

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

Кафедра терапії та реабілітації

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

на здобуття освітнього ступеня магістр  
за спеціальністю 227 – Терапія та реабілітація  
освітньою програмою: «Ерготерапія»

на тему: **«СТРАТЕГІЇ ІНТЕГРАЦІЇ РЕЗУЛЬТАТІВ  
ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНИХ ВТРУЧАНЬ ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ З ГПМК З  
КЛІНІЧНОГО В ДОМАШНЄ СЕРЕДОВИЩЕ»**

Здобувач вищої освіти

другого (магістерського) рівня

Примаченка Олега Сергійовича

Науковий керівник: Виноградова М.С.

Рецензент: завідувач кафедри

медицини, громадського здоров'я

та екології спорту НУФВСУ,

д.фіз.вих., професор Футорний С.М.

Рекомендовано до захисту на засіданні

кафедри (протокол № 20 від 02.04.2025р.)

Завідувач кафедри: Лазарева О.Б.

д.фіз.вих., професор



Київ - 2025

## ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ.....	4
ВСТУП.....	5
 <b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ЕРГОТЕРАПІЇ ПРИ ГПМК</b>	
1.1. Визначення гостре порушення мозкового кровообігу, його види, загальна інформація про обстеження та інструментальні дослідження.....	9
1.2. Роль ерготерапевта на кожному етапі реабілітації в процесі відновлення незалежності пацієнта.....	13
1.3. Основні принципи ерготерапії при реабілітації після ГПМК.....	16
1.4. Вплив гострого порушення мозкового кровообігу на заняттєву активність.....	18
1.5 Чинники, що впливають на успішність реабілітації.....	20
 <b>РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕНЬ</b>	
2.1. Методи досліджень.....	34
2.1.1 Аналіз науково-методичної літератури.....	34
2.1.2 Нестандартизовані інструменти оцінювання.....	35
2.1.3 Стандартизовані інструменти оцінювання.....	38
2.1.4 Методи математичної статистики.....	43
2.2. Організація дослідження.....	43
 <b>РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ</b>	

3.1. Стратегії інтеграції навичок з клінічного в домашнє середовище для пацієнтів після ГПМК.....	48
3.2. Оцінка ефективності стратегії інтеграції навичок з клінічного в домашнє середовище для пацієнтів після ГПМК.....	59
ВИСНОВКИ.....	68
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	70

## **ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ**

ГПМК - гостре порушення мозкового кровообігу

КГ - контрольна група

ОГ - основна група

ПТСР - посттравматичний стресовий розлад

ТІА - транзиторна ішемічна атака

ЦНС - центральна нервова система

## ВСТУП

**Актуальність.** Гостре порушення мозкового кровообігу (ГПМК), зокрема інсульт, залишається однією з провідних причин довготривалої інвалідності та смертності серед дорослого населення як в Україні, так і в усьому світі. Цей стан супроводжується значними порушеннями фізичних, когнітивних і психоемоційних функцій, що ускладнює виконання повсякденних завдань, знижує рівень незалежності та значно погіршує якість життя пацієнтів. В умовах зростання тривалості життя та збільшення кількості пацієнтів, які пережили інсульт, зростає потреба в ефективних, стійких і комплексних підходах до реабілітації.

Ерготерапія є ключовим компонентом реабілітаційного процесу, спрямованим на відновлення функціональної самостійності та адаптацію до нового способу життя. У клінічному середовищі втручання демонструють високу ефективність завдяки доступу до професійної допомоги, спеціалізованого обладнання та міждисциплінарної підтримки. Однак після виписки пацієнти часто стикаються з труднощами переходу до домашнього середовища, де відсутня належна інфраструктура, обмежені ресурси для адаптації житла, а також спостерігається недостатня підготовка родичів до догляду.

Цей перехідний етап є критично важливим для збереження досягнутих результатів реабілітації. Недостатня інтеграція ерготерапевтичних втручань у домашнє середовище призводить до регресу функціонального стану, зниження мотивації до відновлення, повторних госпіталізацій та погіршення психоемоційного стану пацієнтів. У зв'язку з цим особливої актуальності набуває необхідність розробки ефективних стратегій, що забезпечують безперервність реабілітації, адаптацію середовища проживання та активну участь родичів і доглядальників.

Таким чином, наукове обґрунтування та впровадження інтегрованих стратегій переходу з клінічного етапу реабілітації до домашнього мають не лише клінічне, а й соціальне значення. Вони сприяють зниженню навантаження на систему охорони здоров'я, покращують функціональні результати та загальну якість життя пацієнтів після інсульту.

**Об'єкт дослідження:**

Процес реабілітації пацієнтів з гострим порушенням мозкового кровообігу (ГПМК) на етапі переходу з клінічного в домашнє середовище.

**Предмет дослідження:**

Стратегії інтеграції результатів ерготерапевтичних втручань у домашнє середовище з урахуванням функціональних, соціальних та психологічних потреб пацієнтів.

**Мета:** аналіз та розробка ефективних стратегій інтеграції результатів ерготерапевтичних втручань для пацієнтів з ГПМК з клінічного в домашнє середовище. Дослідження також має на меті визначення основних бар'єрів і факторів, що впливають на успішність цього процесу, а також роль родини і доглядальників у підтримці пацієнтів на етапі після клінічної реабілітації.

