне перенапруження,
- наявність шкідливих звичок (паління та вживання алкоголю).

До немодифікованих відносять:

- вік,
- стать,
- расу,
- генетичну схильність,
- наявність аневризми головного мозку або артеріовенозні мальформації,
- наявність транзиторних ішемічних атак в анамнезі.

Через наявність чотирьох і більше несприятливих факторів збільшується ризик схильності до інсульту. Як ми бачимо модифікованих факторів ризику розвитку набагато більше, а отже якщо приймати медикаментозну терапію при артеріальній гіпертензії та цукровому діабеті, знизити надмірну масу тіла і контролювати рівень холестерину в крові можна зменшити ризик виникнення інсульту.

Ішемічні інсульти є найбільш поширеними, становлять до 80% інсультів, і виникають, коли є оклюзія кровоносної судини, що порушує приплив крові до мозку.

Клінічна картина. Інсульти можуть проявлятися у вигляді заздалегідь визначених синдромів через ефект зниження кровотоку до певних ділянок мозку, що корелює з результатами обстеження. Це дозволяє клініцистам мати можливість передбачити область судин головного мозку, яка може бути уражена.

Наприклад: лакунарний інсульт — виникає в басейні кровопостачання дрібними перфоруючими артеріями, найчастіше — у підкіркових ядрах, внутрішній капсулі, таламусі та стовбурі головного мозку; зазвичай

призводить до ізольованого парезу або порушень чутливості у 2-х з 3-х ділянок (обличчя, верхня або нижня кінцівка) інсульта, що охоплює увесь передній басейн кровопостачання головного мозку — тобто, басейни передньої і середньої мозкових артерій; найчастіше призводить до геміплегії або значного геміпарезу або гемігіпестезії у ≥ 2 -х з 3-х ділянок (обличчя, верхня або нижня кінцівка), афазії і гомонімної геміанопсії; інсульта, що охоплює частину переднього басейну кровопостачання головного мозку — викликає рухові або чутливі порушення у 1-й або 2-х з 3-х вище описаних ділянок, або тільки афазію.

Інсульта у задньому (вертебробазиллярному) басейні кровопостачання головного мозку — викликає симптомокомплекси ураження мозочка, стовбура або потиличних долей головного мозку.

Типовий перебіг: неврологічний стан впродовж перших годин або днів може погіршуватися або спонтанно покращуватися. У 5–10 % хворих з ішемічним інсультом на ранньому етапі хвороби виникає повторний інсульта (після стабілізації неврологічного стану з'являються нові неврологічні симптоми з іншого або з того самого, що й перший інсульта, басейну кровопостачання).

Ризик повторного інсульта в ранньому періоді після транзиторної ішемічної атаки є дуже високим (до 5 % впродовж 48 год і 12 % впродовж 30 днів).

У близько 50 % випадків ішемічного інсульта (особливо, тромбоемболічного генезу) розвивається вторинна геморагічна трансформація різного ступеня вираженості, яка виявляється за допомогою КТ. Геморагічний інсульта, зазвичай, характеризується швидшим наростанням неврологічної симптоматики; рецидиви спостерігаються рідше.

У разі локалізації інфаркту мозку в півкулях великого мозку, відмічають значні розлади свідомості з розвитком сопору або коматозного стану, що супроводжується значним набряком головного мозку і вторинним дислокаційно-стовбуровим синдромом. Здебільшого це виникає при

закупорці внутрішніх сонних артерій в інтракраніальному відділі або їх основного стовбура. У разі розвитку ішемічного інсульту в судинах вертебрально-базилярного басейну наявна втрата свідомості. У початковий період ішемічного інсульту вегетативні розлади та менінгеальні знаки не виникають. Вони можуть з'явитися під час розвитку набряку мозку. У багатьох хворих присутні ознаки серцевої недостатності і часто реєструється порушення ритму серця. Також АТ буває нормальним або зниженим, але часто спостерігається артеріальна гіпертензія [4].

Ускладнення геморагічного інсульту можуть включати:

- тромбоз глибоких вен або легенева емболія
- набряк мозку
- Судоми
- Втрата пам'яті
- Проблеми із зором та слухом
- М'язова слабкість
- Пролежні
- Депресія
- Ризик пневмонії

Ускладнення ішемічного інсульту можуть включати:

- тромбоз глибоких вен або легенева емболія)
- Інфекції сечовивідних шляхів
- Проблеми кишечника та сечового міхура
- Ризик пневмонії
- М'язова слабкість
- Пролежні
- Проблеми з мобільністю та високий ризик падінь

Варто відмітити, що інформування пацієнтів, які перенесли інсульт, та їх родичів щодо процесу реабілітації, виписки та подальшого спостереження є дуже важливим аспектом. Дослідження показали, що надання інформації

пацієнтам сприяє поліпшенню їхнього задоволення, розуміння процесу лікування та може знизити рівень депресії.

Особливо великий вплив спостерігається, коли інформація надається інтерактивно, заохочуючи пацієнта задавати запитання та брати активну участь у процесі отримання інформації. Це дозволяє створити більш глибоке засвоєння матеріалу та позитивно впливає на настрій пацієнта в порівнянні з простим одноразовим наданням інформації.

Тому, під час лікування після інсульту, активна комунікація та надання вичерпної інформації мають велике значення для пацієнтів і допомагають їм краще зрозуміти та управляти своїм станом, а також зменшити психологічне навантаження.

Інсульт є серйозним захворюванням, яке може суттєво впливати на функціонування та якість життя людини. Відновлення після інсульту може вимагати довготривалого підходу, а ерготерапія відіграє важливу роль у забезпеченні відновлення та повернення до повсякденного життя.

Одним з основних наслідків інсульту є порушення функціональної незалежності. Люди, що пережили інсульт, можуть зіткнутися з проблемами у виконанні різних повсякденних дій, таких як одягання, купання, приготування їжі, самообслуговування та інші активності життя.

Ерготерапевт співпрацює з пацієнтом, щоб відновити ці навички та покращити їх функціональну здатність.

Ще одним наслідком інсульту є втрата когнітивних функцій. Це може включати проблеми з пам'яттю, концентрацією, мовленням, сприйняттям та вирішенням проблем. Ерготерапевти працюють з пацієнтами, використовуючи різні стратегії та вправи, щоб покращити їх когнітивні навички та сприяти поверненню до нормального функціонування.

Психічне здоров'я також може постраждати внаслідок інсульту.

Багато пацієнтів стикаються з емоційними проблемами, такими як депресія, тривога та почуття втрати. Ерготерапевти проводять індивідуальні

та групові сесії з пацієнтами, допомагаючи їм впоратися зі стресом, розвивати позитивні налаштування та покращувати їх настрій.

Крім того, інсульт може мати вплив на соціальну взаємодію та залученість до спільноти. Багато пацієнтів відчують соціальну відчуженість, втрату стосунків та обмеження в активностях, які раніше приносили задоволення. Ерготерапевти працюють з пацієнтами, допомагаючи відновити навички соціальної взаємодії, розвивати нові інтереси та забезпечувати підтримку у процесі повернення до соціального життя.

Загалом, ерготерапія є важливим компонентом реабілітаційного процесу після інсульту. Ерготерапевти допомагають пацієнтам змінити свій підхід до життя, розвивати нові стратегії та навички, щоб досягти незалежності та повернутися до повсякденних активностей. Їхній індивідуальний підхід та професійна підтримка сприяють відновленню функцій та покращенню якості життя людей, які пережили інсульт.

1.2 Анатомічні структури головного мозку, що відповідають за прояви дефіциту уваги.

Увага є складною нейроповедінковою сферою, необхідною для всіх вищих функцій. Увазі відведені великі ділянки мозку, що відображає його значення у всьому діапазоні розумових операцій. В даний час дві основні розподілені нейронні мережі визнані посередниками взаємодоповнюючих аспектів функції уваги.

Одна — дифузна система, яка розподіляє увагу глобально. Ця система уваги підпорядковується широко розповсюдженій мережі таламічних і двопівкульних структур, у яких особливо важливі лобові частки.

Друга мережа, фокальна система, яка розподіляє увагу на суттєві аспекти просторового досвіду, латеральна до лобової та тім'яної областей правої півкулі. Обидві мережі уваги складаються з коркових і підкіркових

структур сірої речовини, а також сполучні тракти білої речовини, які об'єднують ці регіони у функціональні ансамблі [5].

При ураженні лобових часток кори великого мозку спостерігається зниження здатності до переключення уваги. Переключення може бути настільки загальмоване, що хворий повторно виконує раніше виконану дію, не помічаючи цього.

Довільну увагу забезпечують: дорсальна префронтальна кора (PFCdorsolateral prefrontal cortex) і задня тім'яна кора (PPC-posterior parietal cortex), разом вони утворюють фронтопарієтальну мережу. Як видно з опису структур мозку, їх ураження супроводжується випадінням одних якостей уваги при збереженні інших (табл. 1.1)

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
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

Функціональні методи візуалізації, такі як функціональна МРТ, дозволяють вивчати когнітивну функцію уваги. Використання сканера дозволяє маніпулювати параметрами уваги та відображати миттєву обробку інформації мозком, що робить цей метод дуже ефективним для дослідження уваги. Дослідження засвідчили залучення нижньої тім'яної та лобової систем мозку до уваги, а також виявили внесок певних областей мозку у вибірку, зосереджену та стійку увагу [6].

1.3 Увага. Види і типи уваги. Поняття про дефіцит уваги.

Когнітивна функція — це широкий термін, який стосується психічних процесів, залучених до отримання знань, маніпулювання інформацією та міркування. Когнітивні функції включають сфери сприйняття, пам'яті, навчання, уваги, прийняття рішень і мовні здібності [7].

Роланд [9] в своїй праці стверджує, що увага - когнітивні процеси, які дозволяють відбирати інформацію, зосереджуватись на ній і підтримувати її обробку. Об'єктом уваги можуть бути стимули навколишнього середовища, які активно обробляються сенсорними системами, або асоціативна інформація та альтернативні відповіді, створені поточною когнітивною діяльністю. Увага є однією з найважливіших психічних функцій, яка дозволяє спрямовувати свідомість на вибраний об'єкт. Вона включає в себе

процеси відбору, фільтрації та інтеграції інформації з навколишнього середовища, що дозволяє особі ефективно функціонувати в соціумі.

Більшість людей після інсульту мають проблеми з увагою. Вони не здатні зосереджуватися протягом тривалого періоду часу і відволікаються, нездатні зосередитися на конкретному завданні за наявності конкуруючої інформації [9].

Поширеність когнітивних порушень є високим навіть після незначного ішемічного інсульту. Зокрема, найчастіше порушується увага, короткострокова пам'ять і виконавча функція [10].

Згідно з поглядами І.М. Сеченова, увага має рефлекторний характер, її спрямованість на об'єкт є специфічною відповіддю організму на зміни в зовнішньому середовищі, які мають для людини важливе значення.

За наявністю вольової регуляції розрізняють увагу мимовільну, довільну та після довільну. Увагу, зумовлену сильними, контрастними, значущими подразниками, що діють на людину яскравістю, несподіваністю, динамізмом, називають мимовільною. Виникнення мимовільної уваги визначається фізичними, психофізіологічними і психічними факторами. Мимовільну увагу може викликати сильний подразник: різкий запах, яскраво світло і барви, голосні звуки. Мимовільна увага триває, поки діють відповідні подразники. Важливим джерелом мимовільної уваги є інтерес. Те, що цікаве, емоційно-насичене, може зумовити тривалу увагу людини.

Довільна увага це вид уваги, що виявляється у випадку, коли людина ставить перед собою певні завдання і намагається їх виконати. Механізм функціонування довільної уваги - друга сигнальна система.

У ході трудової або навчальної діяльності людина може захопитися своєю працею настільки, що потреба у вольовому спрямуванні уваги зникає. У подібному випадку довільна увага набуває нових рис - залишаючись свідомою, доцільною, вона, як і мимовільна, знімає напруження, захоплює людину і підтримує активну психічну діяльність. Це і є післядовільна увага.

