МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

**ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

Факультет гуманітарних наук, психології та педагогіки

кафедра здоров´я людини та фізичного виховання

**Перепелиця А.В.**

**Випускна кваліфікаційна робота бакалавра**

**Ефективність застосування засобів ерготерапії у відновленні процесів життєдіяльності постінсультних хворих**

Сєвєродонецьк

2021

**СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

#  Факультет гуманітрних наук, психології та педагогіки

 (повне найменування інституту, факультету)

# Кафедра здоров´я людини та фізичного виховання

 (повна назва кафедри)

## ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

**до випускної кваліфікаційної роботи бакалавра**

**освітньо-кваліфікаційного рівня** \_\_\_\_бакалавр\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (бакалавр, спеціаліст, магістр)

напряму підготовки \_\_\_227 – Фізична терапія, ерготерапія\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (шифр і назва напряму підготовки)

на тему: «Ефективність застосування засобів ерготерапії у відновленні процесів життєдіяльності постінсультних хворих».

Виконав: студент групи ЗЛ-17з Перепелиця А.В.

Керівник: д. мед. н., проф. Шаповалова В.А.

Завідувач кафедри здоров´я людини

та фізичного виховання:

д. психол. н., доц. Завацький Ю.А.

Рецензент: к. мед. н., доц. Афонін Д.М.

Сєвєродонецьк – 2021

**СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

#  Факультет гуманітарних наук, психології та педагогіки

 (повне найменування інституту, факультету)

# Кафедра здоров´я людини та фізичного виховання

 (повна назва кафедри)

освітньо-кваліфікаційного рівня \_\_\_\_бакалавр\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (бакалавр, спеціаліст, магістр)

напряму підготовки 227 – Фізична терапія, ерготерапія \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (шифр і назва напряму підготовки)

# ЗАТВЕРДЖУЮ

**Завідувач кафедри**

**здоров´я людини**

**та фізичного виховання**

**доц. Завацький Ю.А.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

“26” березня 2021\_року

## З А В Д А Н Н Я

### НА ВИПУСКНУ КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ БАКАЛАВРА

**Перепелиці Андрія Володимировича**

Тема роботи: «Ефективність застосування засобів ерготерапії у відновленні процесів життєдіяльності постінсультних хворих».

## Керівник роботи Шаповалова В.А., д. мед. н., проф.

 ( прізвище, ім’я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом вищого навчального закладу від “26” березня 2021 р. № 57/15.22.

2. Строк подання студентом роботи\_\_\_10.06.2021 р.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Вихідні дані до роботи: *обсяг роботи* *– 74 сторінки (1,5 інтервал, 14 шрифт з дотриманням відповідного формату), список використаної літератури – 40 дж.*

*4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: проаналізувати наукові джерела з особливостей застосування засобів ерготерапії у відновленні процесів життєдіяльності постінсультних хворих; підібрати діагностичний інструментарій згідно вивчення особливостей застосування засобів ерготерапії у відновленні процесів життєдіяльності постінсультних хворих; на основі проведеного констатувального експерименту розробити практичні рекомендації щодо особливостей застосування засобів ерготерапії у відновленні процесів життєдіяльності постінсультних хворих.*

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов’язкових креслеників) -*.*

**6. Консультанти розділів роботи:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Розділ | Прізвище, ініціали та посада консультанта | Підпис, дата |
| Завдання видав | Завданняприйняв |
| 1. | Шаповалова В.А. – д.мед.н., проф. | 26.03.2021 р. | 26.03.2021 р. |
| 2. | Шаповалова В.А. – д.мед.н., проф. | 26.03.2021 р. | 26.03.2021 р. |

7. Дата видачі завдання 26.03.2021 р**.**

#### **КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№****з/п** | **Назва етапів**  | **Строк виконання етапів** | Примітка |
| 1 | Визначення проблеми дослідження та розроблення плану випускної кваліфікаційної роботи бакалавра | 03.2021 р. | 03.2021 р. |
| 2 | Аналіз літератури за проблемою. Робота над теоретичною частиною дослідження. | 03.2021 р. | 03.2021 р. |
| 3 | Розробка діагностичного інструментарію та проведення констатувального експерименту | 04.2021 р. | 04.2021 р. |
| 4 | Узагальнення результатів констатувального експерименту | 04.2021 р. | 04.2021 р. |
| 5 | Розробка рекомендацій щодо фізичної терапії хворих після оперативного лікування виразкової хвороби шлунку | 05.2021 р. | 05.2021 р. |
| 6 | Підготовка випускної кваліфікаційної роботи бакалавра до захисту та її захист  | 06.2021 р. | 06.2021 р. |

**Студент Перепелиця А.В.**

**Керівник роботи Шаповалова В.А.**

**РЕФЕРАТ**

Текст – 74 с., джерел – 40

В роботі проаналізувані наукові джерела щодо особливостей застосування засобів ерготерапії у відновленні процесів життєдіяльності постінсультних хворих.

Проведено констатувальний експеримент з метою дослідження особливостей застосування засобів ерготерапії у відновленні процесів життєдіяльності постінсультних хворих.

Розроблено практичні рекомендації щодо особливостей застосування засобів ерготерапії у відновленні процесів життєдіяльності постінсультних хворих.

**Ключові слова:** життєдіяльність, відновлення життєдіяльності,інсульт, постінсультний період, ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ, ЕРГОТЕРАПІЯ, ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ.

**ЗМІСТ**

ВСТУП …………………………………………………………………………….7

**РОЗДІЛ 1.** **Теоретико-методологічні підходи до вивчення проблеми застосування засобів ерготерапії у відновленні процесів життєдіяльності постінсультних хворих……………………………………………...10**

1.1. Зміст професійної діяльності ерготерапевтів в окремих галузях медицини………………………………………………………………………....10

 1.2. Теоретичні засади застосування ерготерапфї в реабілітації хворих із наслідками мозкових інсультів…………………………………………………21

 1.3. Здоровʼязбережувальна діяльність ерготерапевтів у відновленні процесів життєдіяльності постінсультних хворих ……………………………25

**РОЗДІЛ 2. Застосування засобів ерготерапії у відновленні процесів життєдіяльності постінсультних хворих……………………………………………...28**

2.1. Сучасні підходи до реабілітації постінсультних хворих…………………………………………………………………………….28

2.2. Результати дослідження застосування засобів ерготерапії у поєднанні з методами фізичної реабілітації для постінсультних хворих…………………………………………………………………………….37

2.3. Ерготерапія в реабілітації хворих після перенесеного ішемічного інсульту…………………………………………………………………………...42

ВИСНОВКИ ……………………………………………………………………..67

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ ……………………………….…70

## Вступ

**Актуальність теми**. Сьогодні в Україні, як і в інших країнах світу, існує тенденція до зростання неврологічних захворювань.

У структурі неврологічної патології найбільш актуальними та соціально значущими залишаються судинні захворювання головного мозку, серед яких провідне місце посідають, гострі порушення мозкового кровообігу – мозкові інсульти.

За даними ВООЗ, у розвинутих країнах світу щорічно реєструють від 100 до 300 інсультів на кожні 100 тис. населення.

В Україні щороку близько 110 – 125 тис. жителів переносять мозковий інсульт, який є однією з найчастіших причин інвалідності та смертності населення країни.

Рівень смертності від інсульту в Україні у 2,5 рази перевищує відповідні показники західноєвропейських країн і має тенденцію до подальшого зростання. Слід зазначити, що 35,5% мозкових інсультів зустрічаються в осіб працездатного віку [1].

Доведено, що застосування засобів фізичної реабілітації в гострому періоді захворювання зменшує ризик виникнення різних ускладнень, сприяє відновленню порушених рухових функцій, готує пацієнтів до вертикалізація та набуття елементарних навичок самообслуговування.

Більшість вітчизняних досліджень, щодо застосування засобів фізичної реабілітації стосуються судинних захворювань головного мозку, проте недостатньо висвітлені проблеми та особливості ерготерапії, як одного із засобів лікування хворих з різними видами мозкового інсульту, зокрема після перенесеного мозкового крововиливу.

Відомі на сьогодні програми фізичної реабілітації з використанням ерготерапії, які спрямовані на відновлення порушених рухових функцій, що дуже важливо при повернені до самостійного життя: самообслуговування, продуктивної діяльності, відпочинку.

Однак вони не передбачають визначення вихідного рівня рухової, функціональної та психоемоційної сфери [3].

Значні порушення функцій нервово-м’язового апарату, ускладнюють можливість самостійного переміщення, самообслуговування, що призводить до повної втрати працездатності.

Причиною зниження і втрати працездатності хворих являються не тільки тяжкість пошкодження і захворювання, але й несвоєчасне та нерегулярне проведення відновного лікування, а також невикористання всього комплексу засобів, направлених на відновлення і розвиток тимчасово втрачених функцій рухового апарату [4].

Таким чином, розробка і впровадження нової методики ерготерапії для пацієнтів після перенесеного мозкового інсульту є актуальними.

**Обʼєкт дослідження –** ерготерапія у постінсультних хворих.

**Предмет дослідження –** особливості застосування засобів ерготерапії у відновленні процесів життєдіяльності постінсультних хворих.

**Мета дослідження –** теоретично обгрунтувати та експериментально дослідити особливості застосування засобів ерготерапії у відновленні процесів життєдіяльності постінсультних хворих.

**Завдання дослідження:**

1. Провести теоретико-методологічний аналіз підходів до вивчення проблеми застосування засобів ерготерапії у відновленні процесів життєдіяльності постінсультних хворих.

2. Надати клініко-фізіологічне обґрунтування застосуванню засобів ерготерапії у відновленні процесів життєдіяльності постінсультних хворих.

3. Визначити особливості застосування засобів ерготерапії у відновленні процесів життєдіяльності постінсультних хворих.

4. Запропонувати комплексну програму застосування засобів ерготерапії у відновленні процесів життєдіяльності постінсультних хворих.

**Методи дослідження** – теоретичний аналіз науково-методичної та спеціальної літератури, методи аналізу, синтезу, узагальнення, клінічні методи дослідження (контент-аналіз історій хвороби, огляд).

**Практичне значення отриманих результатів.** Розроблені комплексні засоби та програми застосування засобів ерготерапії у відновленні процесів життєдіяльності постінсультних хворих дозволили підвищити ефективність відновного лікування. Дані дослідження можуть бути використанні в роботі медичних закладів, реабілітаційних центрах, санаторіях та під час навчального процесу у вищих навчальних закладах з фізичної терапії та ерготерапії.

**РОЗДІЛ 1**

**Теоретико-методологічні підходи до вивчення проблеми застосування засобів ерготерапії у відновленні процесів життєдіяльності постінсультних хворих**

**1.1. Зміст професійної діяльності ерготерапевтів в окремих галузях медицини**

В епоху глобальної екологічної, демографічної та соціально-економічної кризи актуалізуються проблеми збереження й відновлення фізичного, психічного, духовного і соціального здоров’я населення.

У документах ООН, ВООЗ, ВОП наголошено, що функціональна спроможність людини впродовж усього життя є ключовим аспектом у понятті «здорова людина», кінцевою метою і результатом процесу фізичної реабілітації.

Зміна пріоритетів і життєвих цінностей у суспільстві, необхідність відродження природних підходів до вирішення проблем здоров’я зростання попиту населення на фізично-реабілітаційні послуги зумовлюють потребу у кваліфікованих фахівцях, здатних розробляти й застосовувати сучасні комплексні оздоровчо-реабілітаційні технології для відновлення, зміцнення та збереження здоров’я різних соціально-демографічних груп населення.

Інтенсивний розвиток ерготерапевтичної освіти в Україні з початку ХХІ ст. потребує фундаментальної переорієнтації змісту, форм і методів професійної підготовки фахівців з фізичної реабілітації з урахуванням змін оздоровчо-освітньої парадигми та інноваційних ідей зарубіжного досвіду, зокрема європейських країн та США.

Ерготерапевтичні методики в реабілітації – це лікування фізичних або психічних порушень шляхом використання специфічної діяльності, з допомогою якої людина може досягти максимального рівня функціонування у всіх аспектах життєдіяльності.

Основною частиною роботи ерготерапевта є аналіз порушення повсякденної діяльності, аналіз факторів середовища та їх модифікація з метою покращення якості життя пацієнтів [4].

В Європі, Канаді та США ерготерапія – самостійна дисципліна, котру викладають 3–5 років за програмою бакалаврата та спеціаліста.

Термін «ерготерапія» (occupational therapy) вперше був прийнятий в 1930 році в Англії. Активне становлення ерготерапії за підтримки держави відбулося в США та країнах Центральної Європи після Першої світової війни.

У 1954 р. було створено Всесвітню федерацію окупаціональних терапевтів чи ерготерапевтів (WFOT), яка нині об’єднує близько 70 країн [6].

Професійна підготовка фахівців з ерготерапії в країнах Європи, США та Канади відома високою якістю професійних стандартів у галузі охорони здоров’я і освіти; диверсифікована за освітніми програмами, дипломами, кваліфікаціями; гнучка за формами і режимами організації підготовки; інноваційна за методами технологіями навчання; ефективна за інструментами і механізмами моніторингу академічних результатів; ґрунтована на практико-орієнтованій парадигмі навчання.

Встановлення загальних закономірностей та виявлення особливостей професійної підготовки фахівців з ерготерапії в освітній практиці закордонних країн створює нові можливості для вдосконалення педагогічного процесу, кращого розуміння переваг і недоліків національної системи фізично-реабілітаційної освіти, прогнозування її розвитку на основі наукового зіставлення педагогічної емпірії закордонного досвіду та України [5].

Як показав бібліографічний аналіз, тематика порівняльно-педагогічних досліджень у контексті окресленої проблеми поступово розширюється, зокрема на дослідницькому полі заслуговують на увагу результати досліджень Г.М. Завгородньої (ерготерапія як розділ професійної підготовки лікарів лікувальної фізичної культури), А. Кавакзе (організаційно-методичні особливості підготовки фахівців фізичної реабілітації у Йорданії), С. Гук (структура та зміст професійної підготовки фахівців з фізичної реабілітації в університетах Великої Британії), Ю. О. Лянной (професійна підготовка магістрів з фізичної реабілітації: закордонний досвід).

Здобуття вищої освіти з фізичної терапії та ерготерапії, відіграє фундаментальну роль для забезпечення професійної ідентичності і є важливим інструментом сприяння свободі пересування та визнання права на професійну діяльність фахівців з фізичної терапії та ерготерапії у зарубіжних державах.

Тому дослідження різних аспектів професійної підготовки фахівців з ерготерапії у інших країнах слугуватиме потребам розвитку галузі охорони здоров’я в Україні.

Водночас зазначимо, що досвід країн Європи, США та Канади з професійної підготовки фахівців з ерготерапії в Україні не вивчався, що підтверджує актуальність дослідження.

Як наука ерготерапія існує більше 80 років. З точки зору медицини вона досліджує проблеми боротьби з наслідками хвороб, профілактику інвалідності.

За матеріалами 6-го конгресу ERGO в Парижі (2000 р.) зазначається, що функціональні порушення та інвалідність дуже часто використовувались як тотожні поняття в країнах Європи.

Однак, вони перестали порівнюватися після того, як Всесвітня Організація охорони здоров’я постановили, що «інвалідність» має відношення до оточуючого середовища, тоді як термін «функціональне порушення» повинен використовуватися для визначення наслідків захворювань або травм як основної частини фізичного або психічного функціонального стану людини.