**Завдання дослідження:**

1. Оцінити ефективність ерготерапевтичних втручань у клінічному середовищі для пацієнтів після ГПМК.
2. Розробити стратегії інтеграції результатів клінічних втручань у домашнє середовище.
3. Визначити основні бар'єри для ефективної інтеграції ерготерапевтичних втручань.

4. Дослідити роль родини та доглядальників у процесі підтримки пацієнта на етапі переходу до домашнього середовища.
5. Оцінити використання технологій для моніторингу і підтримки пацієнтів вдома.

### **Теоретична значимість роботи.**

У роботі науково обґрунтовано та розроблено стратегії інтеграції результатів ерготерапевтичних втручань для пацієнтів, які перенесли гостре порушення мозкового кровообігу (ГПМК), на етапі переходу з клінічного в домашнє середовище. Запропоновані підходи базуються на мультидисциплінарному та біопсихосоціальному підходах, що враховують індивідуальні потреби пацієнтів.

Уперше систематизовано дані щодо бар'єрів та чинників, що впливають на ефективність адаптації пацієнтів у домашніх умовах після клінічної реабілітації. Обґрунтовано значення сімейної підтримки, адаптації фізичного середовища, застосування телемедицини та навчання родичів як ключових компонентів успішної інтеграції. Результати дослідження доповнюють теоретичну базу ерготерапії, поглиблюючи розуміння процесу трансферу терапевтичного ефекту з медичного закладу у повсякденне життя пацієнта, що є важливим для подальшого розвитку персоналізованих моделей реабілітації.

### **Практична значимість роботи.**

Результати дослідження мають високу практичну цінність для фахівців у галузі ерготерапії, реабілітаційної медицини та соціальної роботи. Запропоновані стратегії інтеграції ерготерапевтичних втручань у домашнє середовище дозволяють забезпечити безперервність реабілітаційного процесу після виписки пацієнтів з ГПМК з клініки. Практичні рекомендації щодо адаптації житлового простору, навчання родичів, використання

допоміжних засобів та телемедичних технологій можуть бути впроваджені в роботу медичних закладів, центрів реабілітації та служб соціальної підтримки.

Використання запропонованих моделей дозволить підвищити рівень самостійності пацієнтів, зменшити потребу в повторних госпіталізаціях та покращити якість життя пацієнтів та їхніх сімей. Отримані результати можуть слугувати основою для створення стандартів та протоколів ерготерапевтичної підтримки на етапі переходу до домашніх умов.

## **РОЗДІЛ 1**

### **ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ЕРГОТЕРАПІЇ ПРИ ГПМК**

#### **1.1 Визначення гостре порушення мозкового кровообігу, його види, загальна інформація про обстеження та інструментальні дослідження.**

Гостре порушення мозкового кровообігу (ГПМК) - це критичний стан, що виникає внаслідок раптового припинення або значного зниження кровопостачання головного мозку. Це призводить до пошкодження мозкової тканини та розвитку неврологічних порушень, які можуть бути тимчасовими або незворотними.

ГПМК може проявлятися в таких формах:

Ішемічний інсульт - спричинений закупоркою судин (тромбом або емболою), що призводить до недостатнього кровопостачання ділянки мозку. Складає приблизно 87% усіх випадків інсульту.

Механізми:

Атеротромбоз: Закупорка великих артерій через атеросклеротичні бляшки.

Емболія: Закупорка судин емболами, що походять з інших частин тіла, наприклад, при фібриляції передсердь.

**Ускладнення після ішемічного інсульту можуть включати:**

- Венозний тромбоз та емболія легеневої артерії як наслідок малорухливості.
- Розвиток інфекцій сечовидільної системи.
- Порушення функцій сечового міхура і кишечника.
- Застійні процеси у легенях із ризиком пневмонії.
- М'язова слабкість, обмеження фізичної активності.

- Утворення пролежнів та опрілостей внаслідок тривалого лежання.
- Складнощі з пересуванням, підвищений ризик падінь і травм.

Геморагічний інсульт – виникає через розрив судини та крововилив у мозок.

Причини: Гіпертонічна хвороба, аневризми судин мозку, артеріо-венозні мальформації, травми голови.

Транзиторна ішемічна атака (ТІА) - є тимчасовим порушенням кровообігу в мозку, що викликає симптоми, подібні до інсульту, але без постійного ушкодження мозкової тканини.

Тривалість: Симптоми зазвичай тривають від кількох хвилин до години, але не більше 24 годин.

Субарахдальний крововилив - виникає при розриві аневризми або іншого пошкодження судин, що спричиняє крововилив у простір між насінням мозку.

### **Можливі ускладнення геморагічного інсульту:**

- Формування тромбів у глибоких венах і ризик тромбоемболії легеневої артерії.
- Розвиток набряку мозку, що ускладнює загальний стан.
- Поява судомних нападів (епілепсії).
- Погіршення когнітивних функцій, зокрема пам'яті.
- Порушення зору або слуху.
- Зниження м'язової сили, обмеження рухливості.
- Ризик утворення пролежнів через тривалу нерухомість.
- Психоемоційні розлади, зокрема депресія.
- Схильність до інфекцій дихальних шляхів, зокрема пневмонії.