Увага може бути спрямована на зовнішні об'єкти або на внутрішній психічний і фізичний стан людини, її думки, переживання, спогади, фізіологічні відхилення. Залежно від цього розрізняють увагу внутрішню і зовнішню. Характерними властивостями уваги є обсяг, розподіленість, здатність до переключення, відволікання, стійкість, зосередженість, неухважність [11].

Увага є формою організації психічної діяльності людини, яка полягає у спрямованості й зосередженості свідомості на об'єктах, що забезпечує їх виразне відображення. Характерними для уваги є такі риси: концентрація, стійкість, переключення, розподіл уваги, та її обсяг.

Стойкість уваги виявляється в здатності протягом тривалого періоду часу зберігати увагу на певному об'єкті, предметі діяльності.

Концентрація уваги – утримання уваги на одному об'єкті, або на одній діяльності, абстрагуючись від усього іншого.

Переключення уваги розуміють як зміну її спрямованості з одного об'єкта на інший, з одного виду діяльності на інший. Чергування уваги вважають як здатність належним чином виконувати кілька завдань [12].

Розподіл уваги полягає в тому, що людина може одночасно утримувати в зоні уваги кілька об'єктів, виконувати два, а то й три види діяльності.

Обсяг уваги – це така її характеристика, яка визначається кількістю інформації, що одночасно може зберігатися у сфері підвищеної уваги людини (середній обсяг уваги людини – 5-7 одиниць інформації).

Виділяють такі види уваги: мимовільну, довільну, післядовільну.

Мимовільна увага виникає незалежно від наміру та бажання людини.

Довільна увага характеризується спрямованим і регульованим зосередженням, зумовленим потребами діяльності.

Увага, яка спершу підтримувалася вольовими зусиллями, тобто була довільною, потім перейшла у післядовільну.

Розлади дефіциту уваги зазвичай спостерігаються після інсульту.

Система уваги пов'язана з різними когнітивними функціями, такими як пізнання, продуктивність, мова, пам'ять і просторова організація, отже, дефіцит уваги може сильно впливати на функціональні здібності людини вдома чи на роботі [13].

Після порушення мозкового кровообігу дефіцит зосередженої уваги зникає у більшості пацієнтів, але проблеми з увагою вищого рівня можуть зберігатися пізніше. Це включає швидкість обробки, розділену увагу, короткотривалу пам'ять і пильність [14].

При роботі ерготерапевта пацієнти з розладами уваги спочатку починають виконувати прості завдання, які практикуються кілька разів. Поступово складність додається терапевтом.

В основному використовуються два підходи - корекційний підхід і компенсаторний підхід.

Відповідно до корекційного підходу мозок дорослої людини може відновлюватися після травми головного мозку за допомогою сенсомоторних, когнітивних і перцептивних вправ. Під час реабілітації у центрі уваги терапевта – клієнт. Функціональні здібності пацієнта вдосконалюються шляхом перенавчання окремих компонентів. Під час реабілітації використовуються подразники зовнішнього середовища.

Компенсаторний підхід. Неушкоджені навички використовуються та компенсуються за навички, які були порушені. Забезпечується спеціальне навчання повсякденним активностям, оскільки пошкодженому мозку важко засвоїти узагальнені завдання [15].

1.4 Поняття заняттєва активність та її складові.

Заняттєва активність – цілеспрямована, тривала, регулярна, багатокomпонентна, бажана або очікувана діяльність (включає активність повсякденного життя, інструментальну активність повсякденного життя, продуктивну діяльність, гру, освіту, відпочинок і сон, дозвілля і соціальну

участь), яка надає життю людини зміст і мету, є обов'язковою чи такою, яка приносить задоволення та відчуття досягнення. Структура заняттєвої активності включає в себе: активність, завдання і дію.

Заняття – щоденні справи, у яких люди беруть участь які надають життю значення і мету та охоплюють усе, що люди повинні або хочуть робити у своєму житті, а також те, що від них очікується.

Активність – будь-який набір завдань.

Завдання – дія чи сукупність дій, пов'язаних із використанням інструментів.

Дія – набір цілеспрямованих, спостережуваних моделей руху, які мають продукт чи результат, і можуть залучати матеріали. Всі дії мають фізичні, когнітивні та афективні компоненти.

Активність повсякденного життя (АПЖ) — це термін, який використовується для спільного опису основних навичок, необхідних для самостійного догляду за собою, таких як їжа, купання та мобільність. Термін «повсякденна діяльність» вперше ввів Сідні Кац у 1950 році.[16,17].

АПЖ використовується як показник функціонального стану людини. Нездатність виконувати АПЖ призводить до залежності інших осіб та/або механічних пристроїв. Неможливість виконувати найважливіші повсякденні дії може призвести до небезпечних умов і низької якості життя. Вимірювання АПЖ особи є важливим, оскільки це прогностичні показники надходження до будинків престарілих, потреби в альтернативних місцях проживання, госпіталізації та використання платного догляду вдома. Результат програми реабілітації також можна оцінити, переглядаючи АПЖ пацієнта.[18-20].

Базова АПЖ включає такі категорії:

- Пересування: ступінь здатності людини самостійно переходити з одного положення в інше.
- Харчування: здатність людини прогодувати себе.
- Одягання: вміння вибрати відповідний одяг і одягнути його.

- Особиста гігієна: вміння приймати душ та доглядати за собою, підтримувати гігієну ротової порожнини, доглядати за нігтями та волоссям по всьому тілу.

- Континенція: здатність контролювати функцію сечового міхура та кишечника

- Туалет: здатність діставатися до туалетної кімнати та повертатися з неї, правильно користуватись унітазом, прибирати після себе.

Вивчення того, як кожна основна АПЖ впливає на те, щоб людина доглядала за собою, може допомогти визначити, чи потребує пацієнт щоденної допомоги.

Інструментальні АПЖ – це ті, які вимагають складніших навичок мислення, включаючи організаційні навички.

- Транспорт і покупки: Можливість купувати продукти, відвідувати торговельні центри. Керувати транспортними засобами.

- Управління фінансами: Це включає здатність оплачувати рахунки та управляти фінансовими активами.

- Покупки та приготування їжі, тобто здатність правильно організувати всі необхідні кроки для того, щоб страва була на столі. Цей пункт так само покриває покупки одягу та інших речей, необхідних для повсякденного життя.

- Прибирання та обслуговування будинку/квартири. Прибирання кухні після їжі, утримання житлових приміщень у належній чистоті і порядку та догляд за домом.

- Управління спілкуванням з іншими: вміння користуватись телефоном і поштою.

- Менеджмент ліків: здатність отримувати ліки та приймати їх за призначенням.

Інструментальні АПЖ відрізняється від АПЖ тим, що люди часто починають звертатися за сторонньою допомогою, коли ці завдання стає важко виконувати самостійно [21].

1.5 Вплив дефіциту уваги на заняттєву активність.

Згідно з джерелами [22,23] АПЖ – це щоденна домашня діяльність, яку люди виконують для підтримки здоров'я та благополуччя. АПЖ включає здатність: їсти і пити без сторонньої допомоги, рухатися, ходити в туалет, виконувати завдання особистої гігієни, одягатися без сторонньої допомоги та доглядати за собою. Інсульт спричиняє функціональні обмеження, пов'язані з порушенням, що може призвести до труднощів у участі в АПЖ.

Для дорослих з інсультом метою ерготерапії є покращення їх здатності виконувати повсякденні дії. Стратегії, які використовують ерготерапевти, включають оцінку, втручання, адаптивні методи, допоміжні технології та адаптацію до середовища.

Вплив цих розладів на повсякденне життя пацієнтів може бути значним і варіюється в залежності від типу та важкості розладу. Наприклад виконання завдань і рутинних справ: Розлади уваги можуть ускладнювати виконання рутинних справ у повсякденному житті, таких як приготування їжі, прибирання, організація робочого місця тощо. Ерготерапевт допомагає пацієнтам розвивати навички організації, планування та розподілу часу, щоб забезпечити більшу ефективність та незалежність у виконанні цих завдань.

Соціальна взаємодія: Розлади уваги можуть впливати на здатність пацієнтів уважно слухати і сприймати інформацію під час розмови з іншими людьми. Це може призводити до проблем у встановленні й підтриманні взаємин з друзями, родиною та колегами.

Ерготерапевт працює з пацієнтами над розвитком навичок слухання, активного сприйняття та збереження уваги під час спілкування. Це може включати використання візуальних підказок, вправ для покращення фокусування та розвитку соціальних навичок.

Поведінкові та емоційні аспекти: Розлади уваги можуть впливати на поведінку та емоційний стан пацієнтів. Наприклад, вони можуть виявляти нездатність зосередитись на одному завданні, легко відволікатись або відчувати стрес у ситуаціях, коли потрібно зосередитись. Фахівці

допомагають пацієнтам розвивати стратегії управління стресом, збереження позитивного настрою та встановлення реалістичних очікувань.

Усі ці аспекти впливу розладів уваги на повсякденне життя можуть суттєво обмежувати функціонування пацієнтів у різних сферах їхнього життя.

Ерготерапевти встановляють, як можна адаптувати завдання або змінити середовище, щоб покращити рівень незалежності пацієнта. Що стосується фізичного середовища, ерготерапевт може призначити допоміжне обладнання або модифікації будинку, щоб забезпечити виконання завдань з більшою легкістю та більшою безпекою [24]

Ерготерапевти вважають, що здатність виконувати бажані або обов'язкові для людини повсякденні заняття є невід'ємною частиною здоров'я. Головною метою ерготерапевта є допомога клієнтам у досягненні максимально можливої повноцінної та якісної участі в житті, яка включає не лише самообслуговування, а й освіту, професійну діяльність, відпочинок та дозвілля, а також соціальну участь.

Заняттєва активність, тобто цілеспрямована діяльність, є найбільш ефективним засобом досягнення функціональних змін, які можуть переноситися на повсякденне життя та змінювати його якість. Відповідно, ерготерапевти зосереджуються на розвитку здібностей клієнтів до заняттєвої активності, яка допомагає покращити функціональний стан та збільшити можливості людини у повсякденному житті [25].

1.6 Сучасний стан питання реалізації процесу ерготерапії для осіб з дефіцитом уваги.

У сучасних систематичних оглядах повідомляється, що когнітивне навчання може бути ефективним у покращенні різних аспектів об'єктивного когнітивного функціонування, але вони зафіксували лише дуже слабкі покращення у виконанні активності повсякденного життя.

Терапія когнітивного дефіциту є необхідною, оскільки ці дефіцити негативно впливають на функціональні здібності і якість життя [26]. Концентрація уваги є важливою передумовою для відновлення моторики, оскільки для навчання потрібен достатній рівень уваги [27]. Дефіцит уваги може вплинути на здатність пацієнта до співпраці з іншими членами мультидисциплінарної команди реабілітації, необхідною для відновлення після інсульту [28]. Інші специфічні розлади уваги, такі як слухова та зорова вибіркова увага та розділена увага, також впливають на функціональне відновлення.

Дефіцит уваги є одним із найбільш поширених когнітивних порушень після інсульту. Точна частота дефіциту уваги після інсульту є предметом дискусій. Під час гострої фази оцінки коливаються від 46% до 92% [29]. Під час виписки з лікарні оцінки свідчать про поширеність від 24% до 51% [30]. Швидкість обробки інформації також може бути порушена, і оцінки варіюються від 50% до 70% [31,32]. Дефіцит уваги може з часом відновитися у деяких людей, але у 20-50% тих, хто пережив інсульт, спостерігається стійкий дефіцит протягом багатьох років [33,34].

Порушення уваги проявляються у різноманітних дефіцитах, таких як зниження концентрації на завданні, відволікання, зниження контролю над помилками, труднощі з виконанням кількох справ одночасно і розумова втома. Будучи посередником інших процесів, дефіцит уваги також може порушувати вищі когнітивні функції, такі як мова та пам'ять [35].