За кордоном ерготерапія знаходить застосування в різних сферах: неврології, психіатрії, педіатрії, ортопедії, геріатрії та працетерапії [5].

В педіатрії ерготерапія проводиться з дітьми від перших днів життя до підліткового віку, якщо у них затримка розвитку, обмежена самостійність і дієздатність, спостерігаються ознаки інвалідності або вони вже відносяться до категорії інвалідів.

Головною метою ерготерапевта є досягнення максимально можливого рівня відновлення самостійності, наприклад: покращення рухової функції, регуляції тонусу та координації; розвиток та поліпшення пізнавальної сфери, концентрації та уваги; перетворення та інтеграція інформації, отриманої через органи чуття (сенсорна інтеграція) і забезпечення відображення об’єктивної реальності та орієнтація в навколишньому середовищі; компенсація рухових порушень дитини за допомогою допоміжних пристосувань.

 В ортопедії ерготерапія призначається пацієнтам всіх вікових груп з патологічними симптомами в сфері ортопедії, травматології і ревматології. Лікування методом ерготерапії в даній спеціалізації включає: вправи на розвиток рухливості, м’язової активності, витривалості, сили та відновлення чутливості; тренування побутових навиків з метою збереження індивідуальної самостійності і самообслуговування під час особистої гігієни, в побуті, під час праці та навчання; адаптація до ампутованої культі та тренування ході на протезах; виготовлення спеціальних шин; консультування і виготовлення відповідних допоміжних засобів, а також зміна побутового та трудового середовища.

Неврологія займається лікуванням захворювань центральної нервової системи: інсульт, черепно-мозкові травми, розсіяний склероз.

Ерготерапія в якості лікувального фактору включає такі заходи: гальмування або ліквідація патологічних рухів та поз, поліпшення координації, рівноваги; перетворення та інтеграція інформації, отриманої через органи чуття (сенсорна інтеграція); відновлення нейропсихологічних функцій: уваги, концентрації, спостережливості, пам’яті, пізнавання предметів і сприйняття простору, часу та оточуючих.

Ерготерапія в психіатрії займається з пацієнтами всіх вікових груп психіатричними, невротичними та психосоматичними розладами, а також з наркотичними захворюваннями: порушення в розвитку особистості та поведінки, депресії, шизофренія, порушення харчування, афективні розлади, алкоголізм, наркоманія, токсикоманія.

Основними завданнями ерготерапії в психіатрії є розвиток, поліпшення та збереження: основних психічних функцій – енергійність, мотивація, завзятість, витривалість, вміння самостійно планувати режим дня; пізнавальної функції; психічної стабільності та впевненості в собі; самостійного способу життя й загальної працездатності.

Ерготерапія (в перекладі occupational therapy – окупаційна терапія) – це комплекс реабілітаційних заходів, який спрямований на відновлення повсякденної діяльності людини з урахуванням наявних фізичних обмежень [11].

Повсякденна діяльність включає в себе самообслуговування, трудову діяльність, дозвілля, які неодноразово пов’язані з цим міжособистісними відносинами.

Кінцева мета ерготерапії – не тільки максимально відновити рухові функції, а й адаптувати пацієнта до звичного життя здорової людини, допомогти стати самостійною, соціально пристосованою і незалежною у побуті особою [8].

В Україні ерготерапія порівняно новий метод реабілітації. Аналіз літературних джерел дозволяє стверджувати, що ця галузь реабілітації почала формуватися на Заході в післявоєнні роки, коли з фронту поверталися люди, які потребували реабілітації. Їх доводилося заново вчити робити самі звичні речі, які є необхідними для їх повсякденного життя (самостійно вмиватися і одягатися, тримати виделку, підтримувати чистоту в будинку).

Окрім цього, ці люди потребували й соціальної адаптації. Ерготерапія була направлена на те, щоб пробудити в них бажання вчитися чомусь новому, спілкуватися на рівних зі своїм оточенням [10].

Водночас, на сьогодні в Україні існує цілий ряд серйозних медико-соціальних проблем, пов’язаних з погіршенням стану здоров’я населення, таких як прогресуюча депопуляція, висока смертність населення від нещасних випадків, травм, отруєнь, зростання інвалідизації населення. Людина, яка перенесла захворювання, травму або має порушення розвитку від народження, часто виявляється залежною від сторонньої допомоги і не завжди може знайти рішення проблем, які пов’язані з обмеженими можливостями догляду за собою, ведення домашнього господарства, роботи, виконання дозвільної діяльності [12].

Слід зазначити, що під впливом системи повноцінної і комплексної реабілітації можливе повне відновлення фізичного, духовного і соціального благополуччя постраждалих осіб.

Проблеми погіршення здоров’я населення та інвалідизації загострюються на тлі недостатньої ефективності медичних і соціальних програм, а також значного обмеження фінансування наукових і лікувальних медичних і соціальних установ, що займаються проблемами реабілітації [4].

Відтак, за останні роки питання реабілітації стає більш актуальним. До вже перерахованих причин можна додати й такі, як різкий підйом деяких соціально-значущих патологічних станів, як то вроджені аномалії розвитку, серцево-судинна патологія, онкологія, рання наркоманія, ВІЛ-інфекція, травми, психічні порушення тощо. Водночас, останнім часом, медична модель реабілітації все більш заміщається соціальною моделлю, а ерготерапія є невід’ємною частиною сучасної соціальної реабілітації для людей різних вікових категорій [12].

Адже, у систему ерготерапії входить складний реабілітаційний комплекс заходів, який спрямований на відновлення природної, повсякденної діяльності людини із урахуванням наявних патологічних змін і фізичних обмежень.

Саме ерготерапевт допомагає хворому заново навчитися працювати, доглядати за собою в побутовому плані, спілкуватися з оточуючими та розважатися [6].

Беручи до уваги той факт, що серед методів виховання соціально дезадаптованих осіб останнім часом, усе ширше застосовують альтернативні методи, до числа яких можна віднести арт-терапію.

Як зазначає А. Оляс, арт-терапія – це використання творчості в лікувальних цілях. Завдяки застосуванню свідомих творчих дій є можливість розв’язання багатьох проблем. Мистецтво є відображенням людських мрій, ідеалів, цінностей і прагнень. У ньому відтворені почуття, позитивні та негативні емоції людини [5].

Дослідження, проведені О. А. Медвєдєвою зазначають, що арт-терапія – синтез декількох галузей наукових знань (мистецтва, медицини, психології), а в лікувальній й психокорекційній практиці є сукупністю методик, побудованих на застосуванні різних видів мистецтва у своєрідній символічній формі, що дозволяють за допомогою стимулювання художньо-творчих (креативних) проявів особи з особливими потребами здійснювати корекцію порушень психосоматичних, психоемоційних процесів та відхилень в особистісному розвитку [2].

Ерготерапевта, також можна назвати артпедагогом, адже особи, які професійно займаються арт-терапією, спеціально підбирають художні твори картини, музику, композиції кольорів та форм, літературні твори, щоб створити для осіб, які потребують реабілітації відповідне естетичне середовище [11].

Для майбутніх ерготерапевтів необхідно знати більш детально, ергономіку і то, як люди виконують різні види діяльності, крім того, вони повинні бути в змозі виробляти більш простіші адаптації для людей з різними порушеннями.

Аналіз основних дослідження та публікацій. Проблеми розвитку ерготерапії та підготовці майбутніх ерготерапевтів висвітлені у численних дослідженнях таких вчених, як Л. О. Вакуленко (2010 ), І. В. Таран (2016), І. Р. Мисула (2005), В. А. Епіфанов (2005), А. А. Модестова (2010), Н. Ф. Дементьєвої (2009) та інші [12].

За словами О. С. Андрєєва ерготерапія – один з методів медичної реабілітації хворих та інвалідів, який за своєю суттю має не тільки медичну, а й яскраво виражену соціальну спрямованість.

Вона включає різноманітні види фізичних вправ, що містять елементи побутової і професійної діяльності [8].

На думку Н. Ф. Дементьєвої, рух та мистецтво стимулюють фізіологічні процеси, мобілізують волю, дисциплінують, привчають до концентрації уваги, створюють бадьорий настрій, направляють активність в русло предметної, результативною і дає задоволення діяльності, тому доцільно використовувати арт-терапію [1].

В науково-педагогічній літературі арт-терапія розглядається як засіб, що дозволяє контролювати емоційне самовідчуття та психологічне здоров’я особистості, групи, колективу засобами художньої діяльност (Г. В. Бурковський, В. М. Богданович, А. І. Захаров, О. А. Карабанова, А. І. Копитін, Л. Д. Лебедєва, О. М. Вальдес, М. В. Киселева, М. Ю. Алексеєва, Р. Б. Хайкін та ін.) [8].

Ерготерапія – це особлива дисциплінарна спеціальність, метою якої є допомога людям з різними фізичними або психічними порушеннями в досягненні максимальної незалежності від оточуючих в своєму в повсякденному житті (самообслуговування, продуктивної діяльності, відпочинку), незалежно від того, які у нього є порушення, обмеження життєдіяльності чи обмеження участі в житті суспільства [9].

Історія розвитку ерготерапії в різних країнах налічує понад 100 років. Як спеціальність ерготерапія почала формуватися після Другої Світової війни, коли суспільство зіткнулося з проблемою масової інвалідизації людей працездатного віку та необхідністю їх реабілітувати [11].

 На сьогодні дана спеціальність викладається в університетах і коледжах всіх розвинених країн, а також в країнах Африки, Азії та Південної Америки. Більше 50 років тому була створена Всесвітня Федерація ерготерапевтами (WFOT), яка зараз налічує близько 60 країн-членів [11].

 В даний час ерготерапія – це спеціальність, яка ґрунтується на науково доведених фактах про те, що цілеспрямована активність (діяльність), яка має для людини сенс, допомагає покращити її функціональні можливості (рухові, емоційні, когнітивні, психічні) [12].

Невід’ємною частиною ерготерапевтичного втручання є постійна співпраця фахівця з сім’єю або зацікавленими особами. Цей аспект діяльності підкреслюється багатьма фахівцями: К. А. Семеновою, В. П. Шестаковим, Н. М. Махмудовою, А. А. Модестовою, Н. Ф. Дементьєвою.

Для досягнення успіху в професійній підготовці майбутнього ерготерапевта, повинна проводиться постійна цілеспрямована робота, більша частина якої виконується з пацієнтом в домашніх умовах [13].

Ерготерапевт навчає членів сім’ї деяким правилам догляду за особою з обмеженими можливостями (годування, умивання і т. п.), допомагає підібрати оптимальну позу для різних видів діяльності (навчання, гри, сну тощо), надає постійну консультативну допомогу.

Члени сім’ї забов’язані ознайомитися і погодитися з планом ерготерапевтичної роботи, брати участь у змінах плану, підборі необхідного адаптивного обладнання, повинні правильно і безпечно користуватися ним. Тому, для більш ефективного досягнення результату використовують один з видів терапії – арт-терапію [5].

У процесі арт-терапевтичної роботи накопичується інформація про сильні сторони особистості пацієнта і його ресурси, які майбутні ерготерапевти використовуватимуть для створення ефективних персоніфікованих програм психотерапевтичних і соціально-побутових заходів, спрямованих на якнайшвидше відновлення порушених функцій. Відтак, арт-терапія сприяє психоемоційному розвантаженню й підвищенню функціонального стану пацієнта [5].

Арт-терапія є одним з багатьох видів терапевтичного впливу на людину різних природних та штучно створених засобів. В даному методі крім основних корекційно-розвивальних напрямів, також використовуються вербальні канали комунікації [2].

У ерготерапевтичній практиці арт-терапія розглядається як сукупність методик, які побудовані на застосуванні різних видів мистецтва у своєрідній символічній формі, які дозволяють за допомогою стимулювання креативних проявів дитини здійснити корекцію психоемоційних, поведінкових та інших порушень особистісного розвитку [7].

Сутність арт-терапії полягає в терапевтичному та корекційному впливу мистецтва на суб’єкта, яке проявляється: реконструкції психотравмуючої ситуації за допомогою художньо-творчої діяльності; актуалізації переживань і виведенні їх у зовнішню форму через продукт художньої діяльності; створення нових, емоційно позитивних переживань та їх накопичення; актуалізації креативних потреб та їх творчому самовираженні [3].

Таким чином, ерготерапія разом з арт-терапією, яка являється одним із методів до підготовки майбутніх ерготерапевтів, спрямована на покращення якості та способу життя осіб з обмеженими можливостями. Отже, сфера діяльності ерготерапевтів охоплює побутову, трудову діяльність осіб з обмеженими можливостями, а також організацією змістовного дозвілля (рекреаційну діяльність та творчу).

Ерготерапія вважається порівняно новою міждисциплінарною спеціальністю, яка спрямована на покращення можливостей пацієнта з обмеженими можливостями та досягнення максимальної незалежності від оточуючих в своєму повсякденному житті (самообслуговування, продуктивної діяльності, відпочинку та творчої діяльності). На сьогодні ерготерапія – це спеціальність, яка ґрунтується на науково доведених фактах про те, що цілеспрямована активність (діяльність), що має для людини сенс, допомагає покращити її функціональні можливості (рухові, емоційні, когнітивні, психічні).

В свою чергу, арт-терапія – це вид психотерапії та психологічної корекції, заснований на мистецтві та творчості. Арт-терапія сприяє психоемоційному розвантаженню й підвищенню функціонального стану пацієнта, сучасні методи якої включають в себе безліч видів та напрямків.

Таким чином, ерготерапія в поєднанні з арт-терапією є ефективним методом для розвитку функціональних можливостей для осіб з обмеженими можливостями, які необхідні для життєдіяльності, що дозволяє зробити висновок про необхідність застосування арт-терапії в професійній підготовці майбутніх ерготерапевтів з метою подальшого її інтеграції в практичну діяльність.

За кордоном ерготерапія застосовується в наступних закладах: в клініках і лікарнях – в галузі ортопедії, травматології, ревматології, неврології, геріатрії, педіатрії, психіатрії та психосоматики; в закладах для дітей-інвалідів – спеціальні шкільні, дошкільні та позашкільні навчальні заклади, центри корекційно-розвивального навчання і реабілітації; в геріатричних закладах; в закладах соціальної, медичної і професійної реабілітації, в майстернях для інвалідів; в соціальних медичних пунктах та при домашній реабілітації [1].

Отже, ерготерапія – це спеціальність, яка ґрунтується на науково доведених фактах того, що цілеспрямована активність допомагає поліпшити функціональні можливості людини (рухові, емоційні, когнітивні, психічні) і зробити її менш залежною від допомоги оточуючих.

Закордонний досвід підготовки ерготерапевтів в Україні є соціально значущий, він дозволить якісно здійснювати освітній процес студентів за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапія» для досягнення високого рівня знань, умінь та навичок в професійній діяльності і підвищити загальну психолого-педагогічну культуру спеціаліста.

 **1.2. Теоретичні засади застосування ерготерапфї в реабілітації хворих із наслідками мозкових інсультів**

Ішемічний інсульт посідає одне з провідних місць серед причин смертності і перше по інвалідизації населення.

За даними ВООЗ, смертність від інсульту в економічно розвинених країнах досягає майже 12%, поступаючись лише летальності від захворювань серця і онкологічної патології, що частіше спостерігаються в старших вікових групах [1, с. 63].