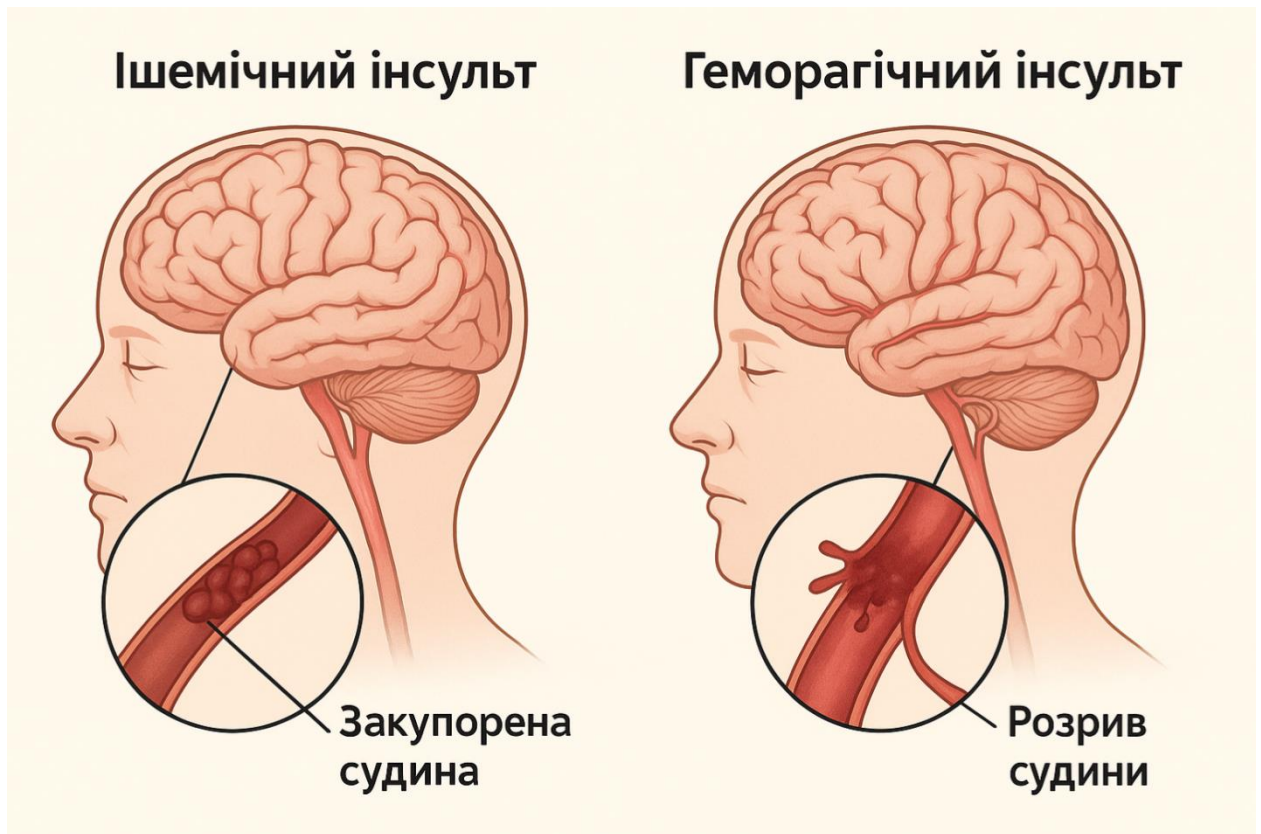


Рис. 1.1. Різниця між геморагічним і ішемічним інсультами

### Діагностичні дослідження при підозрі на ГПМК

Для правильної діагностики та визначення причин ГПМК лікарі здійснюється комплексне обстеження, яке включає клінічний огляд, інструментальні методи, лабораторні аналізи та кардіологічну оцінку.

#### 1. Клінічний огляд

Перший етап діагностики включає оцінку загального стану пацієнта та неврологічного статусу:

- Оцінка свідомості за шкалою Глазго (оцінюється реакція на зовнішні подразники, мова, рухова активність).
- Перевірка неврологічних симптомів - слабкість у кінцях, асиметрія обличчя, порушення мови (афазія), втрата чутливості, розлади координації.

- Вимірювання артеріального тиску - порушення підвищеного зниження або тиску може бути причиною інсульту.
- Оцінка дихання та серцевої діяльності - при необхідності негайне проведення реанімаційних заходів.

## 2. Інструментальні методи дослідження

Інструментальна діагностика взаємодії типу ГПМК та обсягу уражень мозку.

- Комп'ютерна томографія (КТ) головного мозку - швидкий метод візуалізації, що виявляє крововилив, депресію, невроз мозку або інші патології.
- Магнітно-резонансна томографія (МРТ) - дає можливість деталізувати ішемічні ураження, які можуть бути непомітними на КТ у перші роки після інсульту.
- Доплерографія судин ший та голови - дозволяє оцінити кровотік у сонних і хребтових артеріях, виявити стенози та оклюзії.
- Церебральна ангіографія - контрастне дослідження мозку, що дозволяє виявити тромби, аневризми, мальформації та інші судинні патології.

## 3. Лабораторні дослідження

Лабораторні аналізи допомагають оцінити загальний стан факторів та використати можливості з ГПМК.

- Загальний аналіз крові (ЗАК) - для визначення рівня гемоглобіну, лейкоцитів, що може свідчити про останню або анемію.
- Коагулограма (аналіз на згортання крові) - важливий при підозрі на тромбоемболічний стан або геморагічний інсульт.
- Біохімічний аналіз крові - оцінює рівень глюкози (гіпер- або гіпоглікемія може викликати симптоми, схожі на інсульт), холестерину та ліпідного профілю.

- Аналіз на серцеві маркери (тропоніни) - в результаті виключити гострий інфаркт міокарда, який може супроводжуватися порушенням мозкового кровообігу.