Пацієнт уникає виконання завдань, які вимагають постійних розумових зусиль. Не слухає, коли з ним говорять прямо. Не дотримується інструкцій. Йому важко утримувати увагу в діяльності. Не приділяє пильної уваги деталям. Має труднощі з організацією завдань. Втрачає необхідні для діяльності речі. Легко відволікається на сторонні подразники. Забудькуватий у повсякденній діяльності. Уникає виконання завдань, які вимагають постійних розумових зусиль. Випалює відповіді до завершення запитань. Важко чергувати. Перебиває або втручається в інших [36].

Ефективність когнітивної реабілітації на рівні функції при дефіциті уваги після інсульту залишається непідтвердженою. Результати свідчать про те, що після втручань може спостерігатися покращення уваги і концентрації, але недостатні зміни в якості виконання АПЖ та інструментальних АПЖ [37].

У своїх дослідженнях Банг Йо-сон пише : Серед когнітивних функцій, група що отримувала втручання ерготерапевта орієнтоване на активність, продемонструвала значне покращення порівняно з групою традиційної когнітивної реабілітації. І якщо порівняти АПЖ –група, орієнтована на активність, продемонструвала значне покращення порівняно з групою традиційної когнітивної реабілітації.

На основі результатів цього дослідження встановлено, що втручання орієнтоване на виконання активності буде більш корисним, ніж традиційна когнітивна реабілітація, у покращенні когнітивних функцій і виконання АПЖ у дорослих пацієнтів з інсультом [38].

Ерготерапевтичний процес включає в себе підготовчі методи, цілеспрямовані дії та втручання, засновані на бажаній заняттєвій активності. *Підготовчі методи* – це стратегії, які готують клієнта до участі в заняттях. *Цілеспрямована активність* передбачає, що клієнт бере участь у заняттях, які допомагають вдосконалити навички, які підвищують продуктивність виконання.

Замість тренування базових процесів інший підхід, який показує багатообіцяючі результати в кількох невеликих дослідженнях, полягає в навчанні клієнтів конкретним функціональним навичкам, таким як водіння або професійні обов'язки. Нарешті, модифікація навколишнього середовища, реалізація стратегій, надання емоційної підтримки та введення зовнішньої підтримки/допомоги є важливими частинами реабілітаційної програми, особливо коли клієнт повертається до свого домашнього середовища [39].

Як було зазначено вище, покращення уваги на рівні функції немає лінійного зв'язку з покращенням активності та здатності до заняттєвої участі.

Натомість терапевтичне використання заняттєвої активності є ключовим засобом ерготерапії. Використання активності з терапевтичною метою передбачає індивідуалізований підхід до проведення втручання, під час якого пацієнт здобуває необхідну навичку. Цей процес може бути адаптованим або модифікованим для пацієнта з метою досягти оптимальної складності виконання заняттєвої активності [40].

Процес тренування уваги зазвичай включає серію повторюваних тренувань або вправ, які ієрархічно зростають у міру потреби в увазі. клієнт прогресує. Теоретична основа цього підходу полягає в тому, що повторна активація та стимуляція систем уваги сприяє змінам когнітивних можливостей і призводить до покращення процесів уваги

Той факт, що середовище впливає на клієнта та його ефективність, відомий протягом багатьох років [41]. У контексті цієї статті середовище визначається як «особливі фізичні та соціальні особливості конкретного контексту в тому, що людина робить щось, що впливає на те, що вона робить, і як це робиться» [42].

Наприклад, поширеним явищем СДУГ є нездатність організувати своє фізичне середовище для підтримки повсякденного функціонування. Дорослі з СДУГ часто повідомляють, що їхнє фізичне середовище, таке як робоче місце, будинки, салон автомобіля та особисті речі (наприклад, гаманці, дамські сумочки, сумки для книг), дуже неохайні, і що, незважаючи на їхні зусилля організувати або підтримувати своє фізичне середовище протягом тривалого періоду, їх спроби не вдалі.

Деякі вважають використання зовнішніх пристроїв корисним. Недавній огляд описує сучасний стан допоміжних технологій для пізнання (АТС) для тих, хто має дефіцит різноманітних когнітивних навичок.

Дійсно, сьогодні існує низка допоміжних пристроїв, розроблених спеціально для людей з когнітивними порушеннями. Деякі програми забезпечують високий рівень керівництва та структури, наприклад, ознайомлення клієнта з кроками, необхідними для приготування вечері. Крім

того, нове покоління пристроїв надає контекстно-залежні підказки на основі датчиків, розміщених у середовищі клієнта (наприклад, підказка мити руки у ванній кімнаті, якщо воду ще не ввімкнули). Клініцист має зауважити, що будь-якій людині, особливо людині з когнітивним дефіцитом, потрібен час, щоб ефективно використовувати підтримку та модифікації. Тому необхідно виділити достатньо часу для навчання їх використанню.

Як правило, дослідницька література в цій галузі обмежується звітами про випадки, які описують процедури та результати для окремого клієнта. Однак одним із підходів, який вивчався у форматі малих груп, є управління тиском часу.

Ця програма була розроблена, щоб забезпечити когнітивні стратегії для компенсації дефіциту швидкості обробки під час щоденних завдань, таких як ведення розмови або приготування їжі

Застосування підходу, поєднуючи тренування робочої пам'яті із заохоченням учасників свідомо використовувати стратегії для розподілу уваги та управління швидкістю інформації.

Дослідження включало 22 особи в хронічній або підгострій стадії після важкої або дуже важкої закритої черепно-мозкової травми. Суб'єкти були рандомізовані за 2 умовами: 12 суб'єктів брали участь у навчанні ТРМ, тоді як 10 брали участь у тренуванні концентрації (контрольна умова). Хоча обидві групи продемонстрували певне покращення, ТРМ дав більший приріст, а також, здавалося, узагальнив інші показники швидкості та функції пам'яті.

За результатами досліджень, у близько однієї третини осіб, що перенесли інсульт, спостерігаються віддалені наслідки, такі як функціональна непрацездатність, погіршення когнітивних функцій та проблеми з психічним здоров'ям. Ці особи відмічають незадоволеність у сфері соціальних стосунків та спілкування. Також, вони часто відчують почуття самотності та можуть зазнавати фінансових труднощів. Ці віддалені

наслідки стають важливими аспектами, які необхідно враховувати при реабілітації та наданні підтримки пацієнтам, що перенесли інсульт [43].

Порівняно з контрольною групою, яка не отримувала реабілітацію, ті, хто брав участь у ній, з більшою ймовірністю продемонстрували клінічно значуще покращення показників уваги та зменшення труднощів з увагою, про які повідомляли самі, у повсякденному функціонуванні. Однак у цьому дослідженні використання стратегії плутали з тренуванням уваги. Потрібні подальші дослідження, які б вивчали додаткові переваги додавання стратегічного навчання до тренування уваги.

Загальновідомо, що усвідомлення та розуміння природи власних труднощів може бути порушено після травми головного мозку. У недавньому дослідженні Sawchyn та інші [44]. люди з помірною або важкою травмою головного мозку, як правило, недооцінюють когнітивні порушення, тоді як люди з легкою травмою головного мозку часто повідомляли про набагато більші труднощі в пізнанні, ніж спостерігали інші.

Робота над навичками концентрації уваги часто може допомогти постраждалій особі отримати деяке розуміння природи своїх когнітивних труднощів і в управлінні емоційною реакцією на когнітивні проблеми (часто розчарування або безнадія). Автор наголошує на важливості інтеграції когнітивних втручань із втручаннями, призначеними для управління такими емоційними реакціями.

Висновки до розділу 1

Дефіцит уваги у пацієнтів з гострим порушенням мозкового кровообігу має значний вплив на активність повсякденного життя людини. Першочергово знижується рівень незалежності людини і безпека під час виконання щоденних справ. Навіть якщо у пацієнта відсутні порушення у моторних функціях, наявність когнітивних дефіцитів, а саме порушень уваги, може унеможливити виконання заняттєвої активності. Увага є основним компонентом участі та активності особи, її порушення можуть призвести до змін повсякденного життя людини [45,46].

Тренування когнітивних функцій не зможе забезпечити успішне виконання завдання в умовах реального життя. Числові покращення результатів стандартизованих тестів для оцінки уваги у пацієнтів з гострим порушенням кровообігу не впливають на якість виконання активності повсякденного життя. Саме терапевтичне використання заняттєвої активності покращує якість життя пацієнтів як під час перебування пацієнта в клінічних умовах, так і в довгостроковій перспективі.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕНЬ

2.1 Методи досліджень.

Для вирішення поставлених завдань і забезпечення об'єктивності в роботі було обрано наступні методи дослідження:

- аналіз науково-методичної літератури;
- нестандартизовані інструменти обстеження; (інтерв'ю та спостереження)
- стандартизовані інструменти обстеження; (Міра функціональної незалежності, Монреальська когнітивна оцінка);
- методи математичної статистики.

2.1.1 Аналіз науково-методичної літератури

Аналізуючи дані науково-методичної літератури було вивчено сучасні вітчизняні та зарубіжні літературні джерела, присвячені розгляду особливості ерготерапії при порушеннях уваги у пацієнтів після ГПМК.

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 обраної літератури дозволив зрозуміти сучасний стан даної проблеми, що допомогло встановити мету та завдання дослідження, поставити конкретні завдання, обрати методи ерготерапії та узагальнити результати власних даних.

У процесі виконання магістерської роботи було опрацьовано 61 джерело наукової та спеціальної літератури.

2.1.2 Нестандартизовані інструменти оцінювання

Початковий процес оцінки ерготерапії включає співбесіди з пацієнтом і особою, яка доглядає, щоб визначити життєві ролі, які ви виконували раніше, а також завдання та дії, які були виконані в рамках цих ролей. Проводиться спостережна оцінка особистих завдань із самообслуговування, включаючи душ, одягання, туалет, догляд та прийом їжі, а також домашніх або інструментальних завдань, включаючи приготування їжі, покупки, прибирання, прання та управління фінансами та ліками.

Нестандартизовані методи оцінки - це інструменти та підходи, які використовуються для оцінки різних аспектів або якостей, але не мають жорсткої стандартизованої форми або процедури. Вони використовуються тоді, коли немає універсальних або загальноприйнятих методів оцінки, або коли потрібно збирати додаткову інформацію, яка не враховується стандартними тестами.

Це неформальна оцінка яка дає гнучкість терапевту для того щоб зібрати інформацію про сильні та слабкі сторони пацієнта та помітити важливі компоненти оцінювання, які можуть бути пропущені під час стандартизованої оцінки. Можуть бути порівняні в процесі терапії однієї і тієї ж людини але не порівнюються з популяцією.

Нестандартизовані методи оцінки можуть доповнювати стандартизовані тестування, дозволяючи отримати більш повну картину функціонального стану, потреб та якості життя особи. Вони забезпечують гнучкість та індивідуалізацію оцінки, допомагаючи врахувати контекстуальні фактори та унікальні особливості кожної людини.

До нестандартизованих інструментів обстежень відносять :

- інтерв'ю
- спостереження

Інтерв'ю - це структурована розмова, де один учасник ставить запитання, а інший дає відповіді.

Інтерв'ю використовується тоді, коли дослідник чітко визначає мету майбутнього дослідження та формулює основні та допоміжні запитання для визначення суті проблеми. Під час проведення бесіди дослідник передбачає можливі варіанти розвитку діалогу у разі позитивних чи негативних відповідей. Ефективність інтерв'ю значно залежить від уміння створювати сприятливу морально-психологічну атмосферу під час спілкування, спостереження за поведінкою співрозмовника, його мімікою, емоційними реакціями та бажанням відповідати чи уникати відповідей.

Основна мета інтерв'ю - збір інформації про симптоми, функціонування та потреби пацієнта з порушеннями уваги, а також встановлення робочих стосунків з пацієнтом. Спочатку йде вступна частина: ерготерапевт вітає пацієнта та створює комфортну атмосферу, встановлює контакт та пояснює мету інтерв'ю, ерготерапевт проводить збір анамнезу: питає пацієнта про його особисті дані, включаючи ім'я, вік, сімейний стан та робочу історію, запитує про медичну історію, включаючи діагноз, раніше застосовані терапії та їх результати.