Профілактика, рання діагностика, лікування та реабілітація судинних захворювань головного мозку є однією з найактуальніших проблем в сучасній неврології. На думку дослідників, серед захворювань, що призводять до розвитку цереброваскулярної патології, на першому місці стоять артеріальна гіпертензія і атеросклероз [3, с. 287].

Саме тому особлива увага дослідників спрямована на розв’язання питань ранньої профілактики та превентивної реабілітації таких хворих.

За даними літератури, суттєвий інтерес неврологів і психіатрів зумовила проблема важких рухових порушень і деменції, що часто виникають унаслідок перенесеного інсульту.

Застосування різних проб і нейропсихологічних тестів дозволяє виявити особливості патологічних станів і пов’язаних із ними порушень [6, с. 64-65].

 Отже, потребують подальшого пошуку шляхи оптимізації змісту та поліпшення ефективності процесу реабілітації хворих із наслідками перенесеного інсульту головного мозку.

За сучасними науковими даними відомо, що метоюфізичної терапії постінсультних хворих є їх повернення до побутової й трудової діяльності, створення оптимальних умов для особистісної реалізації та активної участі в житті суспільства.

На думку дослідників, при проведенні відновного лікування хворих, які перенесли інсульт, важливо враховувати теоретичні уявлення про організацію фізіологічних і патологічних рухів, про формування компенсаторних процесів пошкоджених структур і порушених функцій, про функціональні системах організму.

Вчені вказують на вплив сенсорних і мовних симуляцій наефективність виконання фізичних вправ такими хворими. Вченими також встановлено, що на формування компенсаторних механізмів дуже впливає так званий зворотний зв'язок, що виявляється в сигналізації з зовнішньої і внутрішньої середовищ організму [1, с.17-18].

Реабілітаційне лікування хворих, які перенесли інсульт, ґрунтується також на концепції про системну організації мозкових функцій, що вказує на резервні можливості головного мозку при реорганізації його структур в умовах патологічного процесу.

Вченими встановлено, що така реорганізація викликає рухове перенавчання пацієнта, що, в свою чергу, призводить до відновлення (у важких випадках – компенсації) порушених функцій.

Ґрунтуючись на вказаних психофізіологічних механізмах відновного лікування таких хворих, вченими виділено та конкретизовано такі завдання, що мають бути розв’язані в процесі застосування фізичної терапії (реабілітації) постнінсультних хворих:

1) збереження або збільшення обсягу рухів, досягнення постуральной стабільності;

2) дотримання балансу тіла в положенні стоячи і сидячи;

3)профілактика контрактур;

4) купірування або зменшення больового синдрому [4, с. 49-51].

Для успішного проведення реабілітації хворих, які перенесли інсульт, необхідно оцінити функціональні можливості пацієнта, визначити його проблеми і план ведення, встановити конкретні цілі відновного лікування та терміни розширення рухового режиму [6, с. 7].

Індивідуалізація процесу фізичної терапії (реабілітації) постінсультних хворих має ґрунтуватись на суворому дотриманні таких принципів, як-от:

-індивідуальний підхід до визначення структури та змісту реабілітаційної програми;

-ранній початок;

-достатня тривалість і безперервність реабілітаційних впливів; дотримання етапності реабілітації (стаціонар -реабілітаційний центр-домашні умови);

-комплексний підхід до реабілітації.

За даними науковців відомо, що активна реабілітація постнінсультних хворих триває перші 12 місяців після інсульту, причому в перші 6 місяців процес йде найбільш швидко.

Тому, саме в цей період застосування методів і засобів фізичної терапії (реабілітації) виявляється найбільш ефективним, а результати рухової та психофізичної реабілітації виявляються кращими, ніж у наступних періодах відновного лікування.

У зв’язку з цим виникає питання щодо оптимальних строків початку активної рухової реабілітаціїпостінсультних хворих.

За науковими даними, при інфарктах мозку середніх розмірів реабілітаційні заходи необхідно починати з 5-7 дня (при відсутності протипоказань); при крововиливах – терміни переносяться індивідуально на більш пізні строки.

Вчені вирізняють такі основні напрямки реабілітації в гострому, підгострому й ранньому відновному періодах після перенесеного інсульту, що мають реалізовуватись згідно такого алгоритму рухової реабілітації постінсультних хворих:

• лікування положенням – профілактика контрактур;

• пасивні руху кінцівками;

•дихальна гімнастика;

• боротьба із сінкенезіями в паретичних кінцівках;

• пасивний, напівпасивний та активний перехід хворого із положення лежачи в положення сидячи;

• навчання стоянню;

• навчання ходьбі з чотирилапною тростиною;

• навчання ходьбі зі звичайною палицею;

• навчання ходьбі без додаткової опори.

Протипоказаннями для активізації є ознаки важкого набряку мозку, пригнічення свідомості до сопору або коми.

Обмеженнями до виконання активних рухів може виступати серцево-легенева недостатність, зниження серцевого викиду, наявність миготливої аритмії.

Отже, з перших днів після перенесеного інсульту з хворим проводять профілактику ймовірних контрактур шляхом укладання паралізованих кінцівок в природнє положення, пасивних рухів в уражених суглобах. Відомо, що в перші 3-4 тижні від моменту розвитку інсульту в паралізованих кінцівках досить швидко наростає м'язовий тонус.

За умови його ігнорування та відсутності спеціальних реабілітаційних заходів у пацієнта з’являються контрактури, а потім й анкілози, які можна буде усунути тільки хірургічним шляхом. Відновлення навичок сидіння та стояння також є важливою часткою реабілітаційного процесу постінсультних хворих.

Починають з імітації ходьби в ліжку.

Посадити хворого зі спущеними ногами дозволяється тільки на 5-му занятті.

Зазвичай активна гімнастика на 15-25 день після інсульту починається з утримання паралізованою (або паретичною) кінцівкою природного положення, що зберігається за рахунок м’язових зусиль реабілітолога.

Важливим етапом реабілітації таких хворих є повернення їхньої здатності до збереження вертикального положення.

Перед тим, як хворий встане з ліжка, йому призначають комплекс підготовчих вправ (пасивноактивні вправи типу їзди на велосипеді).

Після тривалого лежання хворому необхідно адаптуватися до вертикального положення тіла для уникнення ортостатичного колапсу.

На 6 тижні необхідно починати відновлення навички природної ходьби. Необхідно виділити три етапи опанування хворим навичкою ходьби:

1) ходьба з активною підтримкою з обох боків;

 2) ходьба з підтримкою з правого (лівого) боку;

3) самостійна ходьба без підтримки.

Отже, на ранньому етапі реабілітаціїсуттєву увагу необхідно приділяти відновленню рухів хворого, що є необхідними для самообслуговування під час прийому їжі, туалету, одягання, роздягання тощо.

 **1.3. Здоровʼязбережувальна діяльність ерготерапевтів у відновленні процесів життєдіяльності постінсультних хворих**

 У розрізі сучасних соціальних, медичних і педагогічних проблем особливої актуальності набуває проблема формування і розвитку професійної компетентності майбутніх ерготерапевтів.

Це зумовлює доцільність підвищення якості підготовки цих фахівців до застосування фізкультурно-оздоровчих технологій.

Узагальнення низки наукових розвідок [1; 2; 3] указує на те, що професійна компетентність – це інтегроване особистісне утворення, що визначається рівнем сформованості в фахівця професійно важливих знань, умінь, навичок та здатність доцільно їх застосовувати в процесі професійної діяльності, прогнозувати можливі наслідки й результат своєї праці. З огляду на це, виникає неoбхідність пошуку інноваційних фізкультурно-оздоровчих технoлoгій і включення їх в процес професійної підготовки майбутніх ерготерапевтів.

Серед означених технологій наразі набуває популярності фітбoлгімнастика, що є унікальнoю за механізмoм дії на oрганізм людини. Оздoрoвчий вплив вправ на фітболах підтвердженo дoсвідoм рoбoти спеціалізoваних кoрекційних та реабілітаційних медичних центрів Єврoпи.

Фітнес як система фізичних вправ фізкультурно-оздоровчої спрямованості. Серед сучасних фітнес-програм варті уваги кардіопрограми, програми силової спрямованості, "Mindbody" та функціональні тренування.

Зазначимо, що кардіопрограми спрямовані на поліпшення функціонального стану серцево-судинної системи, що виявляється в зниженні ЧСС, артеріального тиску в стані спокою та підвищенні максимального споживання кисню.

Програми силової спрямованості базуються на застосуванні силових навантажень задля корекції постави й профілактики захворювань опорно-рухового апарату. "Mindbody", або інтелектуальний фітнес включає компоненти східних систем фізичного виховання, що допомагають зосередитися на відчуттях власного тіла та розвивають координацію, гнучкість і рівновагу.

Метою різноманітних видів аквафітнесу є розвиток гнучкості й рухливості суглобів, зміцнення м’язів, стимулювання терморегуляції, м’язова релаксація.

Суттєвою перевагою аквафітнесу є те, що водними вправами можуть займатися люди з різним рівнем підготовки, а також після перенесених травм, з варикозним розширенням вен, надлишковою масою тіла та вагітні.

Йога-аеробіка – це поєднання статичних і динамічних асан, дихальних вправ, релаксації й стретчингу. Ці вправи підходять для осіб 18 різних вікових груп.

Рекомендовано з профілактичною і лікувальною метою при патології внутрішніх органів, нервової системи, опорнорухового апарату тощо. Вищевикладене дає підстави вважати, що застосування фізкультурно-оздоровчих технологій значно сприяє корекції функцій організму; оптимізації рухової активності; покращенню фізичних якостей та функціональних можливостей організму; загальному лікувальнооздоровчому впливу на організм людини.

Це, своєю чергою, забезпечує підвищення ефективності реабілітаційних заходів та скорочує тривалість відновного періоду.

Підсумовуючи вищевикладене, маємо підстави для висновку, що вектор підготовки майбутніх ерготерапевтів до здоров’язбережувальної діяльності повинен спрямовуватися на удосконалення змісту, форм і методів професійної підготовки фахівців та активізацію прагнення до саморозвитку й професійного зростання.

**РОЗДІЛ 2**

**Застосування засобів ерготерапії у відновленні процесів життєдіяльності постінсультних хворих**

**2.1. Сучасні підходи до реабілітації постінсультних хворих**

На сьогодні інсульт залишається провідною медико-соціальною проблемою в неврології, зважаючи на значний відсоток летальності і високий рівень інвалідизації постінсультних хворих. За даними ВООЗ інсульт посідає друге місце за смертністю в Україні, а за інвалідизацією – перше місце [2].

Статистичні дані МОЗ України свідчать, що найчастіше інсульт відзначається в осіб працездатного віку (приблизно 35,5%).

Унаслідок мозкового інсульту 30–40% хворих помирають упродовж перших 30 днів і до 50% – впродовж одного року від початку захворювання, 20–40% пацієнтів, які вижили, стають залежними від сторонньої допомоги і лише 10% повертаються до повноцінного життя.

Найбільш тяжкою формою гострого порушення мозкового кровообігу є геморагічний інсульт, 90% випадків якого закінчується летально.

Смертність внаслідок ішемічного інсульту становить приблизно 22%. У структурі гострих порушень мозкового кровообігу домінує ішемічний інсульт, який складає 80% випадків; відповідно, геморагічний інсульт становить 20% випадків.

На сьогодні спостерігається негативна тенденція до збільшення частоти захворюваності на інсульт. Так, за останні 10 років захворюваність на мозковий інсульт в Україні зросла на 5% [7].

На сучасному етапі науковцями активно здійснюється пошуки нових підходів до реабілітації постінсультних хворих, яка підпорядковується загальним принципам відновлювальної стратегії та тактики: ранній початок реабілітаційних втручань, комплексність, мультидисциплінарність, соціальна спрямованість, систематичність і послідовність, тривалість, а також систематичний контроль ефективності реабілітації.

Важлива роль в системі комплексної реабілітації постінсультних хворих належить кінезіотерапії та ерготерапії.

Ерготерапія спрямовується на покращення функціональних можливостей (рухові, сенсорні, емоційно-вольові, когнітивні, психічні), відновлення втрачених функцій, досягнення максимальної самостійності і незалежності людини в побуті, соціальну адаптацію і покращення якості її життя в цілому [5, с. 20].

Наразі у багатьох визнаних моделях і програмах з нейрореабілітації ерготерапевти є обов’язковими членами мультидисциплінарної команди фахівців. Аналіз останніх досліджень і публікацій.

Ерготерапія – міждисциплінарна спеціальність, що інтегрує знання з психології, педагогіки, соціології, біомеханіки і фізичної терапії. Методологічною основою ерготерапії є Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров’я (МКФ) та проблемно-орієнтований підхід у реабілітації [9, с. 68–73].

У світі наразі функціонують такі спілки й організації ерготерапевтів як:

Всесвітня федерація ерготерапевтів (The World Federation of Occupational Therapists, WFOT);

Національна спілка з розвитку ерготерапії (National Society for the Promotion of Occupational Therapy – NSPOT);

Рада ерготерапевтів європейських країн (Council of Occupational Therapists of the European Countries, COTEC);

Європейська мережа закладів вищої освіті з ерготерапії (The European Network of Occupational Therapy in Higher Education, ENOTHE);

Шведська асоціація ерготерапевтів (The Swedish Association of Occupational Therapists, FSA);

Німецька спілка ерготерапевтів (German Association of Occupational Therapists, Deutscher Verband der Ergotherapeuten);

Американська асоціація ерготерапії (The American Occupational Therapy Association, AOTA);

Канадська асоціація ерготерапевтів (Canadian Association of Occupational Therapists) тощо [10, с. 412].

Натомість у нашій країні ерготерапія знаходиться на початковому етапі свого розвитку.

Окремі аспекти ерготерапії та кінезітерапії в системі комплексної реабілітації постінсультних хворих висвітлено в наукових працях Г. Гайгера [3], Н.І. Піонтківської, Ю.В. Фломіна, Н.І. Самосюк [8], Н.А. Супонєвої, М.Н. Мальцевої, О.О. Зіміна [9] та ін.

Науковці відзначають складність відновлення порушених функцій та труднощі і тривалість соціально-побутової адаптації постінсультних хворих, що вимагає пошуку нових і вдосконалення існуючих підходів до реабілітації хворих цієї нозології.

Інсульт – гостре порушення мозкового кровообігу різної локалізації й поширеності, що викликає морфологічні зміни в тканинах мозку і порушення функцій ЦНС.

Розрізняють геморагічний (крововилив у мозок чи його оболонки) та ішемічний (стеноз, спазм або блокуванням судин тромбом чи емболом) інсульти. У клінічній практиці ішемічний інсульт поіншому називають «інфаркт мозку» [6, с. 65].

Геморагічний інсульт є однією з найтяжчих форм цереброваскулярної патології, що часто супроводжується набряком головного мозку та відзначається високим рівнем інвалідизації.

У хворих після перенесеного інсульту спостерігаються різні порушення: рухові (геміпарез, атаксія, дисфагія), сенсорні (гемігіпестезія, геміанопсія), когнітивні (амнезія, афазія, виконавча дисфункція, апраксія, агнозія) й емоційно-вольові (апатія, депресія, агресія) [1].