#### 4. Кардіологічні дослідження

Хоча багато випадків ішемічного консультування, пов'язані із серцево-судинними захворюваннями, важливо оцінити стан серця.

- Електрокардіографія (ЕКГ) - виявлення аритмій, ішемічних змін, що можуть бути джерелом емболів.
- Ехокардіографія (ЕхоКГ) - дає можливість оцінити структурні зміни серця, наявність тромбів у порожнинах серця, патології клапанів.

Важливість швидкої діагностики і надання допомоги при ГПМК

ГПМК є станом, що вимагає тривалого медичного втручання. Час - це мозок: що швидше буде проведена діагностика і розпочате лікування, то кращим буде прогноз для пацієнта.

- При ішемічному інсульті ефективним методом є тромболітична терапія, яку потрібно проводити в перші 4,5 роки після появи симптомів.
- При геморагічному інсульті або субарахноїдальному кровообігу може знадобитися хірургічне втручання.

### **1.2 Роль ерготерапевта на кожному етапі реабілітації в процесі відновлення незалежності пацієнта**

Ерготерапія є невід'ємною частиною реабілітаційного процесу після гострого порушення мозкового кровообігу (ГПМК). Вона спрямована на відновлення моторних, когнітивних та соціальних навичок пацієнта, забезпечення його максимальної незалежності в повсякденному житті та покращення якості життя [1].

Основними завданнями ерготерапевта є робота з пацієнтом для відновлення порушених заняттєвих активностей та пристосування до нових умов життя.

Основні завдання включають:

Відновлення навичок самообслуговування (харчування, одягання, особиста гігієна) [2].

Розвиток моторних функцій через заняттєво-спрямовані вправи та маніпуляції з предметами [3].

Покращення когнітивних здібностей, включаючи пам'ять, увагу, планування та орієнтацію в просторі [4].

Соціальна та психологічна адаптація пацієнта, а також підтримка його сім'ї в процесі реабілітації [5].

Гострий період (перші 2-4 тижні після ГПМК)

На цьому етапі ерготерапевт працює над ранньою мобілізацією цього пацієнта, запобіганням контрактурам, пролежням і м'язовій атрофії. Також впроваджується навчання пасивним та активним рухам, завдяки оцінці когнітивного та емоційного стану [6].

Ранній реабілітаційний період (від 1 до 6 місяців)

Фокус зміщується на розвиток побутових навичок, навчання адаптивним технікам виконання щоденних завдань, а також впровадження спеціальних пристроїв (ортези, ходунки, адаптивні столові прилади) [7].

Пізній реабілітаційний період (від 6 місяців до 1 року і більше)

Ерготерапевт пацієнтів пацієнту інтегруються в соціальне життя, працюють до роботи або знаходять альтернативні способи зайнятості. Важливим

аспектом є робота з емоційним станом пацієнта, профілактика депресії та розвиток мотивації [8].

Взаємодія ерготерапевта з мультидисциплінарною командою є невід'ємною частиною мультидисциплінарної команди, яка працює над реабілітацією пацієнтів після гострого порушення мозкового кровообігу (ГПМК). Така команда формується з фахівців різного профілю, кожен із яких відповідає за певний аспект відновлення функціонального стану пацієнта. Ефективна співпраця та узгодженість дій усіх учасників процесу мають вирішальне значення для досягнення позитивного клінічного результату та забезпечення цілісного підходу до реабілітації.

Роль ерготерапевта у міждисциплінарній взаємодії полягає в наступному:

- З лікарем-неврологом: Ерготерапевт отримує інформацію про локалізацію та ступінь ураження мозку, динаміку неврологічного статусу пацієнта, що дозволяє розробити індивідуальний план занять, який відповідає медичним показанням та обмеженням. Невролог також координує фармакологічне лікування, що може впливати на психофізичний стан пацієнта в процесі занять.
- З фізичним терапевтом: Співпраця спрямована на узгодження втручань для покращення рухової активності, сили, координації, балансу. Ерготерапевт адаптує рухові навички до повсякденного функціонування (наприклад, пересування у побуті, користування допоміжними засобами), тоді як фізичний терапевт концентрується на тренуванні м'язових груп, поліпшенні мобільності та стабільності.
- З логопедом: Логопед допомагає відновлювати мовлення, комунікативні навички та ковтальні функції. Ерготерапевт узгоджує з ним методи, які сприяють поверненню до соціальної активності (наприклад, комунікація під час покупок, телефонних дзвінків, відвідувань установ).

- З психологом: Спільна робота дозволяє виявити та коригувати психоемоційні проблеми, зокрема депресію, тривожність, втрату мотивації. Психологічна підтримка є критично важливою для підтримки активної участі пацієнта в ерготерапевтичному процесі, особливо в умовах тривалого відновлення.
- З соціальним працівником: Соціальний працівник допомагає координувати соціальні ресурси, вирішувати побутові, юридичні та адміністративні питання. Він також інформує родину пацієнта про доступні соціальні послуги, а ерготерапевт - про необхідність адаптації домашнього середовища відповідно до потреб пацієнта.

Завдяки комплексному, міждисциплінарному підходу вдається досягти максимальної ефективності реабілітаційного процесу. Ерготерапевт у цій взаємодії виступає не лише як виконавець вправ, а як координатор щоденних активностей пацієнта, спрямованих на поступове повернення до незалежного та повноцінного життя. Така співпраця сприяє не лише фізичному, а й психосоціальному відновленню особи після інсульту.