Проводить оцінку симптомів та функціонування: питає пацієнта про симптоми такі як увага, неорганізованість та імпульсивність. Дізнається, як ці симптоми впливають на повсякденне життя, включаючи навчання, роботу, взаємодію з іншими та самообслуговування.

Виявляє потреби: ерготерапевт досліджує конкретні потреби пацієнта, такі як покращення уваги, організації, планування та моторики. Враховує інтереси та хобі пацієнта, щоб забезпечити належну індивідуалізацію терапевтичного плану.

Планування терапії: спільно з пацієнтом розробляє індивідуальний план реабілітації.

Визначає конкретні цілі, стратегії та терапевтичні активності, що допоможуть пацієнту поліпшити функціонування та якість життя.

Заключна частина: підбиває підсумок інтерв'ю та наголошує на основних пунктах, які були обговорені. Забезпечує пацієнта інформацією про

подальші етапи реабілітацію та доступні ресурси. Важливо враховувати індивідуальні потреби та можливості кожного пацієнта при проведенні інтерв'ю. Ерготерапевт повинен встановити довірчі стосунки з пацієнтом та використовувати ефективні комунікаційні стратегії для отримання максимальної інформації та розробки належного плану лікування.

Спостереження є одним із найпоширеніших методів наукового дослідження, який полягає в уважному та цілеспрямованому сприйнятті об'єкта дослідження та реєстрації його поведінки. Цей метод має характерну планомірність і систематичність, збереження природного перебігу процесів та об'єктивність у сприйнятті об'єкта. Спостереження може бути використане для оцінки різних аспектів, таких як психічний стан, рівень комунікації або якість взаємодії з оточуючими. Наприклад, під час спостереження можна спостерігати за зовнішніми проявами емоцій, жестикуляцією, мімікою та загальним станом особи. Це може надати уявлення про її емоційний стан та поведінку в різних ситуаціях.

Додатково, спостереження може бути корисним для оцінки рівня комунікації. Спостерігаючи за способом, яким особа взаємодіє з оточуючими, можна зрозуміти її здатність висловлювати свої думки, встановлювати контакт та реагувати на інших людей.

Спостереження може проводитися у контрольованих умовах, таких як лабораторія, або в природних оточеннях, наприклад, у домашніх умовах чи на робочому місці. Важливо мати чіткі критерії спостереження та систематично фіксувати отриману інформацію.

Цей метод дозволяє отримати глибину і деталізацію інформації, яку не завжди можна отримати за допомогою стандартизованих методів.

Використовуючи спостереження, можна вивчити об'єкт у його природному середовищі функціонування. У контексті реабілітації після інсульту, спостереження за обмеженнями активності дозволяє ерготерапевту визначити порушення, які лежать в основі цих обмежень, включаючи моторні, сенсорні, когнітивні та/або перцептивні наслідки інсульту. Крім

того, спостереження дозволяє звернути увагу на взаємодію пацієнта з оточуючими, на його можливість здійснювати повсякденну активну діяльність та мотивацію, а також виявити проблеми, які виникають при виконанні діяльності та шукати можливості їх вирішення.

Канадська оцінка виконання занять (Canadian Occupational Performance Measure, COPM) - це інструмент для оцінки рівня задоволення пацієнта їхнім поточним фізичним та психосоціальним станом, пов'язаним зі здібностями до виконання повсякденних діяльностей [47]

Оцінка складається з трьох етапів:

Розмова з пацієнтом та визначення проблеми: Оцінювач і пацієнт розмовляють про ті задачі, які пацієнт не може виконувати із задовільним результатом. Під час розмови оцінювач записує дані про ці задачі.

Оцінка рівня задоволення: Після того, як оцінювач та пацієнт збирають інформацію про ті задачі, які не можуть бути виконані задовільно, оцінювач і пацієнт об'єднуються, щоб оцінити, наскільки важко або легко виконувати ці задачі. Пацієнт оцінює кожну задачу на шкалі від 1 до 10, де 1 - це дуже легко виконувати задачу, а 10 - дуже важко. Після оцінки рівня задоволення пацієнта від виконання цих задач, оцінювач і пацієнт обговорюють можливі способи поліпшення рівня задоволення пацієнта від виконання цих задач.

Планування та розвиток програми: Оцінювач та пацієнт створюють план для поліпшення рівня задоволення пацієнта від виконання задач. План може включати розробку терапевтичної програми, яка зосереджена на розвитку певних фізичних або когнітивних навичок, зміну середовища або використання допоміжних

Після завершення етапу оцінки, терапевт та пацієнт разом визначають три найважливіші для пацієнта проблеми, що виникли в результаті заболювання або травми, та записують їх у вигляді конкретних цілей, які повинні бути досягнуті протягом процесу реабілітації.

Далі розробляється індивідуальний план лікування та реабілітації, який базується на визначених цілях. Цей план може включати різні методи та

підходи, такі як фізична терапія, окупаційна терапія, мовна терапія, психотерапія та інші.

Після закінчення процесу реабілітації проводиться повторна оцінка з використанням SOPM. Це дозволяє терапевтові та пацієнту оцінити, наскільки ефективним був процес реабілітації та чи були досягнуті поставлені цілі. У разі необхідності план лікування та реабілітації може бути скоригований, щоб досягти більш успішних результатів.

В цілому, SOPM є корисним інструментом для оцінки функціональної здатності пацієнтів та визначення їх потреб у реабілітації. Цей підхід дає можливість зосередитись на конкретних проблемах, що виникають у пацієнта, та забезпечує індивідуалізований підхід до лікування та реабілітації

2.1.3 Стандартизовані інструменти оцінювання

Одним із важливих інструментів, що використовуються для оцінки функціонального стану та ефективності реабілітації пацієнтів, є стандартизовані тести. Ці тести розроблені науковцями та фахівцями у галузі ерготерапії з метою об'єктивної оцінки рівня функціонування та визначення потреб і можливостей пацієнта.

Стандартизовані тести відіграють важливу роль у визначенні початкового стану пацієнта, постановці цілей терапії, моніторингу прогресу та оцінці результатів лікування. Вони забезпечують об'єктивну міркування та можуть бути використані для порівняння пацієнтів у різних клінічних дослідженнях.

Стандартизовані тести включають в себе різноманітні аспекти функціонального стану пацієнта, такі як когнітивні здібності, моторика, сприйняття, мовлення, незалежність у виконанні повсякденних активностей та інші. Кожен тест має свою методику та критерії оцінки, що дозволяє отримати числові результати, які можна інтерпретувати для з'ясування рівня функціонування пацієнта[48]

Для оцінки когнітивних функцій при ГПМК застосовують стандартизовані інструменти обстежень, які дозволяють одержати об'єктивні дані про ступінь порушення когнітивних функцій. Оцінка когнітивних функцій включає такі процеси, як увага, пам'ять, мовлення, мислення та рішення прийняття.

Оцінка функціональної незалежності (Functional Independence Measure, FIM) є інструментом оцінки функціональної здатності пацієнтів з різними порушеннями, зокрема з розладами нервової системи, травмами, захворюваннями ортопедичного та іншого характеру.

FIM була розроблена з метою оцінки пацієнтів у процесі реабілітації. Її застосовують для визначення функціональних здібностей пацієнта та визначення необхідних ресурсів для надання допомоги та реабілітації.

FIM оцінює функціональну незалежність пацієнта на основі 18 питань, які відображають різні аспекти діяльності пацієнта. Ці питання включають здатність пацієнта до самообслуговування (прийняття їжі, одягання, гігієнічні процедури), мобільність (ходіння, сходинки, рухи), контроль над кишківно-сечовипускними функціями та ін[49]

Кожне питання оцінюється за 7-бальною шкалою, де 7 означає повну функціональну незалежність, а 1 означає повну залежність від допомоги.

Отримані бали можуть бути оброблені і проінтегровані у загальний бал, що дозволяє оцінити загальний рівень функціональної незалежності пацієнта.

Цей бал може бути використаний для планування реабілітаційних заходів та визначення ефективності лікування та реабілітації.

FIM є стандартизованим інструментом оцінки, який забезпечує більш точну оцінку функціональної здатності пацієнта в порівнянні зі звичайними методами оцінки. Крім того, вона дозволяє визначити, які саме аспекти функціональної здатності пацієнта потребують більшої уваги та покращення.

FIM є важливим інструментом для забезпечення пацієнтам з різними порушеннями оптимальної допомоги та підтримки в процесі реабілітації.

Вона допомагає зрозуміти, наскільки залежні вони від допомоги, та визначити потреби у додатковій медичній або соціальній підтримці.

Крім того, FIM може бути використана для моніторингу прогресу у пацієнтів з різними порушеннями, такими як травми, захворювання нервової системи та інші. За допомогою регулярної оцінки FIM можна визначити, наскільки успішно пацієнт прогресує у процесі реабілітації та допомогти у плануванні наступних кроків для покращення функціональної здатності.[50]

Незважаючи на те, що FIM є корисним інструментом для оцінки функціональної здатності, вона має свої обмеження. Зокрема, вона не може враховувати психічні та емоційні аспекти здоров'я пацієнта, а також не враховує взаємодію зі середовищем та соціальну підтримку. Тому для повної оцінки здоров'я пацієнта необхідно використовувати інші методи оцінки, такі як соціальний аудит та інтерв'ю з пацієнтом та його родичами.

Монреальська когнітивна оцінка (MoCA) є стандартизованим тестом оцінки когнітивної функції, який використовується для виявлення легких форм порушень пам'яті та інших когнітивних дисфункцій. Цей тест був розроблений у Монреалі, Канада, в 1996 році, і з тих пір став популярним інструментом в оцінці когнітивних функцій.[51]

MoCA складається з 30 питань, що охоплюють різні когнітивні функції, включаючи увагу та концентрацію, роботу з пам'яттю, візуально-просторові та екзекутивні функції, мову та інші. Тест зазвичай займає близько 10-15 хвилин.

Кожне питання має свій власний бал, і загальний бал може досягати максимальної кількості 30 балів. Результати MoCA надають загальний бал, який може досягати максимальної кількості 30 балів. Загальний бал менше 26 вказує на порушення когнітивних функцій. Крім загального балу, можна отримати окремі бали за кожен з 30 запитань.

Результати тесту можуть бути використані для виявлення легких форм порушень пам'яті та інших когнітивних дисфункцій, таких як легка когнітивна порушення, початковий етап деменції та інші.

Кожне питання тесту Монреальська когнітивна оцінка (MoCA) оцінюється балами від 0 до 1, залежно від складності завдання. Загальний бал тесту складається з суми балів кожного питання. Максимальний бал тесту - 30.

Критерії оцінки MoCA включають такі показники:

- Загальний бал 30-26 - нормальна когнітивна функція.
- Загальний бал 25-22 - легка когнітивна дисфункція.
- Загальний бал 21-16 - помірна когнітивна дисфункція.
- Загальний бал 15-10 - середня когнітивна дисфункція.
- Загальний бал менше 10 - важка когнітивна дисфункція.

Загальний бал тесту може бути також корисним для відстеження ефективності лікування та реабілітації у пацієнтів з когнітивними порушеннями. Операційні критерії, які використовуються для кожного питання, можуть бути корисними для докладнішої оцінки окремих когнітивних функцій та для планування індивідуальної терапії.

Шкала Лоутона інструментальних АПЖ

Ця шкала була розроблена Лоутоном і Броуді в 1969 році для оцінки більш складних АПЖ, необхідних для життя в громаді (Lawton MP, 1969).

Шкала мала майже однакову валідність у популяції літніх людей у сільській місцевості незалежно від того, оцінювали її за допомогою простих чи складніших систем [52]

Він підходить для використання як мешканцями громад, так і людьми похилого віку, які госпіталізовані до лікарні, короткострокового закладу кваліфікованого медсестринського догляду або реабілітаційного закладу.

Ця шкала, як правило, не є корисною для людей похилого віку в закладах тривалого догляду, де жителі виконують кілька інструментальних АПЖ без сторонньої допомоги.

Шкалу можна задати за допомогою письмового опитувальника або опитування. Відповіді може надати пацієнт або обізнаний член сім'ї чи особа, яка доглядає за ним.