Спонтанне відновлення порушених функцій при інсульті у більшості випадків триває протягом 3 місяців від моменту захворювання, для когнітивних порушень (афазія, неглект та ін.) цей період є більш тривалим [8].

Етапи реабілітації постінсультних хворих залежать від періодів інсульту. Розрізняють такі періоди реабілітаційного відновлювання після інсульту [6, с. 67]:

1. гострий – до 6-и тижнів;

2. ранній відновлювальний – від 3-х до 6-и місяців;

3. пізній відновлювальний – до 1-ого року;

4. резидуальний – понад 1 рік.

Метою фізичної реабілітації постінсультних хворих є інтенсифікація спонтанного відновлення, а при неможливості істинного відновлення або реорганізації порушених функцій реабілітаційні заходи спрямовуються на реадаптацію пацієнта.

Отже важливим принципом реабілітації таких хворих є їх рання активізація і мобілізація. При цьому науковці зазначають, що відсутність реабілітаційних втручань до кінця першого місяця від початку хвороби суттєво знижує можливості хворих щодо відновлення рухових функцій паретичних кінцівок.

Найбільш активно відновлення рухових дисфункцій при інсульті відбувається в перші 3–6 місяців захворювання.

Відновлення складних рухових навичок таких як, самообслуговування, побутових та трудових навичок може тривати від 1 до 2 років.

Провідним засобом відновлення моторики в постінсультних хворих є кінезітерапія, що включає індивідуально підібрані методики лікувальної гімнастики, активно-пасивні техніки, рефлекторні вправи тощо [4, с. 21–22].

На кожному етапі реабілітації реалізуються конкретні завдання: у гострому періоді терапія спрямується на підтримку та збереження життя пацієнта, а основним завданням реабілітації є профілактика ускладнень (пролежні, тромбоемболія, застійні явища респіраторної системи, контрактури) та поступова активізації хворого за умови стабілізації життєвоважливих функцій.

Тривалість гострого періоду в середньому становить при ішемічному інсульті – 1–4 тижнів, при геморагічному – 1,5–6 тижнів.

У ранньому відновлювальному періоді реабілітаційні заходи спрямовуються на розвиток активних рухів, зниження спастичності, пригнічення синкінезій, відновлення і вдосконаленні локомоторних функцій, підвищення витривалості до фізичних навантажень, тренування стійкості вертикальної пози (рівноваги), навчання навичок самообслуговування, елементарних трудових дій [4, с. 23–24].

У пізньому відновлювальному й резидуальному періодах реабілітація спрямовується на компенсацію порушених функцій та реадаптацію пацієнта. Акцент здійснюється на тренуванні стійкості вертикальної пози, утриманні балансу і вдосконаленні ходьби, тренуванні побутових навичок й елементів самообслуговування, закріпленні окремих рухів [6, с. 88].

Надання соціально-медичної допомоги постінсультним хворим здійснюється в рамках комплексної реабілітаційної програми із залученням фахівців мультидисциплінарної команди (МДК), яка складається з: членів сім’ї чи осіб, які доглядають за пацієнтом, невропатолога, реаніматолога, лікаря лікувальної фізкультури (ЛФК), фахівців з фізичної реабілітації (кінезітерапевта, ерготерапевта), логопеда-афазіатора, психолога та ін.

Реабілітаційна програма розробляється індивідуально, з урахуванням тяжкості та наслідків інсульту, проблем та потреб пацієнта [7].

Визначальна роль у підборі методів та засобів індивідуальної програми реабілітації для постінсультного хворого належить, насамперед, фахівцям з фізичної реабілітації – ерготерапевту та кінезітерапевту.

Кінезітерапевт – фахівець з відновлення втрачених/порушених рухових можливостей, сенсорних порушень, який володіє спеціалізованими прийомами і методами, що допомагають відновити у пацієнта нормальний рух у суглобах та м’язах, відновити навички самостійного сидіння, стояння, пересування, та надає рекомендації щодо практичних занять для зміцнення та відновлення організму [8].

 Методичні особливості кінезітерапії полягають у багатократному тренуванні ізольованих рухів з поступовим переходом від одного виду руху на інший, повторенні складноорганізованих рухів, які потребують більш точної координації та рівноваги.

При вираженій астенії і загальній слабкості хворого доцільним є проведення занять під час гідротерапії або у спеціальних приладах-підйомниках [8].

Ерготерапевт – фахівець з відновлення або розвинення функціональних можливостей (рухових, сенсорних, психічних), втрачених умінь і навичок, що забезпечують незалежність людини у повсякденному житті, шляхом включення її в різні види діяльності (соціально-побутова, навчально-трудова, рекреаційна), які мають для неї сенс, а також адаптації довкілля до проблем та потреб людини.

Ерготерапія передбачає відновлення і розвиток активності осіб з обмеженими можливостями в усіх сферах їх життєдіяльності: активність у побуті (навички самообслуговування, комунікація і соціалізація, мобільність у громаді та ін.), активність у праці і продуктивній діяльності (виконання домашніх обов’язків, турбота та догляд за іншими людьми, навчання, праця), активність у відпочинку (вибір ігор, виду відпочинку, хобі та ін.) [5].

При складанні ерготерапевтичної програми для конкретного пацієнта враховуються його індивідуальні можливості, здібності, звички, переваги, спосіб життя, особливості оточуючого середовища, та акцентується увага на проблемах, пов’язаних з обмеженням діяльності в повсякденному житті.

Фахівці з ерготерапії допомагають правильно облаштувати помешкання пацієнта, підібрати необхідні технічні засоби та спеціальні пристосування, які дозволять полегшити повсякденну життєдіяльність та підвищити рівень незалежності пацієнта від оточуючих.

У світовій практиці програма фізичної терапії для постінсультних хворих передбачає комплексне використання реабілітаційних засобів і методів.

На основі аналізу існуючих реабілітаційних втручань для постінсультних хворих науковцями (Н.І. Піонтківська, Ю.В. Фломін, Н.І. Самосюк) виокремлено такі:

- позиціонування – викладання пацієнта у фізіологічно правильне положення з метою профілактики патологічних поз, болю, контрактур;

- тренування мобільності – спрямоване на тренування навичок переміщення в ліжку (повертання на бік, сідання, вставання), ходьби по прямій поверхні, через перешкоди або по сходах;

- відновлення амплітуди рухів – передбачає виконання пасивних й активних вправ, спрямованих на зниження спастичності, відновлення рухливості в суглобах;

- силове тренування – спрямоване на покращення м’язової сили та координації рухів; - кардіотренування – використання спеціальних аеробних (циклічних) вправ помірної інтенсивності впродовж тривалого періоду; - тренування перенесення ваги тіла;

- метод «дзеркальної» терапії – дозволяє відновити функцію ураженої кінцівки шляхом зворотного візуального зв’язку;

- ортезування;

- відновлення навичок самообслуговування;

- вправи для дрібної моторики;

- вправи на покращення координації та рівноваги;

- методика тимчасового обмеження активності неураженої кінцівки – при тренуванні та відновленні функцій в ураженій кінцівки обмежується використання здорової кінцівки;

- когнітивне тренування – спрямоване на покращення пам’яті, уваги, мислення, зменшення проявів апраксії;

- сенсорне тренування – комплексний вплив на всі органи відчуття, спрямований на відновлення сприймання схеми-будови тіла, чутливості ураженої половини тіла, зменшення наслідки агнозій та неглекту;

- дихальні вправи – передбачають покращення вентиляції легень, підвищення екскурсії грудної клітки, евакуації секреції з метою профілактики дихальних порушень та ускладнень;

- адаптація оточуючого середовища чи помешкання – з метою підвищення рівня безпеки пацієнта та функціональної незалежності;

- кінезіотейпінг – передбачає використання клейкої еластичної стрічки з метою зменшення набряку, болю та активізації рухів у паретичних кінцівках;

- роботизована механотерапія – використання роботизованих пристроїв в умовах ігрового або віртуального середовища для тренування функцій кінцівок, що передбачає наявність зворотного зв’язку;

- арт-терапевтичні технології [1; 8].

Серед авторських методів, що використовуються в системі фізичної реабілітації постінсультних хворих, відзначають такі:

- метод Бобат – спрямовується на відновлення паралізованих/паретичних м’язових груп, зниження м’язової спастики, покращення координації рухів, навчання активних рухів, необхідних для повсякденного життя;

- методика за Шеррінгтоном – застосовується для усунення м’язової спастики;

- метод за Джонстоном – це комплекс рухів, спрямований на регулювання тонусу, зниження м’язової спастики, поліпшення стабільності тулуба і проксимальних суглобів кінцівок, з використанням надувних бандажів, так званих «Сплінтс», що дозволяє відновити правильні рухові навички;

- метод Роода – передбачає активування паралізованих м’язів із застосуванням локальних термічних і механічних подразників для нейром’язової фасилітаціі глибоких м’язів, використання швидкого розтягування м’язів як пропріоцептивного подразника з одночасним проведенням інгібіції м’язів-антагоністів;

- метод Войта – відновлення моторних функцій за принципом рефлекс- локомоції, що дозволяє відновити природні патерни рухів шляхом впливу на певні точки організму при певному положенні тіла, внаслідок чого стимулюються вроджені рефлекси пацієнта;

- метод Бруннштрома – активація паралізованих м’язів кінцівки з одночасною контракцією проксимальних м’язів тієї ж кінцівки або з одночасною контракцією м’язів протилежної кінцівки;

- метод Аффолтера – метод впливу на тактильні відчуття, доступних для сприйняття хворого.

Можливість сприймання дотиків, виконання рухів, пересування предметів тощо – допомагає пацієнтові встановити контакт з довкіллям;

- метод Тауба – вимушене використання паралізованої кінцівки при іммобілізації здорової руки;

 - методика Перфетто – комплекс когнітивних вправ, спрямованих на тренування дрібних, тонко-моторних рухів, з чітким принципом від простого до складного;

- метод Брюггера – заснований на утриманні певного положення тіла з метою нівеляції больового синдрому, що забезпечує корекцію статики всього тіла, зменшуючи м’язові скорочення [3, с. 47–48].

Аналіз сучасних поглядів на проблему реабілітації постінсультних хворих дозволив визначити роль кінезіотерапевта і ерготерапевта у функціональному відновленні та реадаптації таких пацієнтів. З’ясовано, що методологічним підґрунтям розробки індивідуальної програми реабілітації постінсультних хворих є мультидисциплінарний і проблемно-орієнтовний підходи.

 На сьогодні у фахівців з фізичної терапії та ерготерапії накопичено значний арсенал засобів і методів постінсультної реабілітації, грамотний підбір яких дозволяє інтенсифікувати процес відновлення порушених функцій та мобілізувати адаптаційні ресурси постінсультних хворих.

**2.2. Результати дослідження застосування засобів ерготерапії у поєднанні з методами фізичної реабілітації для постінсультних хворих**

Дослідження проводиться на базі неврологічного відділення.

Програма ерготерапії у поєднання з засобами фізичної реабілітації розроблена для 16 хворих осіб з різними функціональними порушеннями, які перенесли мозковий інсульт.

Середній вік досліджуваних – 66 років.

У досліджуваних обох сформованих груп відмічалися різні функціональні розлади рухової сфери.

Для хворих основної групи (ОГ) – запропоновано програму ерготерапії у комплексі із засобами фізичної реабілітації, а хворим групи порівняння (ГП) – тільки основну частину програми, яка включала ЛФК, масаж, лікування положенням.

Хворі після інсульту не завжди можуть повернутися до колишньої трудової діяльності, їм необхідно переучуватися й опановувати посильну роботу.

Головним завданням ерготерапії є поступова адаптація хворого до відновлення побутових навичок й елементів самообслуговування.

Під час занять з ерготерапії чергується робота з відпочинком, використовуючи вправи на розслаблення, здійснюється постійний контроль за реакцією хворого на навантаження.

Заняття проводиться щоденно, протягом однієї години, після масажу і ЛФК.

Лікування положенням проводиться зранку до застосування масажу, ЛФК і ерготерапії, та після основних процедур.

Для урізноманітнення видів праці за методикою ерготерапії їх розділено на категорії:

І категорія – підсобні роботи.

Сюди входять побутові роботи, аналогічні господарській роботі по системі самообслуговування в рамках необхідності відділення (витирання пилу, миття підлоги, підмітання підлоги, застілання ліжок та ін.).

ІІ категорія – ручна праця з елементами різних операцій або із застосуванням ускладнених механізмів: складати кубики, знімати й надягати кільця пірамідки, закривати і розкривати коробочки, застібати ґудзики, зав’язувати стрічечки, шнурувати пояс, застібання ґудзиків і зав’язування стрічечок на собі, стискання, підкидання м’яча ураженою рукою, кидання м’яча об підлогу здоровою рукою й ловлення ураженою рукою.

ІІІ категорія – відновлення побутових навичок у хворих після інсульту з використанням спроб самостійного одягання, взування, приймання їжі, чищення зубів, причісування, гоління, макіяжу, особиста гігієна та ін.

IV категорія – творчі види праці.

Для цього хворим надаються різноманітні художньооформувальні засоби за допомогою, яких вони розвивали свою уяву та координаційно-маніпуляційні функції рук.

Художньо-оформувальними засобами виступають – папір та фарби, олівці, пластилін, різноманітні види насіння, сірники та багато іншого.

Хворим доводиться разом із методистом малювати, ліпити, складати, маніпулювати дрібними предметами.

Інколи заняття по категорії IV проходять у вигляді гри. Для цього, наприклад, всі хворі отримують завдання намалювати дім, або ліс, зліпити сонце або тваринку, викласти певну фігуру із дрібних предметів. В кінці заняття визначаються кращі роботи, для стимуляції активного втручання хворих у реабілітаційний процес.

Загалом заняття із ерготерапії повинні проходити у спокійній та витриманій атмосфері. Хворі повинні намагатися не тільки виконувати завдання самостійно, але і допомагати іншим.

На кожному занятті із ерготерапії використовуються певні елементи з різних категорій. Наприклад, витирання пилу, застібання ґудзиків, зав’язування стрічок, елементи самообслуговування і в кінці творча праця – малювання або ліплення.

Лікувальна фізична культура. Завдання: загальнотонізуючий вплив, поліпшення трофіки тканин паретичних кінцівок, зниження гіпертонусу м’язів, протидія синкінезіям, профілактика контрактур, туго рухливості, м’язової атрофії, тренування активних рухів у паретичних кінцівках. Відновлення навичок ходьби.

Розвиток побутових і трудових навичок. Вихідне положення: лежачи, сидячи, стоячи з опорою, стоячи.

Застосовуються: активні вправи для здорових і паретичних кінцівок, дихальна гімнастика, навчання м’язового розслаблення, синхронне виконання вправ для здорових і паретичних кінцівок, вправи із предметами, з обтяженням, ходьба з опорою, за допомогою, пригнічення синкінезій вольовим зусиллям, механотерапія.

Темп середній, амплітуда – від малої до повної.

Тривалість заняття 30 – 45 хв (за можливості 2 рази на день).

Масаж. У програму ерготерапії у поєднанні з засобами фізичної реабілітації включений масаж верхніх кінцівок.

Методичні рекомендації: масаж виконується перед заняттям із ерготерапії; кожен прийом повторюють 3 – 4 рази; під час перших 3-х процедур масажують тільки дистальні відділи верхніх кінцівок, а вже на 4 – 5 процедурі включають верхні відділи рук та деяких грудних м’язів; при масажі кисті, утримують ІІІ – V пальці в положенні розгинання, а І палець в положенні відведення; до масажу включають пасивні вправи на розтягування спастичних м’язів хворої кінцівки.