### **1.3 Основні принципи ерготерапії при реабілітації після ГПМК**

Ерготерапія відіграє ключову роль у реабілітації пацієнтів після гострого порушення мозкового кровообігу (ГПМК). Її головною метою є допомогти людині повернутися до максимально можливого рівня функціональної незалежності, адаптуватися до нових умов життя та покращити якість життя. Ерготерапія спрямована не лише на фізичне відновлення, підбір асистивних технологій та адаптивного приладдя, а й на покращення стану когнітивних, емоційних та соціальних аспектів у функціонуванні та повсякденній активності пацієнта.

Методи та підходи ерготерапії. Сучасна ерготерапія базується на доказових методах, які включають:

- Тренування активних рухів та моторики – поняття з використанням спеціальних тренажерів, балансувальних платформ та дрібних маніпуляційних завдань (наприклад, складання пазлів) [9].
- Когнітивно-поведінкові техніки – вправи на увагу, пам'ять, вирішення проблем та планування повсякденних справ [10].
- Соціальна адаптація – поступове включення пацієнта в соціальні групи, навчання навичкам комунікації, використання сучасних технологій для полегшення повсякденного життя [11].

Ранній початок реабілітації. Одним із найважливіших принципів ерготерапії є ранній початок реабілітаційних заходів. Роботу з пацієнтом слід починати якомога раніше, вже через 24-48 годин після стабілізації його стану. Це сприяє:

- зниженню ризику розвитку вторинних ускладнень (контрактури, пролежні, тромбози, м'язова атрофія);
- підтримці залишкових функцій та стимуляції відновлення уражених ділянок;
- формуванню мотивації до активного відновлення.

У гострій фазі реабілітація може включати в себе: виконання пасивних та активних рухів у верхніх та нижніх кінцівках, навчання родичів\опікунів технікам правильного переміщення пацієнта. Розміщення пацієнта у відповідних положеннях щоб попередити можливі ускладнення, використання додаткового обладнання для покращення стану пацієнта та полегшення догляду за ним.

Індивідуальний підхід. Кожен пацієнт має унікальні особливості після ураження головного мозку та відновлення, тому реабілітаційна програма розробляється індивідуально. Вона враховує:

- тяжкість та тип інсульту (ішемічний або геморагічний);

- вік і загальний стан здоров'я;
- рівень фізичної активності до захворювання;
- когнітивний і психоемоційний стан.

Програма реабілітації має включати в себе фізичні вправи, тренування для покращення когнітивних функцій, емоційну підтримку та навчання родичів догляду за пацієнтом.

Відновлення основних навичок самообслуговування після інсульту. Одним із головних пріоритетів у процесі реабілітації, є відновлення саме основних навичок самообслуговування оскільки саме ці навички забезпечують людині базовий рівень незалежності у повсякденному житті. До таких навичок належать: особиста гігієна, одягання, користування туалетом, харчування, пересування в межах дому, контроль за сечовиділенням та дефекацією.

Ерготерапія відіграє ключову роль у відновленні цих функцій. Фахівці з ерготерапії проводять всебічну оцінку фізичних, когнітивних і психоемоційних можливостей пацієнта, а також аналізують домашнє середовище та індивідуальні потреби особи. Виходячи з цього, вони формують персоналізований план втручань

#### **1.4 Вплив гострого порушення мозкового кровообігу на заняттєву активність**

Заняттєва активність - це сукупність повсякденних дій, які мають для людини особисту, соціальну, культурну чи професійну цінність. Вона охоплює не лише базове самообслуговування, а й участь у трудовій, освітній, дозвіллевій, духовній та сімейній сферах, визначаючи рівень автономності, ідентичності та якості життя особи. Саме через заняттєву активність людина реалізує себе в суспільстві.

Гостре порушення мозкового кровообігу (ГПМК), зокрема інсульт, є однією з провідних причин тривалої втрати працездатності. Його наслідки істотно впливають на здатність людини виконувати повсякденні справи та реалізовувати свої життєві ролі. Погіршення функціонального стану відзначається у більшості пацієнтів, навіть за відсутності тяжких фізичних порушень. Наслідки інсульту є комплексними та стосуються фізичного, когнітивного, мовленнєвого, психоемоційного та соціального функціонування.

Основними факторами, що обмежують заняттєву активність після інсульту, є:

- Фізичні порушення: частковий або повний параліч, слабкість, порушення рівноваги та координації рухів, що ускладнює пересування, догляд за собою та виконання побутових завдань.
- Когнітивні дефіцити: проблеми з пам'яттю, увагою, плануванням, що знижують ефективність організації повсякденного життя, ведення господарства, прийому ліків або фінансового управління.
- Мовленнєві порушення: афазія та дизартрія ускладнюють комунікацію, що призводить до соціальної ізоляції, стигматизації, зниження здатності брати участь у складніших інструментальних активностях.
- Психоемоційні труднощі: депресія та тривожність, що супроводжують багатьох пацієнтів після інсульту, знижують мотивацію, заважають поверненню до соціальної активності та уповільнюють процес реабілітації.
- Соціальні зміни: втрата роботи, зменшення контактів, залежність від доглядальників негативно впливають на самооцінку, ідентичність та соціальну інтеграцію особи.

Унаслідок цих факторів інсульт суттєво обмежує:

- незалежність у повсякденному житті;
- професійну активність і працевлаштування;
- участь у дозвіллі та громадському житті;
- сімейні ролі та відповідальність;
- відчуття цілісної ідентичності.