Люди похилого віку можуть неохоче брати участь у функціональному обстеженні, якщо бояться втратити в результаті незалежність. Вони можуть повідомляти, що їхня життєва ситуація адекватна, навіть якщо це не так.

З усіма оцінками літніх людей, використовуючи «підхід по суті», встановлюючи взаєморозуміння та пояснюючи, що запитання є нормальною частиною оцінювання

Запитання про типовий день може бути корисним для початку оцінювання, як і підкреслення сильних сторін людини, а не зосередження на функціональних недоліках. Підкресліть, що мета полягає в тому, щоб працювати з пацієнтами, щоб створити максимально безпечний постійний план, який може розвиватися в міру одужання, і часто людина може залишатися вдома з додатковою допомогою.

Відповіді на кожен із восьми пунктів шкали будуть змінюватися в діапазоні рівнів компетентності – від самостійності у виконанні діяльності до невиконання її взагалі.

Не обов'язково задавати запитання в тій послідовності, як вони з'являються в інструменті. Якщо пацієнт говорить про покупки продуктів, добре обговорити в цей час і транспорт. Або інтерв'юер може спочатку запитати: «Яка у вас типова вечеря?» перш ніж запитати, як пацієнт готує їжу.

Якщо пацієнт (або інший інформант) ототожнює незалежність з діяльністю, додаткові запитання непотрібні. Якщо виявлено залежність у діяльності, необхідна додаткова інформація, щоб оцінити ступінь дефіциту та те, як цей дефіцит компенсується.

Для проведення дослідження було взято елемент данного оцінювання, а саме завдання «Користування телефоном». Оцінка цієї активності передбачає наступні завдання, за виконання яких присуджується 1 бал:

1. Користується телефоном із власної ініціативи, шукає і набирає номери.

2. Набирає декілька відомих номерів.

3. Відповідає на телефонний дзвінок але не користується телефоном.

При абсолютній нездатності користуватися телефоном ставиться 0 балів.

Шкала Лоутона IADL може бути оцінена кількома способами.

Найпоширеніший метод полягає в тому, щоб оцінити кожен елемент дихотомічно (0 = менш здатний, 1 = більш здатний) або трихотомно (1 = нездатний, 2 = потребує допомоги, 3 = незалежний) і підсумувати вісім відповідей.

Чим вищий бал, тим більші здібності людини.

Жінки оцінюються за всіма 8 сферами діяльності, але для чоловіків виключаються сфери приготування їжі, домашнього господарства, прання.

Клієнти оцінюються відповідно до їх найвищого рівня функціонування в цій категорії.

Підсумковий загальний бал коливається від 0 (низька функція, залежність) до 8 (висока функція, незалежна) для жінок і від 0 до 5 для чоловіків.

Кінцевий загальний бал може бути представлений у відсотках від функції. Наприклад, загальна оцінка 6 із 8 означатиме 75% функції (75% незалежності, 25% залежності).

Послідовний підрахунок балів з часом забезпечує міру зниження або покращення ступеня функції та залежності.

2.1.4 Методи математичної статистики

Для математичної обробки числових даних роботи використовувалась програма Excel. Для кількісних показників, які мали нормальне розподілення, визначали середнє значення, середньоквадратичне відхилення. Значущість

різниці оцінювали за допомогою t-критерію Стьюдента. Статистично значущими вважалися відмінності, що не перевищували рівня вірогідності $p < 0,05$ при заданому числі ступенів свободи.

2.2 Організація дослідження

Дослідження проводилося впродовж 2021-2023 навчальних років на базі Центру фізичної реабілітації «Фенікс».

Було обстежено 20 осіб з порушеннями уваги після ГПМК, з них 9 жінок та 11 чоловіків. Критерії включення: вік від 35 до 72 років, ГПМК за ішемічним та геморагічним типом у басейні середньої мозкової артерії, правої та лівої півкулі. Критерії виключення: зорово-просторові порушення, сенсорна афазія (неглект, push-синдром). Для проведення педагогічного спостереження з метою оцінки ефективності програми ерготерапії, учасники дослідження були розподілені на 2 групи: основну (10 осіб), пацієнти якої проходили терапію за запропонованою методикою стратегічного навчання, та контрольну (10 осіб), в якій застосовували методику когнітивне тренування.

Робота виконана у 3 етапи

I етап (жовтень 2021 – травень 2022р.) – теоретичний аналіз і узагальнення літературних джерел за даною проблемою.

II етап (травень 2022 – грудень 2022р.) – обстеження пацієнтів, розроблення програми фізичної реабілітації для які перенесли гостре порушення мозкового кровообігу, реалізація розробленої програми та апробація, повторне обстеження.

III етап (грудень 2022 – квітень 2023р.) – аналіз отриманих даних, формування висновків, літературне оформлення магістерської роботи.

РОЗДІЛ 3

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

3.1 Програма стратегічного навчання у осіб з порушеннями уваги що перенесли гостре порушення мозкового кровообігу

На підставі аналізу наукових досліджень та результатів власних спостережень, була розроблена програма ерготерапії для людей з порушеннями уваги після ГПМК. Програма була побудована з використанням методу стратегічного навчання, що впливає на незалежність в АПЖ.

Для оцінки стану хворих та подальшого прогнозування реабілітаційних заходів у програму було включено:

1. СОРМ (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. Міра функціональної незалежності (FIM) - це шкала оцінки самостійності пацієнтів, які потребують медичної реабілітації, у виконанні різних щоденних життєвих дій

3. Монреальська когнітивна оцінка (MoCA) - це метод оцінки когнітивного дефіциту та визначення його ступеня та сфер порушень. Цей метод включає в себе ідентифікацію типу підказок, необхідних для успішного виконання завдань, а також прогнозування процесу навчання.

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

5. Використання РЕО моделі.

The Person-Environment-Occupation (PEO) - це модель оцінки, яка використовується в області ерготерапії для розуміння взаємодії між людиною, її оточенням та зайнятістю.

PEO модель визнає, що взаємодія людини з її оточенням і зайнятістю впливає на її здоров'я та благополуччя. Модель описує взаємодію між трьома основними складовими: людина, оточення та зайнятість.

Компоненти PEO моделі:

Людина: це основний компонент моделі, який включає фізичні, психологічні та соціальні аспекти людського життя. Це включає здоров'я, фізичні та когнітивні можливості, мотивацію та цінності людини.

Середовище : цей компонент описує фізичне та соціальне оточення, в якому людина живе та функціонує. Оточення може включати місце проживання, робоче місце, школу, друзів та родину, культурні та соціальні норми та ін.

Заняттєва активність: це компонент моделі, що описує активності та завдання, які людина виконує. Це може бути робота, домашні обов'язки, виховання дітей, розваги, саморозвиток та інші заняття.

PEO модель допомагає ерготерапевтам зрозуміти взаємодію між цими трьома компонентами і визначити, як вона впливає на здоров'я та благополуччя людини. Вона також допомагає зрозуміти, як відновлення функцій після хвороби або травми може бути змінено через зміни в середовищі і заняттєвої активності.

PEO модель використовується для розуміння та оцінки функціонування людини в різних контекстах, таких як вдома, на роботі, у школі, у спільноті та інших. Ця модель допомагає оцінити, як людина взаємодіє зі своїм середовищем та заняттєвою активністю, а також які фактори можуть бути перешкодою для її функціонування.

PEO модель використовується ерготерапевтами для оцінки потреб та можливостей людини, а також для розробки індивідуальних програм лікування та реабілітації. Ця модель також допомагає зрозуміти, як можна змінити середовище та заняттєву активність людини, щоб поліпшити її функціонування та якість життя.

PEO модель базується на ідеї, що функціонування людини залежить від взаємодії між фізичними, психологічними та соціальними факторами. Ця модель дає змогу розглядати людину у комплексі та розуміти, що кожен фактор взаємодіє з іншими та як це може вплинути на функціонування людини

Узагальнюючи, PEO модель є важливим інструментом для оцінки та розуміння взаємодії між людиною, її оточенням та заняттєвою активністю. Вона допомагає зрозуміти, як можна змінити оточення та зайнятість людини, щоб поліпшити її функціонування та якість життя.

Процес втручання ерготерапевта, принаймні на початку, зазвичай не є функціональною діяльністю (наприклад це може бути тільки планування приготування їжі або планування певних професійних завдань), оскільки функціональна діяльність передбачає численні когнітивні процеси.[53]

Діяльність нагадує лабораторні завдання, такі як виявлення цілей за наявності відволікаючого шуму, залучення до все більш і більш вимогливих завдань короткострокової та довгострокової пам'яті, робота над завданнями, які включають зміщення набору, і залучення до кількох завдань одночасно (практикувати розділену увагу). У міру вдосконалення цих завдань фокус реабілітаційного процесу зміщується на відпрацювання навичок у реальній життєвій діяльності та в більш природних умовах.

Під час першого курсу реабілітації після проведення Канадської оцінки виконання діяльності було сформовано цілі і визначено подальші втручання, що включали програму терапії, що містила базові АПЖ, такі як купання, користування туалетом, одягання, прийом їжі, догляд за особистими пристроями, ранково-гігієнічні процедури. Головним запитом до ерготерапевта було вирішення питання з одяганням, ранковими гігієнічними процедурами. Процес одягання нижньої частини тіла та користування туалетом залежить від мобільності в межах та поза межами ліжка і наявності навичок переміщення, тому вони не були включені до процесу терапії. Втручання почали з ранково-гігієнічних процедур (вмивання, розчісування

волосся, чищення зубів та гоління для чоловіків) одягання та знімання футболки та кофти з довгим рукавом на застібці. Також пацієнти відмітили одну фундаментально важливу інструментальну АПЖ: використання телефону (прийняти дзвінок та зателефонувати найближчому родичу)

Ранково-гігієнічні процедури (вмивання, чистка зубів, розчісування волосся та гоління для чоловіків)

Ранково-гігієнічні процедури - це комплекс заходів, які людина проводить після прокидання для забезпечення особистої гігієни та підготовки до дня. Ці рутинні справи є дуже важливим елементом здорового способу життя та допомагають зберігати оптимальний фізичний та психічний стан людини в цілому.



Рис. 3.1. Повторювання вже виконаної дії: миття рук

На перший погляд, ранкова гігієна є звичайною і повсякденною, але для пацієнтів з порушенням уваги виконання цих процедур може бути складним. Людина повинна обдумати які саме засоби необхідні їй під час виконання активності, вибрати засоби та послідовність їх використання, налаштувати потік води з оптимальною температурою, почистити та ополоснути зуби, використати засоби для гоління і обережно поголитись, розчесати волосся, прибирати за собою в ванній кімнаті з дотриманням

певної послідовності дій та чіткого плану, що для пацієнтів з порушенням уваги може бути складним.

Створення структурованої ранкової рутини:

Встановлення чіткого розкладу для ранкових гігієнічних процедур, що включає час для прокидання, вмивання, чищення зубів, одягання тощо.

Використання нагадувань, таких як годинник або будильник з різними звуковими сигналами, щоб допомогти пацієнту відстежувати час та пам'ятати про наступні кроки.

Використання візуальних підказок та списків:

Створення і використання візуальних списків або інструкцій, де зображені кроки ранкових гігієнічних процедур.

Розміщення цих списків на видимих місцях, наприклад, на дзеркалі в ванній кімнаті або біля ліжка, щоб пацієнт міг легко орієнтуватися та слідувати послідовності дій.

Сприяння організації та доступності:

Застосування організаторів для ванної кімнати, таких як косметичні сумочки, ящики або шухляди, для зберігання особистих речей і забезпечення їх легкого доступу.

Підготовка необхідних засобів гігієни, одягу та аксесуарів заздалегідь, щоб зменшити необхідність шукати їх вранці.

Запровадження звички виконання послідовних дій:

Завершення кожного кроку перед переходом до наступного, щоб забезпечити повноту гігієнічних процедур.

Використання таймера або годинника з певними інтервалами, щоб пацієнт знаходився усвідомленим про те, скільки часу він витрачає на кожну дію.