Лікування положенням. Для уникнення розвитку патологічних поз, які є характерні після інсульту, а особливо основній патологічній позі, ураженим кінцівкам надають положення, яке є протилежне позі Верніке-Манна. Проводиться укладання уражених кінцівок в положенні лежачи на спині і здоровому боці. Кожні дві години змінюють розгинальне положення кінцівок на згинальне і навпаки. Лікування положенняи не використовують під час масажу, занять ЛФК і ерготерапії.

Основні лікувальні положення в які вкладають хворих:

а) укладання на здоровому боці – виконують з наданням кінцівкам згинального положення.

Руку згинають в плечовому та ліктьовому суглобі та кладуть на подушку, ногу згинають в кульшовому, колінному і гомілковостопному суглобах та під уражену ногу підкладають подушку;

б) укладання в положення на хворому боці – голову кладуть в зручне положення для пацієнта, тулуб трохи повернутий і підтримується валиком зі сторони спини та ноги. Розташування руки зі сторони геміплегії: рука відведена від тулуба на 90° та ротована назовні, в ліктьовому та променевозап’ястковому суглобах – максимальне розгинання і пальці розігнуті.

Положення ноги зі сторони ураження: стегно розігнуте, невелике згинання в колінному суглобі. Положення здорової руки: лежить на тулубі чи подушці. Положення здорової ноги: лежить на подушці, ледь зігнута в колінному та кульшовому суглобах, в положенні кроку;

в) укладання в положенні на спині: голову розташовують на подушці, шию не згинають, плечі мають лежати на подушці. Уражена рука лежить рівна вздовж тулуба на подушці, пальці вирівняні. Стегно ураженої ноги вирівняне, також під колінний суглоб можна підкладати невеликий валик.

Отже, встановлено основні наслідки та ускладнення, які виникають після інсульту і стають на перешкоді проведенню ефективного реабілітаційного втручання.

Зокрема, такі наслідки і ускладнення: паралічі та парези кінцівок, зміни тонусу м’язів паретичних кінцівок, постінсультні трофічні порушення, порушення чутливості, центральний больовий синдром, мовні порушення, порушення вищих психічних функцій та зорові порушення [2].

У обстежених постінсультних хворих в процесі формуючого експерименту виявлено різні функціональні розлади та значне зниження навиків самообслуговування.

 За результатами дослідження вихідних даних фізичного стану хворих після перенесеного інсульту встановлено, що процес відновлення втрачених функцій після перенесеного інсульту в абсолютній більшості хворих даної групи незадовільний.

Отже, згідно з результатами проведеного дослідження, застосування ерготерапії у поєднанні із засобами фізичної реабілітації є одним із найкращих факторів в плані відновлення постінсультних хворих.

Проведення ерготерапії сприятливо впливає як на ступінь відновлення тих чи інших функцій постінсультних хворих, так і на рівень їх незалежності при виконанні усіх основних видів побутової діяльності.

Раціональне використання ерготерапії прискорює відновлення м’язової сили, нормального об’єму рухів в суглобах, координації рухів, тобто працездатності рухового органу [4].

В процесі проведення занять перевіряється функціональна здатність хворого, здатність його до певної праці, вирішується питання про повернення до попередньої трудової діяльності та ін.

Відновні види ерготерапії показані при всіх видах контрактур, обмеження рухливості в суглобах, а також для їх профілактики при постінсультних ускладненнях.

Задача відновлення рухової функції досягає за допомогою розвитку тимчасово утрачених хворим рухових можливостей абр шляхом пристосування (адаптації) його до праці.

Розроблена програма фізичної реабілітації постінсультних хворих передбачає реалізацію таких засобів – ерготерапія у поєднанні з масажем, ЛФК, лікування положенням.

Особливістю ерготерапії є використання різних видів праці, яка включає підсобні роботи, просту ручну одноманітну працю, творчі види праці.

**2.3. Ерготерапія в реабілітації хворих після перенесеного ішемічного інсульту**

 Ерготерапія вивчає методи і засоби відновлення рухової активності кінцівок за допомогою різних тренажерів, ігрових та ситуативних завдань. Ерготерапія направлена на зцілення через діяльність.

Ще Сократ вважав, що «людина обов’язково повинна займатись якоюсь працею, а не лише віддаватися розвагам, в інакшому випадку вона не може мати гарний стан тіла та духу».

Ерготерапія - це міждисциплінарна методика, в центрі якої стоять потреби пацієнта бути активним, функціональним, пристосованим і задоволеним життям.

Фахівці з ерготерапії відіграють ключову роль у відновлені втрачених функцій пацієнта та повернення його до соціуму, продуктивної активної діяльності. Вони заохочують, розвивають, відновлюють та підтримують навички, необхідні для незалежного функціонування та благополуччя в повсякденній діяльності особи з інсультом.

Фізичний терапевт працюючи з загальними порушеннями має на меті відновлення функції, а ерготерапевт , адаптовуючи до повсякденного життя, виводить пацієнта на рівень участі по Міжнародній класифікації функціональності (МКФ), з урахуванням наявних фізичних обмежень постінсультних осіб.

Важливими завданнями фізичної терапії є покращення якості життя, повернення людини до звичайної діяльності, можливість не тільки самостійно обслуговувати себе, а й урізноманітнити своє дозвілля, і навіть почати працювати.

Саме ерготерапія покликана реалізувати ці завдання. Ерготерапія пропонує унікальний міждисциплінарний реабілітаційний підхід, який поєднує терапевтичну програму реабілітації, абілітації (абілітація – система заходів та соціальних послуг, спрямованих на опанування особою знань та навичок, необхідних для її незалежного проживання в соціальному 49 середовищі: усвідомлення своїх можливостей та обмежень, соціальних ролей, розуміння прав та обов'язків, уміння здійснювати самообслуговування) та компенсації (адаптації).

Абілітація спрямована на здобуття нових навичок та вмінь для виконання завдань у повсякденному житті. Компенсація або адаптація є невід’ємною та творчою частиною ерготерапії, яка дає можливість людям брати участь у повсякденному житті, незважаючи на обмежені можливості свого організму.

За відсутності необхідної функції організму, людина використовує додаткові засоби та адаптовані способи виконання дій. Прикладом адаптації людини із інвалідністю може бути використання протезів людьми із ампутаціями, комп’ютерних систем людьми із паралічем усіх кінцівок, створення адаптованих столових приборів для самостійного харчування, використання альтернативного методу одягання сорочки, або навіть пристосування ванної кімнати до потреб людини, яка користується інвалідним візком.

Компенсація або адаптація є невід’ємною та творчою частиною ерготерапії, яка дає можливість людям брати участь у повсякденному житті, незважаючи на обмежені можливості свого організму. За відсутності необхідної функції організму, людина використовує додаткові засоби та адаптовані способи виконання дій.

Існує багато методів ерготерапії, наприклад: функціональні ігри, мобілізація суглобів, захист суглобів (консультації та навчання), тренування функції м'язів, регулювання тонусу м'язів, тренування координації, навчання малим правильним рухам, тренування чутливості, тренування сприйняття, тренування написання текстів, арт-терапія (плетіння, малювання, вільна творча робота з різних матеріалів з метою отримання видимих результатів і, як наслідок, незабутніх вражень від успіху) та інші навчання навичок, що необхідні в повсякденному житті.

Метою ерготерапії є покращення якісної складової життя людей, які внаслідок певної хвороби або травми втратили рухові здібності, не можуть координувати свої рухи і робити звичні справи, а також соціальна адаптація людини до повсякденної діяльності,звичайного режиму дня і незалежності у побуті.

Ерготерапія не завжди ліквідує наслідки інсульту.

Її метою є покращення можливостей та впевненості пацієнта, щоб він міг продовжувати свою повсякденну діяльність, незважаючи на порушення внаслідок судинної катастрофи.

З цією метою забезпечують умови, що повторюють або симулюють обстановку кухні, ванної кімнати, офісу, саду, в яких навчають або адаптують до виконання різних навичок, які мають функціональну цінність для пацієнта.

Найважливіше завдання ерготерапії – допомога у вирішені конкретних проблем, які виникають у пацієнта при виконанні нормальних повсякденних справ, для цього він повинен виконувати різні вправи, наприклад, відкривання двері, малювання якоїсь фігури (кола) тощо.

Також завданням є тренування рухів та пересувань, емоційна регуляція,розвиток сенсомоторики.

Контролюючи процес, ерготерапевт усвідомлює для себе фактичне обмеження обсягу рухів пацієнта та складає індивідуальний план терапії для хворог.

Ці завдання реалізуються через різноманітні вправи: малювання, перекладання предметів, кидання предметів в ціль, відкривання пляшок, набирання номеру телефону, багато іншого.

Всі вправи для ерготерапії підбираються суворо індивідуально і залежать від цілей реабілітації та стану пацієнта. Ерготерапія потребує зосередженості та постійних тренувань. За цих умов спостерігається позитивна динаміка.

По МКФ ерготерапія спрямована на пристосування пацієнта до навколишнього середовища і навколишнього середовища до пацієнта, що робить можливими його громадська участь та поліпшення якості життя.

Для досягнення цих цілей основними завданнями ерготерапії можна назвати наступні:

• запобігання формуванню патологічних видів постави;

• поліпшення сприйняття сенсорних подразнень в сенсі нормалізації сприйняття аферентних сигналів, кращої фільтрації та оцінки сприйняття, стабільності голови і корпусу, регулювання м'язового тонусу;

• відновлення грубої і дрібної моторики;

• відновлення координації, спритності, сили, витривалості;

• тренування трансферу (ліжко - стілець - туалет - крісло-каталка - автомобіль);

• тренування побутових і комунікативних навичок;

•відновлення нейропсихологического дефіциту, поліпшення когнітивних функцій, розвиток і поліпшення здібностей управління емоціями, афектами і комунікаційними здібностями;

• тренування письма;

• навчання компенсаторних функцій, консультування щодо необхідних допоміжних технічних засобів для самообслуговування в побуті;

• пристосування умов робочого місця і професійна інтеграція. Попри всю різноманітність існуючих форм і методів ерготерапіі можна виділити три основних терапевтичних підходи:

• підходи, сфокусовані на компетентність: вибіркове використання ремісничих технік, вправ з життєвого і практичного досвіду, придбання втрачених здібностей, тренування навичок;

• підходи, сфокусовані на креативність: застосування терапевтичних засобів у творчій формі як засіб самовираження і комунікації (із застосуванням прийомів, що роблять можливим емоційний зближення людей);

• підходи, сфокусовані на інтерактивність, процеси групової динаміки (взаємодія, дискусія в групі).

Чотири основні види ерготерапії, що застосовуються при відновлювальному лікуванні постінсультних хворих:

1) моторно-функціональний,

2) сенсомоторно-пропріоцептивний,

3) нейропсихологічний,

4) психофункціональниий.

При цьому моторно-функціональна ерготерапія покликана поліпшити моторні можливості, витривалість пацієнта, сенсомоторно-перцептивна призначена для поліпшення чуттєвого сприйняття, регуляції тонусу, координації рухів, нейропси хологічні методи покращують когнітивні можливості, концентрацію, увагу, реакцію, психофункціональні нормалізують ситуативну поведінку, сприяють зміцненню мотивації і комунікації, розвитку соціоемоційної компетенції і здатності пацієнта до інтеракції.

Сучасна ерготерапія у постінсультних хворих передбачає комплексне застосування всіх компонентів в залежності від показань.

 Важливим етапом в навчанні самообслуговування є повернення хворого в будинок, в сім'ю і пристосування його до життя в своєму будинку, де продовжують вироблятися і закріплюватися навички, необхідні йому для нових умов.

Фахівці з ерготерапії допомагають людям облаштувати своє помешкання для підвищення рівня безпеки, усунення бар’єрів, що сприятиме функціональній активності, наприклад установка поручнів у ванній кімнаті.

Крім навчання самообслуговування в умовах реабілітаційних установ можливе застосування і інших методів ерготерапії: активного( «тонізуючий») і функціонального.

Активна («тонізуюча») ерготерапія має в основному психотерапевтичне значення, підвищує емоційний тонус хворого, створює позитивний фон настрою, відволікає увагу від хвороби.

Функціональна терапія спрямована на використання різних видів трудової і побутової діяльності з метою розробки рухів в тих чи інших м'язових групах.

Наприклад, роботу на ніжній швейній машинці можна використовувати для відновлення рухів в стопі.

Професійна ерготерапія не може бути здійснена в умовах медичних реабілітаційних установ (в реабілітаційних стаціонарах, поліклінічних центрах, відділеннях відновного лікування лікарень і поліклінік) і виходить за рамки медичної реабілітації,тобто власне відновного лікування.

У пацієнтів, які перенесли інсульт ерготерапія починається на стаціонарному етапі.

Для проведення занять у відділеннях повинні бути навчальні приміщення, в яких відтворюється обстановка кухні, туалету, ванної кімнати, де хворі навчаються побутовим навичкам, а також спеціалізовані трудові майстерні в реабілітаційних підрозділах.

Заняття можуть проходити як в індивідуальній формі (навчання навичкам вставання, утримання рівноваги, вміння одягнути себе і т.д.), так і в групі (різні ігри, творчі завдання - в'язання, ліплення, спів тощо).

Тренування щодо покращення персональних навичок повсякденної активності рекомендовані всім пацієнтам, що перенесли інсульт, залежно від індивідуальних потреб і з урахуванням функціонального дефіциту можуть починатися вже в гострому періоді інсульту (залежно від стану хворого).

Рекомендована тривалість занять, що проводяться щодня або через день, становить 20-40 хв.

Навчання щоденним побутовим видам діяльності, спрямованих на самообслуговування, починається в гострому періоді, коли хворий знаходиться в ліжку.

Використовують рухи здорової сторони, які збереглися, поступово, при появі активних рухів в ураженій стороні, їх включають у діяльність (головним чином, як допоміжні).

Відновлення включає в себе задіювання предметів середовища - пульт управління ліжком, посуд, що розташовується на тумбочці і т.п.

Також, використовують всі види діяльності доступні лежачому або сидячому пацієнту - читання книг (утримання, перегортання), використання планшетів і смартфонів, види хобі (в'язання, плетіння, збирання моделей, шахи, кросворди, збирання пазлів і т.п.).

Діяльність повинна бути доступною, такою, щоб пацієнтміг її виконати,з підтримкою (психологічною, адаптаційною, технічною) або без, яка не втомить пацієнта, що виконує завдання реабілітації. Тобто як тільки активні рухи стають доступними для пацієнта.

Це найбільш ранній і найпростіший метод набуття пацієнтом самостійності, незалежності від оточуючих. Включає в себе відновлення навичок самостійного вставання з ліжка, вмивання, приймання їжі, одягання, взування, ходіння, користування туалетом.

Поступово сфера цих дій розширюється. Хворий навчається прибирати ліжко, складати речі в тумбочку, користуватися холодильником, замикати двері на ключ, гасити і запалювати світло, ходити по сходах, користуватися ліфтом, надягати верхній одяг, виходити на вулицю і т. д.