Заняттєва активність порушується навіть у пацієнтів з легкими формами інсульту. Вони можуть стикатися з підвищеною втомлюваністю, уповільненням дій, необхідністю у сторонній допомозі. Такі зміни часто спричиняють фрустрацію, зниження якості життя та соціальну дезадаптацію.

Отже, вплив інсульту на заняттєву активність є багатогранним і глибоким. Реабілітація має враховувати не лише відновлення фізичних можливостей, але й створення умов для повернення до особисто значущих справ і соціальних ролей. Саме ерготерапія забезпечує цілісний підхід до відновлення заняттєвої активності, сприяючи адаптації до нових умов і поверненню до змістовного, автономного життя.

### **1.5 Чинники, що впливають на успішність реабілітації**

Дослідження показують, що успішність реабілітації значною мірою в більшості випадків її початку, індивідуальним підходом до пацієнта та мультидисциплінарним підходом [2].

Медичні чинники: тяжкість і тип ГПМК. Рівень відновлення після інсульту значною мірою залежить від тяжкості ураження мозку. Ішемічний інсульт зазвичай має кращий прогноз, ніж геморагічний, хоча процес відновлення може бути тривалим [3]. Великі пошкодження кори головного мозку або стовбура мозку часто супроводжуються значними порушеннями рухових, мовних і когнітивних функцій, що ускладнює реабілітаційний процес [4].

Час початку реабілітації. Ранній початок реабілітаційних заходів (протягом перших 24-48 годин після стабілізації стану) значно завершує шанси на відновлення втрачених функцій. Дослідження показали, що пацієнти, які розпочали реабілітацію раніше, мають кращі функціональні результати, ніж ті, хто розпочав реабілітаційні заходи із затримкою [5]

Коморбідність: Наявність супутніх захворювань (артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, ішемічна хвороба серця) швидкість і успішність відновлення. Пацієнти з неконтрольованими хронічними захворюваннями частіше мають повторні епізоди ГПМК та гірші результати реабілітації [6]. Психологічні та когнітивні чинники Мотивація та рівень участі пацієнта: Мотивація успішної ключової ролі у процесі відновлення. Пацієнти, які активно беруть участь у реабілітаційних заходах, демонструють кращу функціональну динаміку та швидше повертаються до самостійного життя [7].

Когнітивні порушення: Пацієнти з постконсультативною деменцією або когнітивними розладами (порушення пам'яті, уваги, виконавчих функцій) мають гірший прогноз щодо відновлення функціональної незалежності [8].

Депресія та емоційні розлади: До 40% після консультації потребують від депресії, що негативно впливає на їх участь у реабілітації та якості життя [9]. Психоемоційна підтримка та корекція емоційних порушень є невід'ємною частиною успішної реабілітації.

До соціальних та економічних чинників відносять: підтримка з боку сім'ї: Наявність соціальної підтримки є важливим фактором у процесі відновлення. Пацієнти, які підтримують належний догляд і емоційну підтримку з боку батьків, швидше адаптуються до нових умов і показують кращі результати реабілітації [10].

Матеріальні можливості: Фінансові ресурси значною мірою забезпечують доступ до якісної реабілітації, включаючи спеціалізовані послуги,

обладнання та медичні препарати. Недостатність ресурсів може обмежити ефективність відновлення [11].

Доступність реабілітаційних послуг: Рівень медичної інфраструктури, наявність мультидисциплінарних реабілітаційних центрів, якість надання ерготерапевтичної допомоги суттєво впливають на кінцевий результат реабілітації [12].

Технологічні та реабілітаційні чинники теж є дуже важливими.

Використання сучасних методів реабілітації включає в себе : Реабілітаційні програми, що включають застосування віртуальної реальності, роботизованих пристроїв, біологічного зворотного зв'язку, що довели свою ефективність у покращенні моторних і когнітивних функцій після інсульту [13].

Комплексний мультидисциплінарний підхід: Співпраця між лікарями, ерготерапевтами, фізичними терапевтами, логопедами та психологами забезпечує комплексне відновлення пацієнта та досягнення максимального функціонального потенціалу [14].

Медичні бар'єри: Фізичні обмеження та порушення рухливості. Більшість випадків після інсульту мають певний рівень фізичних обмежень. Геміпарез, м'язова спастичність, порушення рівноваги та координації значно полегшують виконання повсякденних завдань [3]. Дослідження показують, що до 70% допомоги після ГПМК мають труднощі з пересуванням, а 30% потребують постійної допомоги при ходьбі [4].

Боловий синдром та інші вторинні ускладнення. Після консультації часто розвивається больовий синдром, який може бути зумовлений центральним постінсультним болем або м'язово-скелетними порушеннями такими, як контрактури суглобів [5]. Крім того, у деяких шляхів виникає таке

ускладнення, як тромбоемболія, пролежні та інфекції сечовивідних захворювань, які потребують додаткового лікування [6].

Когнітивні та мовні порушення. До 40% допомоги після інсульту мають когнітивні порушення, такі як проблеми з пам'яттю, концентрацією уваги та виконавчими функціями [7]. Афазія (порушення мови) зустрічається у 20-30% випадків та значно ускладнює комунікацію з оточуванням [8].

Емоційні розлади та депресія. Депресія є одним із найбільш розширених психічних ускладнень після інсульту. Вона відповідає 30-50% забезпеченню і пов'язана із внутрішньою мотивацією, соціальною ізоляцією та зниженням функціонального відновлення [9].