Досліджувані пацієнти мали труднощі при плануванні і відтворюванні послідовності дій, стикались з надмірними та повторювальними рухами, повторювали вже виконані дії як продемонстровано на Рис3.1 та Рис3.2

(наприклад люди повторно мили руки, голили вже гладку щоку, повторно наносили піну для гоління замість засобів після гоління) що в свою чергу розтягнуло діяльність на довгий проміжок часу.



Рис. 3.2. Повторюване бриття одного і того самого місця щоки після проміжку часу в 1 хвилину .

Одягання кофти з довгим рукавом та застібкою.

Одягання кофти з застібкою може бути дещо складною активністю, особливо для людей з порушенням уваги. Це обумовлено певною кількістю послідовних дій, важкістю концентрації на процесі певний проміжок часу. Однак, за допомогою правильно підбраного алгоритму, цю процедуру можна зробити простішою та більш ефективною. Перш за все, необхідно підібрати правильний розмір кофти, щоб вона була комфортною та не заважала рухам, знайти безпечне місце для одягання, за необхідності промаркувати одяг. Спочатку треба проговорити послідовність дій і показати наглядно як саме відбувається процес. Команди терапевта повинні бути короткі, чіткі, зрозумілі.

Клінічно ерготерапевти часто використовують безпосереднє спостереження за клієнтами або аналіз заняттєвої активності та роблять аналіз на предмет причин труднощів, що спостерігаються при одяганні та зніманні одягу.

При спостереженні ми побачили порушену послідовність виконання, велику кількість помилок, або взагалі не можливість спланувати та виконати дію.



Рис. 3.3. Порушена послідовність одягання : не завершивши одягати кофту пацієнтка починає її знімати

Одягання футболки

Процес одягання футболки після інсульту може бути ускладненим через наявність когнітивних дефіцитів та втратою рухових навичок. Мета ерготерапевта полягає в тому, щоб допомогти пацієнту повернутися до самостійного одягання та незалежності в цій повсякденній дії.

Одягання футболки може вимагати виконання таких кроків:

Підготовка: Перед початком процесу важливо забезпечити комфортну і безпечну атмосферу. Перевірити, чи є достатньо місця для руху, забезпечити підтримку пацієнта, наприклад, сидячи на стільці з опорою спинку.

Вибір відповідної футболки: Оберіть футболку, яка має широкий комір та не сковує рухи пацієнта. Це полегшить процес одягання та забезпечить зручність пацієнту.

Покрокові інструкції: Надайте посібник пацієнту, якій крок потрібно виконати під час одягання футболки. Для спрощення цього процесу можна розділити його на кілька етапів:

Прохання пацієнта спочатку розкласти футболку на колінах спиною наверх, потім визначення сторін, одягання ураженої кінцівки, потім одягання здорової руки та продівання футболки на голову, розправлення футболки на спині.

При дотриманні такого алгоритму – пацієнт не заплутається, особливо якщо використовувати градування в своїй роботі.

Підтримка та допомога: Підтримка є ключовим елементом під час процесу одягання футболки. Ерготерапевт або реабілітаційний персонал можуть надати необхідну підтримку, наприклад, утримуючи футболку, надаючи рухову підказку чи допомагаючи у випадках, коли пацієнт не здатний самостійно виконати певні дії.

Поетапний прогрес: Варто наголосити, що процес одягання футболки може вимагати часу та поетапного прогресу. Важливо пам'ятати, що кожна людина має свій власний темп відновлення, і успішність може варіюватися залежно від ступеня важкості інсульту та індивідуальних особливостей пацієнта.

Важливо враховувати, що процес реабілітації після інсульту є індивідуальним, і підходи до одягання футболки можуть варіюватися в залежності від потреб та можливостей кожного пацієнта. Ерготерапевти підтримують та надають індивідуальне втручання, допомагаючи пацієнтам досягати максимального рівня незалежності у повсякденних діях

Користування мобільним телефоном.

Використання мобільного телефону стало невід'ємною частиною нашого повсякденного життя. Для більшості людей, він є не тільки засобом зв'язку, але й способом зберігання контактів, розкладу, списку покупок, музики, фотографій та інформації про світ навколо нас.

Прийняття викликів та здатність самостійно подзвонити обраному абоненту є основними функціями мобільного телефону.

Користування мобільним телефоном включає багато кроків та дій, які можуть бути складними для людей з певними обмеженнями або порушеннями, зокрема для пацієнтів, які отримують ерготерапію.

Перед початком втручання ерготерапевт повинен розділити цю активність на певні короткі та послідовні кроки. Наприклад для прийняття виклику необхідно знати, як на телефоні з'являється інформація про вхідний дзвінок. Після того, як телефон засвітиться, можна прийняти дзвінок, натиснувши на відповідну кнопку або натиснути на певну частину екрану, щоб відповісти на виклик.

А для того, щоб здійснити дзвінок самостійно, необхідно розблокувати телефон, відкрити додаток «контакти» та ввести або обрати ім'я, людини якій потрібно подзвонити. Після введення імені або вибору контакту необхідно натиснути кнопку «Подзвонити» або іконку телефону.

При спостереженні за пацієнтами ми побачили порушену послідовність виконання, часте блокування-розблокування телефону при спробах відповісти на дзвінок, частий вихід в основне меню замість того щоб набрати номер.

Загалом, використання мобільного телефону може бути важким завданням для деяких пацієнтів, особливо для тих, хто має обмеження уваги або порушення послідовності виконання. Процес розбиття цих кроків на менші, послідовні етапи та надання відповідної підтримки може сприяти полегшенню цієї активності та підвищенню незалежності пацієнта при користуванні мобільним телефоном.

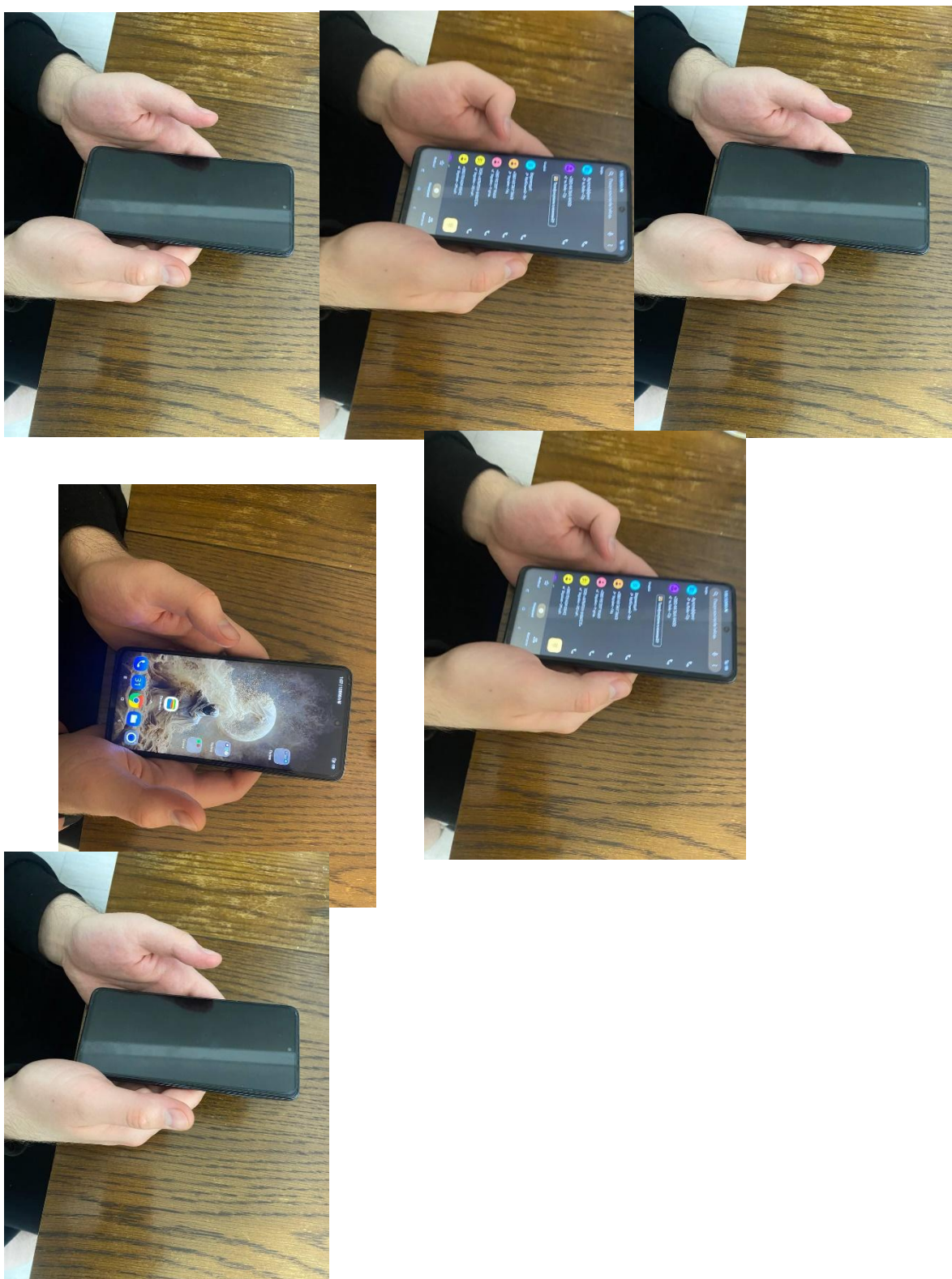


Рис. 3.4. Порушена послідовність набору номера (розблокував, зайшов в меню, обрав контакт, заблокував, розблокував і знову заблокував)

Стратегії самоконтролю, підтримка середовища та модифікація середовища.

Ці елементи можуть бути реалізовані в поєднанні з тренуванням процесів концентрації уваги або функціональних навичок. Вони можуть бути найбільш корисними пізніше на етапі відновлення, коли людина повертається до домашнього та робочого середовища. У цей час конкретні стратегії чи підтримка можуть бути найбільш практичною формою пом'якшення проблем у конкретних ситуаціях.

Стратегії та підтримку можна розділити на 2 великі категорії:

1) зовнішня підтримка та модифікації (які передбачають модифікацію середовища певним чином);

2) стратегії самоменеджменту. Ретельна увага до оцінки сильних і слабких сторін клієнта допоможе клініцисту вибрати найбільш ефективні стратегії. Щоб збільшити шанси на успіх, клієнти повинні бути максимально залучені до вибору та розробки стратегій і підтримки.

Організація середовища

Ерготерапевти можуть використовувати кілька моделей для опису взаємодії між людиною, професією та середовищем, які можуть бути застосовані до практичної ситуації [56]. Оскільки більшість людей працюють у різноманітних середовищах протягом дня (фізичному, соціальному, культурному), втручання повинні враховувати оцінки та втручання в кількох.[57]

Втручання під керівництвом ерготерапевта можуть допомогти людям зрозуміти, що організація вимагає регулярних, повторюваних дій, а не лише однієї спроби. Створення структури, розпорядок і розподіл місць для основних предметів часто є ключовими для підтримки організації.

Відсутність встановленого часу для цих заходів може призвести до неорганізованого проведення активності та неорганізованості в цілому[58]

Організація середовища для людей із синдромом дефіциту уваги може включати ряд стратегій та змін, спрямованих на зниження візуальних

відволікань та безладу, створення структури та сприяння кращій концентрації. Ось кілька рекомендацій:

1. Створення організованого та затишного простору:

- Забезпечення чистого та організованого робочого оточення без надмірного розсіювання.

- Використання розподіленої системи зберігання, такої як шафи з полицями, контейнери з ярликами або шухляди, щоб зберігати предмети впорядковано та легко доступними.

- Мінімізація візуальних подразників шляхом використання спокійних кольорів на стінах та меблях.

2. Використання організаційних систем:

Встановлення системи картотеки або розкладу для легкого знаходження та організації інформації.

Використання календарів, планерів або додатків для організації робочого часу та завдань.

Маркування шаф, полиць та контейнерів з інструкціями або ярликами для полегшення орієнтації та знаходження необхідних предметів.