Для таких тренувань в лікувальних установах виділяють спеціально обладнану кімнату з набором побутових приладів або стендами, на яких вони змонтовані і укріплені. В подальшому ерготерапевт вирішує конкретні проблеми, які виникають у людини в процесі виконання якихось звичайних дій.

Щоб виявити їх, він може попросити виконати якесь завдання – написати, намалювати, відкрити пляшку або зав'язати шнурки на черевиках. Спостерігаючи за виконанням завдання, ерготерапевт визначає труднощі і обмеження у виконанні дії пацієнтом.

Ерготерапевти, використовуючи кваліфіковане спостереження, конкретно визначають, які навички є ефективними або неефективними під час виконання занятості, а саме: моторні навички – це спостереження за тим, як клієнт рухається і взаємодіє з об’єктивними завданнями та середовищем; аспекти рухової навички включають поставу, рухливість, координацію рухів, силу й енергію; процес реалізації навичок – це спостереження за тим, наскільки вміло клієнт управляє і змінює дії під час виконання завдання; аспекти процесу застосування навички включають енергію, знання, тимчасову організацію, організацію простору й об’єктів, a також адаптацію; приклади продуктивності специфічного процесу навичок включають підтримку уваги на завданні, вибір відповідного інструменту та матеріалу для виконання цього завдання, логічну організацію робочого простору або відповідність методу виконання завдання у відповідь на проблему; звʼязок/взаємодія навичок – це спостереження за тим, як вправно клієнт передає свої або чиїсь наміри, потреби і координати соціальної поведінки, взаємодіючи з іншими людьми.

Аспекти зв’язку/взаємодії навичок включають тілесність, обмін інформацією і відносини з людьми.

Приклади продуктивності специфічних зв’язків/взаємодії навичок включають жести для позначення намірів із проханням надати інформацію або виразити афект або встановити контакт з іншими людьми. Ерготерапевти при необхідності навчають пацієнтів, як розділити складну діяльність на складові частини, пропрацювати кожну частину, а потім виконати всю послідовність дій.

Ця стратегія може покращити координацію та допомогти людям з апраксією заново навчитися, як виконати заплановану діяльність, компенсаторні стратегії та змінювати елементи оточуючого середовища, що обмежують їх повсякденну активність.

Наприклад, особа, у якої працює лише одна рука, може застібнути ґудзик за допомогою спеціальної петлі та гачка. Тобто ерготерапія це не просто спеціальна лікувальна гімнастика, спрямована на тренування дрібної моторики, координації, чутливості вона включає в себе знання з декількох спеціальностей - психології, педагогіки, соціології, біомеханіки і фізичної терапії, що є важливим при роботі з пацієнтами, які перенесли інсульт. За допомогою ерготерапії відновлюються і удосконалюються не тільки рухові, а й когнітивні й емоційні можливості.

Отже, ерготерапевта цікавить не тільки стан пацієнта і характер його захворювання, має значення все - оточення людини, спосіб його життя до хвороби, особисті схильності і захоплення, рівень інтелекту тощо.

Залежно від причини виникнення інсульту, а також особливостей стану хворого, його функціональних можливостей, рухового досвіду, віку, статі склад фахівців, добір методів і засобів будуть також іншими, тобто реабілітація хворих потребує індивідуального підходу до пацієнтів з урахуванням їхньої реакції на використання фізичних навантажень. Реабілітація не завжди ліквідує наслідки інсульту.

Її метою є покращення можливостей та впевненості пацієнта, щоб він міг продовжувати свою нормальну повсякденну діяльність, незважаючи на порушення. Як і у фізичній терапії процес побудови роботи у ерготерпіїї базується на ключових принципах побудови реабілітаційної програми. Важливою складовою якої є обстеження. Ерготерапія базується на первинному та повторному оцінюванні стану пацієнта, що дає можливість оцінити рівень його можливостей до та після курсу реабілітації. Процес оцінювання включає застосування стандартних процедур і методів обстеження, інтерв’ю, тестування, важливою складовою є спостереження в різних умовах та консультації із людьми, які відіграють важливу роль у житті пацієнта.

Результати оцінювання є основою планування, що включає коротко- та довгострокові цілі терапії. Планування повинне відповідати можливостям людини, її звичкам, ролям, перевагам способу життя й оточуючого середовища. Ерготерапевт працює на запит пацієнта, виконання потрібної йому діяльності, і визначивши вид діяльності сприяє відновленню функцій і (або) пристосовує до дисфункцій, адаптовує до середовища, підбирає технічні засоби реабілітації, якщо в цьому є потреба.

При інсультах часто спостерігаємо, що уражена кінцівка не здатна виконувати свою функцію, ерготерапевт навчає виконувати певну діяльність здоровою кінцівкою, тобто адаптовує пацієнта, як він зможе виконувати побутову чи професійну діяльність.

Практика ерготерапевта розповсюджується на:

1. Оцінку факторів, які впливають на повсякденні види діяльності, сон і відпочинок, навчання, роботу, гру, дозвілля і соціальні контакти: структури організму (опорно-руховий апарат, нервову, серцево-судинну систему і т.д.);

• функції організму (нейром’язові, сенсорно-перцептивні, зорові, психічні, когнітивні, тощо);

• уміння і навички, включаючи моторику і праксис, сенсорноперцептивні навички, емоційну регуляцію, когнітивні, комунікативні і соціальні навички;

• фізичне і соціальне середовище; культурні, особистіcні, часові та віртуальні контексти, які впливають на заняттєву активність;

• звички, ролі, моделі поведінки;

• цінності пацієнта;

• переконання та духовність пацієнт.

2. Методи та / або підходи, обрані для терапевтичного втручання:

• розвиток, покращення, відновлення навички чи вміння;

• компенсація, модифікація чи адаптація діяльності або середовища для підтримки заняттєвої активності або попередження травми, прогресування хвороби;

• підтримка навички з метою попередження прогресування хвороби, погіршення функціонального стану;

• профілактика або попередження травматизму.

3. Втручання і процедури, обрані для терапевтичного втручання з метою покращення якості і безпеки виконання повсякденних видів діяльності, сну і відпочинку, навчання, професійної діяльності, гри, дозвілля і соціальних контактів:

• терапевтичне використання занять, вправ і діяльності;

• розвиток повсякденних видів діяльності, побутових навичок, а також навичок, необхідних для здійснення освітньої чи професійної діяльності, інтеграції у суспільство;

• розвиток, відновлення чи компенсація нейром’язових, сенсорноперцептивних, зорових, психічних чи когнітивних функцій організму;

• навчання членів сім’ї, опікунів, тощо;

• консультативна допомога для організацій;

• модифікація середовища (житлові, робочі, навчальні, громадські приміщення), адаптація діяльності, застосування принципів ергономіки;

• оцінка індивідуальних потреб, дизайн, виготовлення, примірка, корекція, функціональне тренування використання ортезів, протезів, адаптивного обладнання і позиціонування;

• оцінка, рекомендації і навчання способів покращення функціональної мобільності, включаючи оперування інвалідними візками чи засобами пересування;

• реабілітація осіб з порушеннями зору.

Перед початком реабілітаційних заходів ерготерапевт має провести оцінку порушень життєдіяльності людини.

За допомогою спеціальних методик, тестів, тренажерів, що моделюють різні аспекти діяльності людини, виявляються порушення компонентів і складових життєдіяльності людини. Основною шкалою оцінювання є міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ).

На підставі проведеної оцінки фахівець визначає цілі, методи і план ерготерапевтичних занять.

Фахівці з фізичної реабілітації мають працювати в команді. Командна робота, співпраця та координація між собою, з іншими фахівцями,сім’є ю та опікунами відіграють важливу роль в реалізації цілісного підходу постінсультної реабілітації та досягнення вагомого результату у відновленні.

Оскільки пацієнт і його родичі, рідні, близькі та опікуни є найбільш важ ливою частиною реабілітаційної команди, вони беруть активну участь у постановці цілей індивідуальної реабілітаційної програми, що є наступним кроком у схемі діяльності реабілітолога.

Визначення цілей у фізичній терапії повинно відбуватися у SMART-форматі: — S (specific) специфічні (враховувати побажання пацієнта та його близьких); — M (measurable) вимірювальні; — A (achievable) досяжні; — R (realistic) реалістичні; — T (timed) визначені в часі. На основі даних, отриманих під час обстеження, та поставлених цілей підбираються засоби фізичної реабілітації та проводяться реабілітаційні втручання.

Реабілітаційні втручання — це послуги, що надаються фахівцями з фізичної терапії (кінезитерапевтами та ерготерапевтами) або під їх керівництвом та контролем, із використанням засобів науково-доказової практики.

Індивідуальні ерготерапевтичні програми призначені сприянню максимальному використанню функції для задоволення потреб людини в робочому та соціальному середовищі, особистісних та домашніх умовах зосереджує увагу на індивідуальних здібностях та особливостях оточуючого середовища, а також на проблемах, пов’язаних із діяльністю особи в повсякденному житті.

Крім оцінки рухової функції в інтереси ерготерапевтами входить оцінка когнітивних функцій, критичного ставлення пацієнта до свого стану, його соціального статусу, професійної орієнтації, улюблених занять, можливих способів комунікації.

При цьому фахівець з ерготерапії повинен вміти оцінити наявний і потенційний рівень можливостей хворого, зіставляючи з тим, що потрібно, важливо для пацієнта, чого він хоче і на що здатний.

Обов'язковою умовою ефективності ерготерапії на відміну від кінезотерапії є усвідомлення хворим його проблеми в момент початку проведення терапії. Лікування постінсультних хворих вимагає максимально раннього застосування ерготерапії. Що робитиме пацієнт під час проходження курсу ерготерапії від того, що йому потрібно, щоб стати незалежним.

Він може працювати над поліпшенням своєї незалежності в багатьох галузях: — навики самообслуговування, наприклад прийняття їж і, розчісування, прийняття ванни або одягання; — рухові навички, такі як переміщення в ліжку, ходьба або їзда в інвалідному візку; — когнітивні навички (пам’ять або вирішення завдань чи проблем); — соціальні навички для взаємодії з іншими людьми. Всесвітня федерація ерготерапевтів (World Federation of Occupational Therapists) підкреслює необхідність застосування різних реабілітаційних технологій і комплексів, що сфокусовані на відновленні втрачених пацієнтом навичок самообслуговування та здатності до виконання завдань як у повсякденному житті, так і в умовах виробничого середовища.

Постінсультна фізична терапія та ерготерапія може включати деякі чи всі наступні реабілітаційні втручання:

 1. позиціонування — це викладання пацієнта у фізіологічно правильне положення, оскільки нерухомість хворого в гострому періоді інсульту є однією з причин багатьох ускладнень, таких як відлежини, тромбоз глибоких вен, пневмонія, депресія, тощо.

2. Дихальні втручання — це маніпуляції та фізичні вправи з акцентом на дихання, метою яких є покращення вентиляції легень, виведення секреції та підвищення рухливості грудної клітки, що запобігає дихальним порушенням та зменшує їх.

3. Тренування мобільності — це заняття, що націлені на тренування навиків переміщення в ліжку (повертання на бік, сідання) та ходьби як по прямій поверхні, так і через перешкоди чи по сходах. Тренування може також включати навчання правильного використання допоміжних пристроїв для ходьби, наприклад рами чи палиці.

 4. Вправи на покращення координації і утримання рівноваги. Для навчання пацієнта навичкам самообслуговування необхідно - утримання рівноваги і координації в різних положеннях. Тому паралельно з навчанням основним руховим навичкам використовуються вправи для тренування рівноваги й утримання пози після адаптації до вертикального положення. Цього навчає фізичний терапевт.

Ерготерапевт навчає, як утримати позу і рівновагу сидячи при виконанні, наприклад, побутової дії ( перекласти предмет з одного кінця столу в інший).

Наступним кроком може бути переведення пацієнта в положення сточи, тренування рівноваги в цьому положенні та індивідуальний підбір засобів пересування для ходьби із засобом пересування та подолання бар’єрів середовища, чого також навчає фізичний терапевт, а ерготерапевт навчає як правильно застосувати ці вміння у повсякденному житті, побуті, соціумі тощо.

5. Відновлення амплітуди рухів — відбувається шляхом виконання активних чи пасивних вправ чи інших методик, щоб допомогти зменшити тонус м’язів (спастичність) й відновити діапазон руху.

6. Силове тренування передбачає використання вправ, які допоможуть покращити м’язову силу й координацію.

7. Заняття на дрібну моторику включає заняття, спрямовані на активну участь кисті та пальців у цілеспрямованій діяльності (ігри, маніпуляції з предметами). Важливо, щоб пацієнт робив ту діяльність, яку виконує вдома: розвішує речі на прищепки, відкорковує пляшку, вишиває тощо.

8. Сенсорне тренування — це різноманітний вплив в усі органи відчуття, спрямований на відновлення сприйняття схеми тіла, чутливості ураженої половини тіла та зменшення наслідків синдрому ігнорування (неглекту). Потрібно тренувати пропріоцептивну чутливість шляхом виконання завдання чи руху з закритими очима і ураженою кінцівкою, щоб пацієнт озвучував, що він робить і що відчуває.

При неглекті ерготерапевт працюючи з пацієнтом після інсульту розташовується збоку ураженої сторони пацієнта, щоб при взаємодії пацієнт не ігнорував уражену сторону.

9. Когнітивне тренування — допомагає покращити пам’ять, мислення, увагу чи зменшити прояви апраксії. Ерготерапевт дає завдання, де пацієнт має скласти картинку, провести асоціацію, додати цифри. При виконанні усіх завданнь залучаємо пацієнта розумово, наприклад при розвитку дрібної моторики запитуємо якого кольору предмети, з якими він працює, скільки їх, якої форми, матеріалу, для чого вони потрібні тощо.

10. Дзеркальна терапія — допомагає відновити рухову функцію ураженої кінцівки на основі отриманої сенсорної інформації (через зір та пропріорецепцію) про активність паретичної кінцівки.

11. Ортезування — підбір та правильне використання пластикового фіксатора для стабілізації та підвищення сили верхньої чи нижньої кінцівки (ортез).

12. Мобілізація лопатки включає пасивні та активні вправи для стабілізації та відновлення рухливості плечового поясу та профілактики чи зменшення сублюксації плеча. Виконується зовнішня ротація у поєднанні з осьовим навантаженням, велика кількість повторень рухів. При необхідності призначається бандажування.

13. Методика тимчасового обмеження активності неураженої кінцівки, або терапія примусового використання, включає обмеження використання здорової кінцівки під час тренування функції ураженої кінцівки. Це примусове залучення пошкодженої руки або ноги може допомогти поліпшити її функції. Оскільки пацієнти часто намагаються допомогти в роботі ураженою рукою, ця практика допомагає їм зосередитись на виконанні певної дії ураженою рукою.

14. Відновлення навиків самообслуговування передбачає перенавчання навиків чи оволодіння новими стратегіям догляду за собою (одягання, вмивання) чи за близькими (приготування їжі, прибирання) та проведення активного дозвілля й відпочинку (хобі, творчі заняття).

15. Адаптація оточуючого середовища чи помешкання — важлива складова для підвищення рівня безпеки та функціональної незалежності пацієнта з інсультом.

16. Кінезіологічне тейпування — накладання еластичної клейкої стрічки для зменшення набряку чи болю, а також для стимуляції активного руху в паретичних кінцівках.

17. Роботизовані технології — використовують автоматизовані пристрої, щоб допомогти ураженим кінцівкам у виконанні повторюваних рухів, допомагаючи відновленню сили і функції.