Соціальні бар'єри: Відсутність належної підтримки з боку родини та оточення. Після виписки пацієнти часто стикаються з недостатньою підтримкою з боку сім'ї, що може бути наслідком браку знань про погляд на пацієнтів після інсульту [10]. Дослідження показують, що пацієнти, які підтримують регулярну підтримку від батьків, мають кращі результати реабілітації та нижчий рівень депресії [11].

Соціальна ізоляція та втрата звичних соціальних ролей. Багато випадків втрачають можливість повноцінного спілкування через когнітивні та мовні порушення, що призводить до соціальної ізоляції. Втрата професійних навичок та обмежені можливості для повернення до роботи ще більше погіршують соціальну адаптацію [12].

Фінансові бар'єри: Висока вартість реабілітації. Повноцінна реабілітація після інсульту вимагає значних фінансових ресурсів. Витрати включають фізичну терапію, ерготерапію, медикаментозне лікування та спеціалізоване обладнання. У країнах із недостатньо розвинутою системою соціальної підтримки пацієнти часто не мають доступу до необхідної реабілітації [13].

Втрата працездатності. Близько 50% потреби після консультації не може здійснюватися до вашої професійної діяльності, що призводить до зниження рівня доходу та незалежно від сім'ї або соціальної виплати [14].

Інфраструктурні та організаційні бар'єри: Обмежений доступ до реабілітаційних послуг. У багатьох регіонах пацієнти стикаються з нестачею реабілітаційних центрів або обмеженим доступом до спеціалізованої допомоги. Відсутність транспортної доступності або віддаленість від медичних закладів також є серйозною проблемою [15].

Брак кваліфікованих спеціалістів. Дефіцит спеціалістів з ерготерапії, логопедів та психологів значно ускладнює процес відновлення. Високе навантаження на лікарів також може призвести до недостатньої уваги до потреби потреб [16].

Психологічні бар'єри: Низька мотивація та страх рецидиву. Пацієнти, які пережили інсульт, часто бояться повторного нападу, що може призвести до зниження активності та уникнення фізичних навантажень. Низька мотивація значно ускладнює процес реабілітації [17].

Недовіра до медичної системи. Деякі пацієнти уникають подальшої реабілітації через негативний досвід лікування або недовіру до медичної системи. Це може призвести до переривання терапії та порушення стану здоров'я [18].

Психологічні аспекти адаптації після ГПМК: Депресія та тривожні розлади. Після перенесеного інсульту депресія є одним із найбільш розширених психічних розладів, який зустрічається в 30-50% випадків [4]. Постінсультна депресія асоціюється зі зниженням мотивації до реабілітації, погіршенням когнітивних функцій та підвищеним ризиком смертності [5]. Основними причинами депресії є:

- Утрата функціональної незалежності - пацієнти стикаються з обмеженнями у рухах, самообслуговуванні та спілкуванні [6].

- Зниження самооцінки та почуття безпорадності - втрата можливості працювати та виконувати звичні соціальні ролі до втрати впевненості у власних силах [7].
- Фізичний дискомфорт та хронічний біль - постінсультний больовий синдром та спастичність м'язів можуть значно впливати на емоційний стан [8].

Тривожні розлади також розширені серед зборів після ГПМК. Вони часто пов'язані зі страхом повторного інсульту, зміною соціального статусу та невизначеністю майбутнього [9].

Когнітивні порушення. До 40% потреб після консультації мають когнітивні розлади, що включають порушення пам'яті, уваги, просторової орієнтації та виконавчих функцій [10]. такі зміни вдосконалюють повсякденне життя, знижують здатність до самообслуговування та ведуть до соціальної ізоляції.

Когнітивні порушення можуть ускладнювати прийняття рішень, навички планування та розв'язання проблеми, що суттєво впливає на процес адаптації [11].

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Деякі пацієнти після консультації переживають симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР), зокрема нав'язливі думки про інсульт, гіперзбудженність та емоційне оніміння [12].

Соціальні аспекти адаптації після ГПМК: Зміни у сімейних відносинах. Після перенесеного інсульту сімейне життя пацієнта зазнає суттєвих змін. Члени родини часто беруть на себе роль опікунів, що може спричинити додатковий стрес, втому та емоційне вигорання [13].

Основні труднощі у сімейних відносинах після ГПМК:

- Нерівномірний розподіл обов'язків - основний догляд часто лягає на одного члена сім'ї, що може викликати напруженість у відносинах [14].

- Фінансовий тиск - значні витрати на реабілітацію та втрату джерел доходу створюють додаткові проблеми [15].
- Зміна ролі в родині - пацієнт, який раніше виконував активну соціальну чи професійну роль, може стати залежним від допомоги інших [16].

Соціальна ізоляція. Порушення мовлення, когнітивні проблеми та обмежена рухливість призводять до соціальної ізоляції. Пацієнти можуть втратити колишні соціальні зв'язки, уникати публічних заходів через страх бути незрозумілими або відчувати себе [17].

Зниження соціальної активності сприяння розвитку депресії, зниження тривожності та мотивації до реабілітації [18].

Труднощі з поверненням до професійної діяльності. Близько 50% потреб після інсульту не можуть робити до роботи через фізичні або когнітивні порушення [19]. Втрата професійної діяльності не тільки знижує фінансову добробут, але й негативно впливає на самооцінку та психоемоційний стан.