3. Зменшення візуальних відволікань:

Застосування простих та мінімалістичних декоративних елементів у просторі.

Використання штор або жалюзів для контролю освітлення та зменшення розсіювання світла.

Використання перегородок або панелей, які розділяють робочий простір на зони та знижують візуальну стимуляцію

Ерготерапевти також можуть запровадити систему етикеток із кольоровим кодуванням, щоб полегшити ідентифікацію та місцезнаходження предметів, а також працювати з окремими особами для створення файлів і систем записів для зберігання важливої документації, такої як рахунки за

комунальні послуги чи медичні прийоми. Це зменшує безлад із фізичного простору, а також забезпечує легкий доступ до цих документів.

Підтримка та модифікації занять.

Впровадження зовнішніх модифікацій, підтримки та стратегій для мінімізації наслідків дефіциту уваги слід розглядати як частину будь-якої програми реабілітації. Наприклад, якщо середовище, що відволікає увагу, є проблемою, клієнта можна заохочувати уникати такого середовища, коли це можливо.[59]

Зміни також можуть включати стратегії зменшення або усунення відволікаючих факторів під час виконання завдань, які вимагають уваги (наприклад, відволікання від візуальних факторів, використання берушів, здійснення покупок у менш людних місцях). Крім того, можна внести певні зміни в середовище клієнта, щоб зменшити вимоги до уваги.

Організаційні системи (наприклад, системи картотеки, системи оплати рахунків, маркування шаф) є одним із таких підходів. Інший підхід полягає в зменшенні візуальних відволікань і безладу шляхом спрощення дизайну простору та забезпечення організованого розміщення предметів.

Це може включати використання однотонних або малозаповнених стін, зберігання предметів у закритих шафах або контейнерах з ярликами для легкого знаходження, а також створення розкладів або списків завдань для покращення організації часу. Деякі люди з порушеннями уваги також використовують технології, які нагадують про важливі події або допомагають в плануванні і виконанні завдань, наприклад, календарі та додатки для організації робочого часу.

Допоміжні технології для пізнання варіюються від будильників, які нагадують клієнту прийняти ліки, до роботизованих технологій, які використовують штучні нейронні мережі для допомоги у повсякденній діяльності. У цьому огляді розглядаються допоміжні технології для пізнання для проблем із ініціацією, увагою, пам'яттю, виконавчими функціями та

порушеннями сенсорної обробки, а також для соціальних і поведінкових проблем.

Варто відзначити високий рівень налаштування (і повторного налаштування в міру зміни потреб клієнта), необхідний для практичного використання допоміжних технологій для пізнання.

По-перше, це орієнтувальні процедури, які спонукають клієнтів свідомо стежити за своєю діяльністю, щоб уникнути провалів уваги. Це може бути загальна процедура орієнтування (наприклад, щоб зосередити їх на поточному завданні) або може бути розроблена для конкретного завдання (наприклад, щоб не забути місце призначення під час походу в магазин). По-друге, стратегії стимуляції можуть бути корисними для клієнтів, які відчувають втому або труднощі з підтриманням концентрації протягом тривалого періоду.

Це може включати встановлення реалістичних очікувань, створення перерв або самоконтроль рівня втоми/уваги. Нарешті, «журнал ключових ідей» включає в себе навчання людей швидко записувати запитання чи ідеї, які вони хочуть розглянути пізніше, щоб вони могли продовжити виконання завдання. Як і у випадку з підтримкою та модифікаціями, важливо виділити достатньо часу для ефективного встановлення стратегії. [60]

Задіяні стратегії включали підвищення обізнаності, планування та організації, репетиції вимог до завдань або модифікацію середовища, усе з метою запобігання або управління тиском часу.[61]

3.2 Оцінка ефективності розробленого стратегічного навчання та обговорення отриманих результатів

Ефективність розробленого алгоритму ерготерапії з фокусом на стратегічне навчання визначалось на підставі аналізу результатів оцінювання функціональної незалежності за шкалою FIM. Рівень когнітивних функцій

оцінювався завдяки проведенню Монреальської шкали оцінки когнітивних функцій. Отримані результати представлені в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1 – Результати обстеження функціональної незалежності та когнітивних функцій до проведеного втручання ерготерапії

Інструмент оцінювання, одиниця виміру	Первинне обстеження (n=20)
Монреальська шкала оцінки когнітивних функцій (МОСА тест), бал	19±1,9
Функціональна оцінка незалежності за шкалою FIM, бал	72±3,3

Так, до проведення втручань ерготерапії було відмічено наявність когнітивного дефіциту 19±1,9 бали за шкалою МОСА, що інтерпретується як наявність деменції. Зазначений результат безпосередньо мав вплив на можливість пацієнтів реалізовувати заняттєву активність. Відповідно, результати оцінювання функціональної незалежності за шкалою FIM демонструють рівень значної залежності, що відповідає отриманому балу 72±3,3.

При проведенні оцінювання елементу інструментальної активності повсякденного життя до проведеного втручання відмічена абсолютна відсутність здатності користуватися телефоном. Всі пацієнти отримали 0 балів.

Результати оцінювання після проведеного втручання ерготерапії представлені в таблиці 3.2.

Таблиця 3.1 – Результати обстеження функціональної незалежності та когнітивних функцій після проведеного втручання ерготерапії

Інструмент оцінювання, одиниця	Повторне обстеження	P
--------------------------------	---------------------	---

виміру	ОГ (n=10)	КГ (n=10)	
Монреальська шкала оцінки когнітивних функцій (МОСА тест), бал	23±1,2	22±1,7	>0,05
Функціональна оцінка незалежності за шкалою FIM, бал	104±5,0	78±6,2	<0,05

Після проведення втручань ерготерапії зі застосуванням стратегічного навчання для пацієнтів з дефіцитом уваги було відмічено позитивні зміни у виконанні заняттєвої активності у пацієнтів ОГ, так як показник оцінки функціональної незалежності FIM збільшився до 104+ балів, на відміну від показника в КГ який лишився майже не змінним і становив 78+ балів. При цьому результати оцінки когнітивних функцій за Монреальською шкалою знаходяться майже на одному рівні, як у пацієнтів ОГ 23, так і в пацієнтів КГ 22+.

Після проведеного втручання відмічено значні зміни у пацієнтів ОГ при виконанні інструментальної активності повсякденного життя «користування телефоном». Таким чином 7 пацієнтів отримали максимально можливу кількість балів – 3, тобто вони продемонстрували здатність користуватися телефоном із власної ініціативи, шукає і набирає номери. Але 3 пацієнти отримали 2 бали, що означає, що ці пацієнти здобули навичку набирати лише декілька відомих номерів.

Але пацієнти контрольної групи залишились на попередньому рівні, і не змогли продемонструвати жодне із завдань передбачене оцінюванням. Відповідно, здатність користування телефоном не сформувалась лише при когнітивному тренуванні, а лише при використанні цієї активності з терапевтичною метою.

Такі результати можна інтерпретувати наступним чином: когнітивне тренування дозволяє покращити когнітивну функцію, але не сприяє відновленню заняттєвого виконання; натомість, стратегічне навчання

дозволяє повернути пацієнтам можливість виконувати заняттєву активність, і не прямим шляхом розвиває когнітивні функції у пацієнтів з порушеннями уваги. Вищезазначений аналіз результатів оцінювання демонструє ефективність розробленого алгоритму ерготерапії осіб з порушеннями уваги на відміну від стандартного когнітивного тренування, яке не дає достатній функціональний результат для зазначеної категорії пацієнтів.

ВИСНОВКИ

Теоретичний аналіз доступних даних і результати власних досліджень дозволяють зробити наступні висновки:

1. Вивчення даних науково-методичної літератури дозволяє відзначити стійку тенденцію до збільшення частоти випадків гострого порушення мозкового кровообігу за ішемічним та геморагічним типом, що призводить до ряду когнітивних порушень, зокрема порушень уваги.
2. Пацієнти з порушеннями уваги мають проблеми з плануванням і виконанням узгоджених і послідовних дій, не можуть довго концентруватись на виконанні заняттєвої активності, що обмежує їх мобільність, здатність до самообслуговування, можливість реалізовувати продуктивну діяльність та робить залежним від інших.
3. На підставі даних, отриманих під час аналізу наукових літературних джерел та первинного обстеження хворих, було сформовано втручання для осіб з порушенням уваги після гострого порушення мозкового кровообігу, яка базується на основі методу стратегічного навчання з терапевтичним використанням заняттєвої активності на основі ерготерапевтичної моделі «Особа-середовище-заняттєва активність».
4. За результатами власного дослідження, при порівнянні результатів на початку і в кінці курсу ерготерапії, між основною та контрольною групою, відбулись зміни в сторону покращення досліджуваних показників відповідно до початкового рівня, а також результати основної групи продемонстрували краще засвоєння навичок з самообслуговування та можливості здійснювати один вид інструментальної активності повсякденного життя – це здатність користуватися телефоном. Втручання ерготерапії фокусувалось на використанні методу стратегічного навчання.
5. Когнітивне тренування дозволяє покращити когнітивну функцію, але не сприяє відновленню заняттєвого виконання; натомість, стратегічне навчання дозволяє повернути пацієнтам можливість виконувати заняттєву

активність, і не прямим шляхом розвиває когнітивні функції у пацієнтів з порушеннями уваги та перспективно має краще віддалені результати проведеного втручання.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Завалишин ИА, Бархатова ВП. Спастичность. Журн. неврол. и псих. 2009;(3):68-70.
2. Kiely, K.M. Cognitive Function. In: Michalos, A.C. (eds) Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research. Springer, Dordrecht(2014) pp 974-8.
3. Негрич Т.І та ін. Ішемічний інсульт: вторинна стаціонарна допомога: навч. посіб. Львів: ЛНМУ імені Данила Галицького 2019, 160 с.
4. Rosenberg T, Montgomery P, Hay V, Lattimer R. Using frailty and quality of life measures in clinical care of the elderly in Canada to predict death, nursing home transfer and hospitalisation - the frailty and ageing cohort study. BMJ Open. 2019 Nov 12;9(11).
5. Filley CM. The neuroanatomy of attention. Semin Speech Lang. 2002 May;23(2):89-98.
6. Sohlberg, M.M.. Attention Training. In: Kreutzer, J.S., DeLuca, J., Caplan, B. (eds) Encyclopedia of Clinical Neuropsychology. Springer, New York, 2011. pp 297-8.
7. Kiely, K.M. Cognitive Function. In: Michalos, A.C. (eds) Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research. Springer, Dordrecht 2014. pp 974–978.
8. Sohlberg, M.M. Attention Training. In: Kreutzer, J.S., DeLuca, J., Caplan, B. (eds) Encyclopedia of Clinical Neuropsychology. Springer, New York, 2011. pp 1464–6.
9. Loetscher T, Potter KJ, Wong D, das Nair R. Cognitive rehabilitation for attention deficits following stroke. Cochrane Database Syst Rev. 2019 Nov 10;2019(11).