18. Віртуальна реальність — нова, комп’ютеризована терапія, що включає взаємодії з моделюванням середовища у реальному часі. Не обов’язково використовувати лише один з вищеперечислених засобів, їх можна поєднувати і змінювати залежно від досягненої мети, враховуючи зміни симптомів, стан пацієнта та функціональну можливість. Готуючи пацієнта до виписки зі стаціонару, ерготерапевт повинен бути впевнений, що хворий зможе обслуговувати себе вдома.

Для корекції психоемоційного стану проводяться бесіди з пацієнтами, акцентуючи увагу на самостійності та самообслуговуванні. Також позитивний вплив на пацієнтів має спілкування з особами, які перенесли інсульт раніше і перебували в цьому відділенні на другому етапі лікування та реабілітації. Вони діляться своїми переживаннями, своїм руховим досвідом, який здобули у процесі ранньої фізичної реабілітації, та демонструють навички самообслуговування, які дозволили їм стати незалежними від оточення.

Якщо пацієнти не в змозі самостійно виконувати якусь побутову діяльність, фахівці з ерготерапії допомагають їм облаштувати своє помешкання, для підвищення рівня безпеки, усунення бар’єрів, що сприятиме функціональній активності, наприклад пристосування ванної кімнати по потреб людини, яка користується інвалідним візком (установка поручнів) встановити додаткові поручні в туалеті, ванній кімнаті, коридорі, прибрати пороги, переставити меблі, створення адаптованих столових приборів для самостійного харчування, самообслуговування (прибирання, догляду за собою, використання альтернативного методу одягання сорочки, шкарпеток), тощо.

Після виписки зі стаціонару пацієнти знаходяться під наглядом ерготерапевта. В іноземній літературі зазначено, що з метою полегшення повернення пацієнта в домашні умови та соціум ерготерапевт виїжджає до пацієнта і з'ясовує, чи зможе хворий обслуговувати себе в домашніх умовах, інструктує опікунів чи родичів про можливі способи реорганізації саме їх індивідуального приміщення на запит пацієнта і його можливості.

Для родичів/опікунів проводиться інструктаж про правильний догляд за пацієнтом з метою профілактики ускладнень: відлежин, застійних явищ у легенях, контрактур, а також як правильно переміщати і страхувати при переміщенні.

Отже, кінцева мета ерготерапії – не тільки максимально відновити рухові функції, а й адаптувати пацієнта до звичного життя здорової людині, допомогти стати самостійним, соціально пристосованим і незалежним у побуті. — Віртуальна реальність — нова, комп’ютеризована терапія, що включає взаємодії з моделюванням середовища у реальному часі.

Отже, інсульт - синдром, що характеризується раптовим розвитком неврологічного дефіциту, який зберігається не менш, ніж 24 години і який зумовлений вогнищевим ураженням центральної нервової системи внаслідок порушення мозкового кровообігу.

На сьогодні стає основною соціальномедичною проблемою в неврології, посідає друге місце у структурі загальної смертності населення країни і часто супроводжується втратою тієї чи іншої функції або їх у комплексі.

Важливими завданнями фізичної терапії є покращення якості життя, повернення людини до звичайної діяльності, можливість не тільки самостійно обслуговувати себе, а й урізноманітнити своє дозвілля, і навіть почати працювати. У відновлені втрачених функцій пацієнта та поверненні його до соціуму ерготерапія відіграє ключову роль. Тобто ерготерапія це не просто спеціальна лікувальна гімнастика, спрямована на тренування дрібної моторики, координації, чутливості вона включає в себе знання з декількох спеціальностей - психології, педагогіки, соціології, біомеханіки і фізичної терапії, що є важливим при роботі з пацієнтами, які перенесли інсульт. За допомогою ерготерапії відновлюються і удосконалюються не тільки рухові, а й когнітивні й емоційні можливості.

Методи оцінки функцій у хворого після перенесеного інсульту. Збір анамнезу. Умовно можна поділити на паспортну частину, скарги хворого, історію захворювання, розпитування про органах і системах, історію життя. Паспортна частина включає такі дані,як ПІБ, вік, стать, сімейний стан, адреса, контактний телефон, дата госпіталізації, освіта, професія, місце роботи, посада.

Анамнез хвороби стосується скарг хворого, діагнозу, часу захворювання, відомостей про супутні захворювання. Також особливу роль відіграє соціальний анамнез, який проводиться з метою оцінки побутових можливостей хворого [32].

 Оцінка амнестичних даних включає основні скарги, основні синдроми, відомості про уражену систему, характер пербігу захворювання, можливі причини.

Огляд. Проводиться з метою візуальної оцінки стану свідомості, психічного статусу, постави, патологічного положення сегментів кінцівок. За допомогою огляду можна виявити наявність набряків, шкірного висипу, зміни кольору шкіри тощо.

Пальпація. За допомогою пальпації визначають властивості тканин та органів: їхній стан, величину, форму, консистенцію, рухливість, топографічні співвідношення, а також зміни тонусу м'язів, виявляють зони підвищеної чутливості та болючості. Розрізняють поверхневу і глибоку пальпацію [34].

Гоніометрія. Вимірювання амплітуди руху у суглобах проводилось за допомогою спеціального приладу - гоніометра, який складається з двох плечей - рухомого і нерухомого, сполучених з вимірювальною шкалою, градуйованою від 0 до 360 або 180 градусів.

Вимірювання амплітуди руху виконують з визначеного нульового (вихідного) положення. Вісь гоніометра має накладатися поверх осі суглоба; стаціонарне (нерухоме) плече має розміщуватися паралельно до повздовжньої осі зафіксованого проксимального сегмента суглоба і має вказувати на віддалений кістковий виступ; рухоме – розташовується паралельно до дистального сегмента суглоба і також вказує на віддалений кістковий виступ.

При проведенні процедури вимірювання необхідно відкрити ділянку тіла, пояснити пацієнту процедуру обстеження, показати рух (спочатку на здоровій стороні), обстежити амплітуду на здоровій стороні, навчити пацієнта рухові на ураженій стороні і лише тоді починати вимірювання амплітуди. При двохсторонньому ураженні результати порівнюють з табличними даними [5].

Оцінка тонусу м'язів. Проводилась шляхом пальпації, встановлення пружності м'язів у положенні максимального розслаблення і виконанням пасивних рухів на згинання і розгинання в суглобі в середньому темпі (в такт годинниковому маятнику), визначенням супротиву до пасивного розтягу м'язу. Для оцінки тонусу м'язів нами використовувалась шкала спастичності Ашфорта. Мануальне м'язове тестування. Використовується для оцінки сили мязів. Надає інформацію про силу м'язів та здатність пацієнта виконати активний рух кінцівкою чи її сегментом. Дозволяє легко, але суб'єктивно оцінити скорочувальні структури. Пацієнт повинен знаходитись у стабільному положенні, суглоб у не щільно укладеному положенні. Необхідно стабілізувати проксимальний сегмент, протиставляючи силі пацієнта свою силу.

Під час проведення мануального м'язового тестування реабілітолог має мати біомеханічну перевагу над пацієнтом. Зусилля прикладається до дистальної частини сегмента, зусилля збільшується та зменшується повільно. Необхідно слідкувати за включенням в роботу додаткових м'язів які виконують функцію компенсації.

Для вимірювання силових показників основних груп м'язів паретичних кінцівок використовувалась шестибальна шкала оцінки м'язової сили.

0 балів - Відсутність ознак напруження при спробі довільного руху;

1 бал - Відчуття напруження м’язів при спробі довільного руху;

2 бали - Виконання руху в повному обсязі в умовах розвантаження (пасивний рух);

3 бали - Виконання руху в повному обсязі в умовах дії сили ваги частини тіла, що тестується;

4 бали - Виконання руху в повному обсязі в умовах дії сили ваги частини тіла, що тестується та помірної протидії;

5 балів - Виконання руху в повному обсязі в умовах дії сили ваги частини тіла, що тестується з максимальною протидією.

 Шкала спастичності Ашворта є загальноприйнятим доступним методом визначення підвищення тонусу мязів у відповідь на виконання пасивного руху, зазвичай, згинання чи розгинання сегменту. Шкала є шестибальною і заповнюється фізичним терапевтом в ході обстеження [6].

 Тонометрія. Аускультативний спосіб вимірювання артеріального тиску (AT) за допомогою сфігмоманометра (тонометра) за методом Короткова. Використовується для визначення сили тиску крові на стінку артерій під час систоли та діастоли серцевого м’язу.

Пульсометрія. Спосіб оцінки функціонального стану системи кровообігу та організму в цілому, за допомогою визначення частоти серцевих скорочень (ЧСС) або пульсу. Вимірюється при пальпації сонної або променевої артерії. Дає змогу контролювати реакції організму під час вертикалізації та фізичних навантажень.

Для встановлення інтенсивності тренувальних навантажень, ми визначали допустиме ЧСС за методом М.Карвонена. Для цього ми вираховували максимальне ЧСС за формулою: ЧСС макс = 190- вік (для хворих осіб).

Тоді визначали індивідуальний резерв серця (IPC) за формулою: IPC = ЧСС максимальне - ЧСС у стані спокою. Потім визначали допустиму частоту серцевих скорочень відповідно до режиму: - суворо - палатний режим - не визначали; - палатний режим - 20% IPC + ЧСС у стані спокою; - вільний режим - 30-40% IPC + ЧСС у стані спокою; - щадний режим - 40-60% IPC + ЧСС у стані спокою; - щадно - тренуючий режим - 70-80% IPC + ЧСС у стані спокою; - тренуючий режим - 80-85% IPC + ЧСС у стані спокою [29].

Обстеження чутливості. Порушення чутливості вказує на залучення до патологічного процесу кори головного мозку. З метою ефективності та безпеки проведення ФР ми обстежували тактильну і пропріоцептивну чутливість пацієнтів. Тестування проводили по ключових точках виходу шкірних нервів (дерматомах). Тестування больової і дотикової чутливості проводять у місцях виходу шкірних нервів на тілі, пацієнт повідомляв про свої відчуття реабілітологу.

Пропріоцептивна чутливість тестувалась почерговим пасивним згинанням в суглобах з дистального до проксимального. Пацієнт повинен був назвати правильність напрямку руху кінцівки. Якщо відповідь була невірна це свідчило про порушення м’язово-суглобового відчуття. Для об’єктивності обстеження очі пацієнтів були закриті, тестована ділянка оголена. Розуміння пацієнтом вказівок реабілітолога та чіткість висловлювань самого реабілітолога були забезпечені.

Чутливість оцінювалиу балах від 0 до 2: 0- відсутня (анестезія), 1- порушена (гіпо- або гіперстезія), 2-чутливість збережена [23]. Коли у пацієнта спостерігається сенсомоторна афазія тестування чутливості не проводять у зв'язку з порушенням сприйняття та відтворення інформації (НТ - не тестовано).

Оцінювання болю. До шкал оцінки болю, що набули найбільшого розповсюдження належать візуальна аналогова шкала болю (ВАШ). Шкала є у вигляді горизонтальної лінії довжиною 10-15 см. Початкова точка лінії означає відсутність болю, кінцева — нестерпний біль. Простота використання методу рангової шкальної оцінки дозволяє досить точно визначити кількісні характеристики болю і піддати їх математичній обробці [25].

 Тест Box and bloks. За допомогою цього тесту ми визначаємо рівень координації пацієнта. Для цього тесту потрібна коробка з 150 кубиками та перегородкою посередині ,що розташовується вздовж . Пацієнт повинен сидіти в зручному положенні за столом на стільці , руки розміщує по обидві сторони коробки. Кубики повинні знаходитись на боці руки,яка тестується. Пацієнт повинен взяти кубик з одної частини коробки і через перегородку перемістити його в іншу частину.

Перед початком тестування даємо можливість спробувати перекласти кубик. Предмети можна переносити в будьяку частину коробки. На виконання завдання дається 1 хвилина. Спочатку тестуємо здорову кінцівку, потім уражену. Після тестування ерготерапевт повинен порахувати кубики. Якщо пацієнт одночасно переносить два чи більшу кількість кубиків, це слід зазначити і відняти від загальної кількості. Порівнюємо результати до терапії та після [49].

Методика обстеження CHEDOKE – Mc MASTER Stroke є зручною у користуванні та дозволяє отримати чітку картину про стан хворих з геміпарезом. В основу цієї методики ліг нейрофізіологічний підхід Сігне Брунстр (1950), яка описала природній перебіг одужання після інсульту і класифікувала типи рухів наявні у післяінсультних пацієнтів у стадії відновлення.

Класифікація стадій відновлення базується на основі виникнення інсультних синергій. Синергія – просторово-часова послідовність роботи м'язів, які змушені працювати у поєднанні.

Компоненти синергій або їх основи забезпечують виконання руху у суглобах з певною амплітудою. Деякі м'язи, а саме, великий грудний, пронатор передпліччя, згиначі кисті та пальців є деколи більш спастичні ніж їхні антагоністи. Вихідні положення пацієнта для тестування активної амплітуди руху у плечовому та ліктьовому суглобах, сидячи на стільці без підлокітників, якщо не зможе сидячи у візку або лежачиу ліжку. Починаючи із стадії 3 тестування повинно бути детальним і виконувати його треба тільки у положенні сидячи.

Для визначення стадії відновлення пацієнтів, що перенесли інсульт, тестують наступні показники : біль в плечі; постуральний контроль; стадія відновлення рухових функцій верхньої кінцівки; стадія відновлення рухових функцій кисті,

стадія відновлення рухових функцій нижньої кінцівки; стадія відновлення рухових функцій стопи; оцінка основних рухових навиків. Кожний із показників оцінюється за 7 бальною шкалою. Після опрацювання отриманих даних, виводиться загальна ступінь відновлення хворих з геміпарезом [36].

Анкетування. Нами було проведено анкетування з метою визначення рівня самообслуговування пацієнтів, особистих цілей пацієнта щодо реабілітації, визначення когнітивних функцій і рівня емоційно – вольової сфери.

 Контрольні тести для оцінки рухових розладів і неврологічна шкала оцінки якості реабілітації. Згідно з мінімальним набором тестів, рекомендованих для використання у реабілітаційних закладах для динамічної оцінки стану постінсультних хворих нами були використані такі шкали і тести (додаток):Шкала Інсульту Національного Інституту Здоров'я (National Institutes of Health Stroke Skale, чи NIH Stroke Skale); Госпітальна шкала тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale); Шкала оцінки психічного стану (MOCA); Індекс активності повсякденного життя Бартела (Barthel ADL Index). Шкала Інсульту, розроблена американським Національним Інститутом Здоров'я (NIH Stroke Skale).

Максимальна кількість балів за шкалою складає 34 бали. Відповідно до цього, 0 - характеризує нормальний стан; від 3-8 балів – неврологічні 63 порушення легкого ступеня; від 9-12 балів - середнього ступеня; від 13-15 балів-тяжкі порушення; більше 15 балів — надто тяжкій стан. Шкала має явну перевагу перед іншими, тому що на її заповнення необхідно не більше 5-10 хвилин, вона враховує необхідність всестороннього обстеження неврологічного статусу, дозволяє реєструвати динаміку стану пацієнта. Надійність, інформативність і простота використання шкали є науково обґрунтованими [34].