10. Li J, You SJ, Xu YN, Yuan W, Shen Y, Huang JY, Xiong KP, Liu CF. Cognitive impairment and sleep disturbances after minor ischemic stroke. *Sleep Breath*. 2019 Jun;23(2):455-462.
11. Дегтяренко Т. В. Вклад в развитие отечественной психофизиологии и основ когнитивной психологии И. М. Сеченова / Т. В. Дегтяренко, Р. С. Вастьянов // *Наука і освіта*. 2015 р. (1), с. 43–8.
12. O'Sullivan SB, Schmitz TJ, Fulk G. *Physical rehabilitation*. FA Davis; 2019 Jan 25. pp–1504.
13. Starovasnik Žagavec B, Mlinarič Lešnik V, Goljar N. Training of selective attention in work-active stroke patients. *Int J Rehabil Res*. 2015 Dec;38(4):370–2.
14. Michel JA, Mateer CA. Attention rehabilitation following stroke and traumatic brain injury. *Europa medicophysica*. 2006 Mar;42(1):59–67.
15. Davis Co, O'Sullivan ,SB, Schmitz TJ, Fulk G, *Cognitive and perceptual dysfunction, Physical rehabilitation*. 6th edition, Philadelphia, F.A. 2019 Jan 2015, Chapter 27.
16. Katz S. Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *J Am Geriatr Soc*. 1983 Dec;31(12):721–7.
17. Bieńkiewicz MM, Brandi ML, Goldenberg G, Hughes CM, Hermsdörfer J. The tool in the brain: apraxia in ADL. Behavioral and neurological correlates of apraxia in daily living. *Front Psychol*. 2014 Apr 23;5:353.
18. Guidet B, de Lange DW, Boumendil A, Leaver S, Watson X, Boulanger C etc; VIP2 study group. The contribution of frailty, cognition, activity of daily life and comorbidities on outcome in acutely admitted patients over 80 years in European ICUs: the VIP2 study. *Intensive Care Med*. 2020 Jan;46(1):57–69.
19. Costenoble A, Knoop V, Vermeiren S, Vella RA, Debain A, Rossi G, Bautmans I, Verté D, Gorus E, De Vriendt P. A Comprehensive Overview of

- Activities of Daily Living in Existing Frailty Instruments: A Systematic Literature Search. *Gerontologist*. 2021 Apr 03;61(3).
20. Cagle JG, Lee J, Ornstein KA, Guralnik JM. Hospice Utilization in the United States: A Prospective Cohort Study Comparing Cancer and Noncancer Deaths. *J Am Geriatr Soc*. 2020 Apr;68(4):783-93.
21. Edemekong PF, Bomgaars DL, Sukumaran S, et al. Activities of Daily Living. [Updated 2022 Nov 19]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470404/>
22. Corr S, Bayer A. Occupational therapy for stroke patients after hospital discharge: A randomized controlled trial. *Clin Rehabil*. 1995;9:291-6.
23. Loetscher T, Potter KJ, Wong D, das Nair R. Cognitive rehabilitation for attention deficits following stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Nov 10;2019(11).
24. Corr S, Bayer A. Occupational therapy for stroke patients after hospital discharge: A randomized controlled trial. *Clin Rehabil*. 1995;9: 291-6.
25. Мангушева О. О. Допомогти робити найважливіше. Право на реабілітацію. Інформаційний бюлетень №9 (12). Київ 2020 р.
26. Barker-Collo S, Feigin V. The impact of neuropsychological deficits on functional stroke outcomes. *Neuropsychol Rev*. 2006 Jun;16(2):53-64.
27. Robertson IH, Ward T, Ridgeway V, Nimmo-Smith I. The structure of normal human attention: The Test of Everyday Attention. *J Int Neuropsychol Soc*. 1996 Nov;2(6):525-34.
28. Hyndman D, Pickering RM, Ashburn A. The influence of attention deficits on functional recovery post stroke during the first 12 months after discharge from hospital. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2008 Jun;79(6):656-63.
29. Stapleton T, Ashburn A, Stack E. A pilot study of attention deficits, balance control and falls in the subacute stage following stroke. *Clin Rehabil*. 2001 Aug;15(4):437-44.

30. Hyndman D, Ashburn A. People with stroke living in the community: Attention deficits, balance, ADL ability and falls. *Disabil Rehabil.* 2003 Aug 5;25(15):817-22.
31. Hochstenbach J, Mulder T, van Limbeek J, Donders R, Schoonderwaldt H. Cognitive decline following stroke: a comprehensive study of cognitive decline following stroke. *J Clin Exp Neuropsychol.* 1998 Aug;20(4):503-17.
32. Rasquin SM, Lodder J, Ponds RW, Winkens I, Jolles J, Verhey FR. Cognitive functioning after stroke: a one-year follow-up study. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2004;18(2):138-44.
33. Hochstenbach JB, den Otter R, Mulder TW. Cognitive recovery after stroke: a 2-year follow-up. *Arch Phys Med Rehabil.* 2003 Oct;84(10):1499-504.
34. Hyndman D, Ashburn A. People with stroke living in the community: Attention deficits, balance, ADL ability and falls. *Disabil Rehabil.* 2003 Aug 5;25(15):817-22.
35. Lezak, M. D., Howieson, D. B., Loring, D. W., Hannay, H. J., & Fischer, J. S. (2004). *Neuropsychological assessment* (4th ed.). Oxford University Press.
36. Mike R. Schoenberg James G. Scott Editors *The Little Black Book of Neuropsychology* 2011th Edition, Kindle Edition
37. Loetscher T, Potter KJ, Wong D, das Nair R. Cognitive rehabilitation for attention deficits following stroke. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019 Nov 10;2019(11).
38. Bang Yeo-sung. Effects of task-oriented tasks on cognitive function and activities of daily living in adult stroke patients. *Journal of the Korean Occupational Therapy Association*, 2007. 15(3), 49-62
39. Michel JA, Mateer CA. Attention rehabilitation following stroke and traumatic brain injury. A review. *Eura Medicophys.* 2006 Mar;42(1):59-67.
40. Reijnders J, van Heugten C, van Boxtel M. Cognitive interventions in healthy older adults and people with mild cognitive impairment: a systematic review. *Ageing Res Rev.* 2013 Jan;12(1):263-75.

41. Moos RH. Evaluating treatment environments. New York: Wiley; 1974. pp 24-28.
42. Kielhofner G. Model of human occupation. 3rd ed. Baltimore: Lippincott William & Wilkins; 2002
43. Norrving B, Barrick J, Davalos A, Dichgans M, Cordonnier C, Guekht A, etc. Action Plan for Stroke in Europe 2018-2030. *Eur Stroke J*. 2018 Dec;3(4):309-36
44. Sawchyn JM, Brulot MM, Strauss E. Note on the use of the Postconcussion Syndrome Checklist. *Arch Clin Neuropsychol*. 2000 Jan;15(1):1-8.
45. Davis Co, O'Sullivan ,SB, Schmitz TJ, Fulk G, Cognitive and perceptual dysfunction, Physical rehabilitation. 6th edition, Philadelphia, F.A. 2019 Jan 2015, Chapter 27.
46. Žagavec BS, Lešnik VM, Goljar N. Training of selective attention in work-active stroke patients. *International Journal of Rehabilitation Research*. *Int J Rehabil Res*. 2015 Dec;38(4):370-2.
47. Law M, Baptiste S, McColl M, Opzoomer A, Polatajko H, Pollock N. The Canadian occupational performance measure: an outcome measure for occupational therapy. *Can J Occup Ther*. 1990;57(2):82-7. doi: 10.1177/000841749005700207. PMID: 10104738.
48. Joffe M. Advantages of a standard method for research on reproductive effects of occupation. *J Epidemiol Community Health*. 1988 Sep;42(3):209-12. doi: 10.1136/jech.42.3.209. PMID: 3251000; PMCID: PMC1052727.
49. Linacre JM, Heinemann JW, Wright BD, Granger CV, Hamilton BB. The structure and stability of the functional independence measure. *Arch Phys Med Rehabil*. 1994;75:127-132.
50. Gosman-Hedstrom G, Svensson E. Parallel reliability of the Functional Independence Measure and the Barthel index ADL Index. *Psychiatry*. 2000;73:188.

51. Kelso IG, Tadi P. Cognitive Assessment. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Nov 20. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556049/> (accessed 31.3.2022).
52. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969 Autumn;9(3):179-86.
53. Fleming MH. The search for tacit knowledge. In: Mattingly C, Fleming MH, editors. *Clinical reasoning: forms of inquiry in a therapeutic practice*. Philadelphia: F. A. Davis Company; 1994.
54. Law M, Cooper B, Strong S, Stewart D, Rigby P, Letts L. The Person-Environment-Occupation Model: A Transactive Approach to Occupational Performance. *Can J Occup Ther*. 1996;63(1):9–23. Available from: <https://doi.org/10.1177/000841749606300103>.
55. Fleming MH. The search for tacit knowledge. In: Mattingly C, Fleming MH, editors. *Clinical reasoning: forms of inquiry in a therapeutic practice*. Philadelphia: F. A. Davis Company; 1994.
56. Law M, Cooper B, Strong S, Stewart D, Rigby P, & Letts L. The Person-Environment-Occupation Model: A Transactive Approach to Occupational Performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 1996;63(1):9-23.
57. Pashmdarfard M, Azad A. Assessment tools to evaluate Activities of Daily Living (ADL) and Instrumental Activities of Daily Living (IADL) in older adults: A systematic review. *Med J Islam Repub Iran*. 2020 Apr 13;34:33
58. Abikoff H, Nissley-Tsiopinis J, Gallagher R, Zambenedetti M, Seyffert M, Boorady R, et al. Effects of MPH-OROS on the organizational, time management, and planning behaviors of children with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009;48(2):166-175.
59. Molineux M. Occupation in occupational therapy: a labour in vain? In: Molineux M, editor. *Occupation for occupational therapists*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd; 2004. p. 1–14.

60. Yang, B., Chan, R. C., Zou, X., Jing, J., Mai, J., & Li, J. (2007). Time perception deficit in children with ADHD. *Brain Research*, 1170, 90-96.
61. Abikoff, H., Nissley-Tsiopinis, J., Gallagher, R., Zambenedetti, M., Seyffert, M., Boorady, R., et al. (2009). Effects of MPH-OROS on the organizational, time management, and planning behaviors of children with ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(2), 166-175.

Монреальський когнітивний тест (МОСА)

Монреальський когнітивний тест (МОСА)		Ім'я:	Дата народження:	Освіта:	Стать:	ДАТА:	Бали	
Зорово-конструктивні/виконавчі		Скопіюйте куб		Намалюйте годинник (10 хвилин на дванадцяті) (3 бали)				
				<input type="checkbox"/> Контур <input type="checkbox"/> Цифри <input type="checkbox"/> Стрілки		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	___/5	
Назви								___/3
Пам'ять	Прочитайте список слів. Обстежуваний повинен їх повторити. Зробіть дві спроби, навіть якщо обстежуваний повторив усі слова після першої спроби. Перепитайте слова через 5 хвилин.	обличчя	оксамит	школа	ромашка	червоний	Бали не додаються	
	1-ша спроба							
	2-га спроба							
Увага	Прочитайте список цифр (1 цифра/с).	Обстежуваний повинен повторити їх у такому ж порядку. [] 2 1 8 5 4		Обстежуваний повинен їх повторити у зворотному порядку. [] 7 4 2			___/2	
Прочитайте список букв. Обстежуваний повинен вдарити долонею по столу кожен раз при проголошенні букви «а».		Бали не додаються, якщо є дві або більше помилки		[] Ф Б А С М Н А А Ж К Л Б А Ф А К Д Е А А А Ж А М О Ф А А Б			___/1	
Серійне віднімання 7, починаючи зі 100.		[] 93	[] 86	[] 79	[] 72	[] 65	___/3	
		4 або 5 правильних віднімань: 3 бали; 2 або 3 прав. віднім.: 2 бали; 1 прав. відн.: 1 бал; 0 прав. відн.: 0 балів						
Мова	Повторіть: Я упевнений в одному, тільки Євген — це той, хто може сьогодні допомогти. []		Кіт завжди ховався під диваном, коли пес був у кімнаті. []				___/2	
Вербальна швидкість / Назвати за одну хвилину максимальну кількість слів, що починаються з букви Н [] _____ (N ≥ 11 слів)							___/1	
Абстракція	Спільне між словами, наприклад, яблуко і апельсин — фрукти [] поїзд і велосипед [] лінійка і годинник []						___/2	
Відкладене повторення	Повторені слова без підказки	обличчя	оксамит	школа	ромашка	червоний	Бали присуджуються тільки за названі слова без підказок	
		[]	[]	[]	[]	[]		
Опційно	Категоріальна підказка							
	Список слів для вибору							
Орієнтація	[] Дата	[] Місяць	[] Рік	[] День тижня	[] Місце	[] Місто	___/6	
Z. Nasreddine MD Версія 7.1		www.mocatest.org		Норма ≥ 26/30		Сума балів:		
Переклад: Труфанов Є.О. MD PhD		Тестування проводив				Додайте 1 бал, якщо освіта ≤ 12		