Госпітальна шкала тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale) використовувалась для оцінки психоемоційного стану хворих після перенесеного ішемічного інсульту.

Шкала складається із 14 запитань. Непарні питання (1, 3, 5, 7, 9, 11) складають підшкалу тривоги, а парні (2, 4,6, 8, 10, 12, 14) - підшкалу депресії. На кожне питання є чотири варіанти відповіді, які відображають вираженість ознак і кодуються відповідно до наростання важкості симптомів від 0 (відсутні) до 3 (максимально виражені).

Суму балів підраховується окремо для підшкали тривоги і для підшкали депресії. Виділяють такі межі суми балів для кожної шкали: 0-7 балів - норма; 8-10 балів - субклінічно виражена тривога чи депресія; 11 балів і більше - клінічно виражена тривога чи депресія [18].

Індекс активності повсякденного життя Бартела (Barthel ADL Index) використовувався з метою визначення незалежності пацієнтів у повсякденному житті, здатності до самообслуговування і потреби у сторонньої допомоги.

Оцінку рівня побутової активності ми проводили за сумою балів, визначених у хворих за кожним із розділів тесту. Кожний з пунктів оцінювався у 0, 5, 10 чи 15 балів, і виражав залежність від оточуючих і необхідність у сторонній допомозі.

Оцінювались такі пункти, як: прийом їжі, прийом ванни, персональна гігієна (чищення зубів, маніпуляція із зубними протезами, розчісування, гоління, вмивання), одягання, контроль дефекації, контроль сечовипускання, користування туалетом (переміщення в туалеті, роздягання, очищення шкірних покривів, вдягання, вихід із туалету), переміщення (з ліжка на крісло і назад), здатність до пересування по рівній площині (переміщення в межах дому/палати і поза домом; можуть використовуватись допоміжні засоби), подолання сходів. Результати тесту оцінюються за сумарною оцінкою:

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

 50-75 балів – свідчить про помірну інвалідність;

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

Монреальський Когнітивний Тест (МоСА) був розроблений як швидкий інструмент для визначення помірної когнітивної дисфункції. Він оцінює різні когнітивні аспекти: увагу й концентрацію, виконавчі функції, пам'ять, мову, зорово-конструктивні навички, абстрактне мислення, рахунок і орієнтацію.

Час виконання МоСА тесту приблизно 10 хвилин. Максимально можливий результат - 30 балів. Результат 26 балів і вище розглядається як норма [32].

 Бесіда. Після обстеження пацієнта проводимо бесіду з родичами чи опікунами, з метою подальшої співпраці і навчання, визначенні мотивації і психо-емоційного стану пацієнта, отримання суб'єктивної інформації про стан пацієнта.

**висновки**

1. Аналіз літературних джерел дозволив встановити основні наслідки та ускладнення, які виникають після інсульту і стають на перешкоді проведенню ефективного реабілітаційного втручання. Зокрема, такі наслідки і ускладнення: паралічі та парези кінцівок, зміни тонусу м’язів паретичних кінцівок, постінсультні трофічні порушення, порушення чутливості, центральний больовий синдром, мовні порушення, порушення вищих психічних функцій та зорові порушення.

Вчені вказують на вплив сенсорних і мовних симуляцій наефективність виконання фізичних вправ такими хворими. Реабілітаційне лікування хворих, які перенесли інсульт, ґрунтується також на концепції про системну організації мозкових функцій, що вказує на резервні можливості головного мозку при реорганізації його структур в умовах патологічного процесу.

2. У обстежених постінсультних хворих виявлено різні функціональні розлади та значне зниження навиків самообслуговування. За результатами дослідження вихідних даних фізичного стану хворих після перенесеного інсульту встановлено, що процес відновлення втрачених функцій після перенесеного інсульту в абсолютній більшості хворих даної групи незадовільний. Отже, згідно з результатами проведеного дослідження, застосування ерготерапії у поєднанні із засобами фізичної реабілітації є одним із найкращих факторів в плані відновлення постінсультних хворих. Встановлено, що така реорганізація викликає рухове перенавчання пацієнта, що, в свою чергу, призводить до відновлення (у важких випадках – компенсації) порушених функцій.

3. Проведення ерготерапії сприятливо впливає як на ступінь відновлення тих чи інших функцій постінсультних хворих, так і на рівень їх незалежності при виконанні усіх основних видів побутової діяльності. Раціональне використання ерготерапії прискорює відновлення м’язової сили, нормального об’єму рухів в суглобах, координації рухів, тобто працездатності рухового органу. В процесі проведення занять перевіряється функціональна здатність хворого, здатність його до певної праці, вирішується питання про повернення до попередньої трудової діяльності та ін. Відновні види ерготерапії показані при всіх видах контрактур, обмеження рухливості в суглобах, а також для їх профілактики при постінсультних ускладненнях. Задача відновлення рухової функції досягає за допомогою розвитку тимчасово утрачених хворим рухових можливостей абр шляхом пристосування (адаптації) його до праці. Розроблена програма ерготерапії постінсультних хворих передбачає реалізацію таких засобів – ерготерапія у поєднанні з масажем, ЛФК, лікування положенням. Особливістю ерготерапії є використання різних видів праці, яка включає підсобні роботи, просту ручну одноманітну працю, творчі види праці.

4. Виділено та конкретизовано завдання, що мають бути розв’язані в процесі застосування засобів ерготерапії у постнінсультних хворих:

-збереження або збільшення обсягу рухів, досягнення постуральной стабільності;

- дотримання балансу тіла в положенні стоячи і сидячи;

- профілактика контрактур;

- купірування або зменшення больового синдрому.

Для успішного проведення реабілітації хворих, які перенесли інсульт, необхідно оцінити функціональні можливості пацієнта, визначити його проблеми і план ведення, встановити конкретні цілі відновного лікування та терміни розширення рухового режиму.

Індивідуалізація процесу фізичної терапії (реабілітації) постінсультних хворих має ґрунтуватись на суворому дотриманні таких принципів, як-от: індивідуальний підхід до визначення структури та змісту реабілітаційної програми; ранній початок; достатня тривалість і безперервність реабілітаційних впливів; дотримання етапності реабілітації (стаціонар -реабілітаційний центр - домашні умови); комплексний підхід до реабілітації.

За даними науковців відомо, що активна реабілітація постнінсультних хворих триває перші 12 місяців після інсульту, причому в перші 6 місяців процес йде найбільш швидко. Тому, саме в цей період застосування методів і засобів ерготерапії виявляється найбільш ефективним, а результати рухової та психофізичної реабілітації виявляються кращими, ніж у наступних періодах відновного лікування.

**список використаної літератури**

1. Мальцева М.Н., Шмонин А.А. Эрготерапия в социальной и медицинской реабилитации. Непрерывное образование взрослых. // Материалы международного форума. Под ред. В.В.Беличенко, С.В.Кривых. СПб: ИННОВА, 2015. С. 331–9.
2. Трудотерапия и психосоциальная реабилитация (для медиков, медицинских ассистентов, психологов, социальных ассистентов и менеджеров медицинских и социальных услуг): пособие. Кишенев, 2008. 193 с.
3. Bureck W, Illgner U. Handergotherapy for rheumatic diseases and the special importance of hand surgery. Z Rheumatol Rev 2014.
4. M.N.Maltseva M.N., Shmonin A.A., Melnikova E.V., Ivanova G.E. Occupational therapy for rehabilitation of neurological patients. Consilium Medicum. 2016; 18.
5. Восстановление двигательных функций после инсульта: нейрофизиологические основы и мишени для реабилитационных вмешательств / И.З. Самосюк, Ю.В. Фломин, Н.И. Самосюк, Н.И. Пионтковская // Международный неврологический журнал. 2012. № 8 (54). URL: http://www.mifua.com/archive/issue-34099
6. Всесвітня організація охорони здоров’я [Електронний ресурс] // Світова статистика охорони здоров’я 2015–2016: статистика інсульту. URL: http://www.who.int/mediacentre (дата звернення: 28.11. 2017).
7. Гайгер Г. Современная эрготерапия в комплексной реабилитации больных, перенесших инсульт // Лечеб. физкультура и спортив. медицина. журн. 2009. N 8 (68). С. 46–49.
8. Кадыков А.С., Чернишова Л.А., Шахпаронова Н.В. Реабилитация после инсульта // Неврология: науч. журн. 2003. № 25. С. 21–24.
9. Клочкова Е.В., Мальцев С.Б. Физическая терапия и эрготерапия как новые специальности для республики Таджикистан: метод. пособ. Душанбе, 2010. 46 с.
10. Марченко О.К. Фізична реабілітація хворих із травмами й захворюваннями нервової системи: навч. посіб. Київ: Вид-во НУФВСУ «Олімпійська література», 2006. 196 с.
11. МОЗ України [Електронний ресурс]. Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги: Мозковий інсульт. URL: http://www.moz.gov.ua (дата звернення: 28.11. 2017).
12. Піонтківська Н.І, Фломін Ю.В., Самосюк Н.І. Фізична реабілітація – важливий крок до незалежного життя після інсульту // Неврологія: междун. неврол. журн. 2012. №8 (54). URL: http://www.mif-ua.com/archive/issue-34099
13. Супонева Н.А., Мальцева М.Н., Зимин А.А. Методические основы применения эрготерапии в реабилитации больных с острым нарушением мозгового кровообращения // Вестник восстановительной медицины: науч. журн. 2017. № 2 (78). С. 68–73.
14. Шевцов А.Г. Кваліфікаційна характеристика окупаціонального терапевта (ерготерапевта) в системі корекційно-реабілітаційної роботи // Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки): збірник наукових праць / за ред. В.М. Синьова, О.В. Гаврилова. Кам’янець-Подільський, 2016. Вип. 7 (2). С. 409–424.
15. Завгородня Г. М. Ерготерапія як розділ професійної підготовки лікарів лікувальної фізкультури // Проблеми безперервної медичної освіти та науки: наук. журнал. Харків, 2013. №4. С. 50–53.
16. Лянной Ю. О. Професійна підготовка майбутніх магістрів з фізичної реабілітації у вищих навчальних закладах : теоретико-методичний аспект : [монографія]. Суми: Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2016. 566 с.
17. Малахов В. А. Актуальные вопросы восстановительного лечения и медико-социальной реабилитации в Украине // Новости медицины и фармации: наук. журнал. 2016. №316. С. 11–15.
18. Мальцева М. Н., Шмонин А. А. Эрготерапия в социальной и медицинской реабилитации // Непрерывное образование взрослых. Материалы международного форума. СПб: ИННОВА, 2015. С.9–331.
19. Материалы 6-го конгресса ERGO. Париж, 2000.
20. Profile of Practice of Occupational Therapists in Canada / Canadian Association of Occupational Therapists, 2012. 33 p.
21. Акименко В. М. Новые логопедические технологи : учеб.-метод. пособие / В. М. Акименко. – 2-е изд. – Ростов н/Дону : Феникс, 2009. – 105 с. 206
22. Артпедагогика и арт-терапия в специальном образовании : учеб. для студ. сред. и высш. учеб. заведений / Е. А. Медведева, И. Ю. Левченко, Л. Н. Комиссарова, Т. А. Добровольская. – М. : Академия, 2001. – 247 с. 3
23. Багрій І. П. Теоретичне осмислення поняття «занятості» у заняттєвій терапії / І. П. Багрій // Теоретичні та практичні аспекти розвитку педагогіки та психології : збірник тез наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції (м. Львів, 14–15 червня 2013 року). – Львів : ГО «Львівська педагогічна спільнота», 2013. – С. 109 –112.
24. Епифанов В. А. Медицинская реабилитация: Руководство для врачей / Под. ред. В. А. Епифанова. – М. : МЕДпресс-информ, 2005. – 328 с.
25. Копытин А. И. Системнаѐ арт-терапиѐ : теоретическое обоснование, методологиѐ применениѐ, лечебно-реабилитационные и дестигматизируящие эффекты : автореф. дис. .. доктора мед. наук : 19.00.04 / А. И. Копытин. – С-Пб., 2010. – 28 с.
26. Медична та соціальна реабілітація: Навчальний посібник / За заг. ред. І. Р. Місулі, Л. О. Вакуленко. – Тернопіль: ТДМУ, 2005. – 405 с. 7. Робочий навчальний план базової вищої освіти за напрямом «Соціальна робота» / Національний університет «Львівська політехніка». – Львів, 2015. – 5 с.
27. Физическая терапия и эрготерапия как новые для России специальности (Современные подходы в реабилитации) / Сост. Е. В. Клочкова. – СПб.: Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства, 2003. – 15 с.
28. Холостова Е. И. Оккупационная терапия как новое направление реабилитологии / Е. И. Холостова. Под. ред. А. Н. Дашкиной, А. И. Осадчих // Развитие социальной реабилитации в России. – М. : Социально-технологический институт МГУС, 2000. – С. 32 – 34.
29. Шевцов А. Г. Освітні основи реабілітології : [монографія] / А. Г. Шевцов. – К. : «МП Леся», 2009. – 483 с.
30. Эрготерапия (Occupational Therapy) – новая профессия в сфере реабилитации для Украины – [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://www.uaua.info/mamforum\_ arch/theme/516316.html](http://www.uaua.info/mamforum_%20arch/theme/516316.html).
31. Ерготерапія і життєдіяльність [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://www.ergoterapia.wordpress.com/2013/01/30/ерготерапія життєдіяльність Ерготерапія та ергономіка – [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://studfiles.net/preview/1764160>
32. Беседа Н. А., Воробйов О. В. Організація самостійної роботи майбутніх фахівців з фізичної реабілітації. Неперервна професійна освіта: теорія і практика (Серія: Педагогічні науки). 2016. Вип. 3-4 (48-49). С. 138 – 141.
33. Беседа Н. А. Інтерактивні методи навчання майбутніх фахівців з фізичної терапії й ерготерапії. Інноваційний потенціал та правове забезпечення соціальноекономічного розвитку України: виклик глобального світу: зб. матеріалів доп. учасн. Міжнар. наук.-практ. конф. Полтава : ПІЕП, 2018. С. 300-301.
34. Мордвінова І. Підготовка студентів спеціальності «фізична терапія» та «ерготерапія» у країнах Європи. Педагогічні науки: теорія, історія, інноваці
35. Суслина, З.А. Інсульт: діагностика, лікування, профілактика. 2-е изд-е /З.А. Суслина, М.А. Пірадов. - М.: МЕДпресс-інформ, 2009. - 288 с.
36. Корж Ю.М. Практикум з теорії і методики лікувальної фізичної культури / Ю.М. Корж, О.М. Звіряка. – Суми: СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2007. – 184 с.
37. Мухін В. М. Фізична реабілітація: [підручник] / В. М. Мухін. – К. : Олімпійська література, 2010. – C. 214–217.
38. Основи курортології: [посібник] / за ред. М. В. Лободи, Е. О. Колесника. – К.: Купріянова О. О., 2003. – C.118–121.
39. Фізична реабілітація при захворюваннях серцево-судинної системи: анот. бібліогр. покажч. трьома мовами [Електронний ресурс] / уклад. Ірина Свістельник. –Л., 2015. –111с.
40. John J.V. McMurray ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: the Task Force for diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the heart failure Association (HFA) of the ESC / John J.V. McMurray, Stamatis Adamopoulos, Stefan D. Anker et al. // Eur. Heart. J. – 2012. – №33. – P. 1787–1847.