Основні бар'єри повернення до роботи:

- Фізичні обмеження (геміпарез, порушення координації) [20].
- Когнітивні проблеми (погіршення пам'яті, уваги) [21].
- Відсутність адаптованих умов на робочому місці [22].

Стратегії психологічної та соціальної адаптації. Психологічна підтримка. Для зниження рівня депресії та тривожності ефективними є:

- Когнітивно-повідінкова терапія (КПТ) - пацієнтам пацієнтів змінити негативне мислення та розвинути стратегії подолання труднощів [23].
- Групи підтримують - сприяють соціальній інтеграції та зменшенню ізоляції [24].
- Психосвіта - інформування населення та їхніх батьків про адаптацію після консультації зменшує страхи та невизначеність [25].

Соціальна реабілітація

- Адаптація житлового середовища - використання допоміжних засобів (перила, поручні, протиковзкі покриття) [26].
- Навчання навичкам самообслуговування - ерготерапевти допомагають пацієнтам відновити базові навички (гігієна, приготування їжі) [27].
- Професійна реабілітація - програма повернення до роботи, адаптація робочого місця, перекваліфікація [28].

Роль сім'ї та доглядальників у процесі інтеграції сім'ї. Психоемоційна підтримка пацієнта. Після ГПМК у разі потреби спостерігаються депресія, тривожні розлади та страх повторного інсульту [6]. Сім'я виконує важливу функцію в наданні емоційної підтримки, мотивуючи пацієнтів до активної участі в реабілітаційному процесі [7].

Основні аспекти психоемоційної підтримки:

- Формування позитивного психологічного клімату в родині [8].
- Підтримка у подоланні почуття безпорадності та втрати незалежності [9].
- Стимулювання соціальної активності - залучення пацієнта до сімейного життя, зустрічі з друзями [10].

За підтримки з боку родини ризик розвитку депресії у пацієнта значно погіршується, що негативно впливає на успішність реабілітації [11].

Фізична допомога у повсякденному житті

Близько 70% потреб після інсульту потребують допомоги у виконанні базових побутових завдань, таких як одяг, прийом їжі, гігієнічні процедури та пересування [12].

Фізична підтримка сім'ї включає:

- Допомогу у самообслуговуванні (гігієна, харчування) [13].
- Контроль за прийомом медикаментів та виконання реабілітаційних вправ [14].
- Супровід під час відвідування лікарень та реабілітаційних центрів [15].

Недостатність догляду може призвести до розвитку ускладнень, таких як контрактури, пролежні, атрофія м'язів, що зменшує шанси пацієнта на повноцінне відновлення [16].

Навчання сім'ї методам догляду. Раптові зміни в житті пацієнта після консультації є стресом не лише для нього, а й для членів його родини. Багато родичів не готові до допомоги хворим і потребують навчання базовим навичкам медичного догляду та реабілітаційних методик [17].

Методи навчання батьків:

- Інформування про особливості стану пацієнта та прогноз [18].
- Навчання технікою фізичного догляду - переміщення пацієнта, профілактика пролежнів, контроль харчування [19].
- Психологічна підтримка батьків - допомога у подоланні стресу та емоційного горіння [20].

Залучення родини до процесу реабілітації значно покращує функціональні результати відновлення сім'ї [21].

Роль доглядальників у процесі інтеграції пацієнта. Функції професійних доглядальників. Не всі сім'ї можуть забезпечити належний огляд для пацієнта після інсульту, тому часто залучаються професійні доглядальники [22].

Основні обов'язки доглядальника:

- Допомога у пересуванні та виконанні повсякденних справ [23].
- Організація прийому ліків та контроль стану здоров'я [24].
- Стимулювання активного способу життя - прогулянки, фізичні вправи, соціальні контакти [25].

Професійний доглядальник також може сприяти психологічному комфорту пацієнта, допомагаючи йому адаптуватися до нових умов життя [26].

Емоційна підтримка доглядальників та ризик вигорання. Догляд за пацієнтами з важкими наслідками інсульту є виснажливим процесом, що може призвести до емоційного горіння доглядальників [27].

Симптоми емоційного горіння:

- Хронічна втома та порушення сну [28].
- Емоційне визнавання та дратівливість [29].
- Почуття ізоляції та соціальної відчуженості [30].

Для профілактики вигорання необхідно організувати психологічну підтримку доглядальників, проводити навчальні тренінги та залучати волонтерські організації для тимчасової допомоги [31].

Вплив соціальної підтримки на реабілітацію пацієнтів. Значення соціальних програм та груп підтримки. Соціальна підтримка прогресує ключову роль у реабілітації населення після інсульту. Програми допомоги можуть включати:

- Групи психологічної підтримки - для потреб та їхніх батьків [32].
- Центри денного догляду - для реабілітації та соціалізації допомоги [33].
- Програми з професійної адаптації - допомога у вдосконаленні роботи або перекваліфікації [34].

Розвиток соціальної програми зниження рівня депресії серед населення та забезпечення їх мотивації до активної участі в суспільному житті [35].

Можливість адаптації домашнього середовища

Основні принципи адаптації житла

Забезпечення безпеки

- Використання протиковзких покриттів на підлозі.
- Усунення порогів або встановлення пандусів.
- Встановлення поручнів та опорних ручок у критичних місцях (ванна, туалет, сходи).

- Покращене освітлення для уникнення падінь.

#### Оптимізація простору

- Видалення зайвих меблів для забезпечення простору для пересування.
- Організація зручних зон для сидіння та відпочинку.
- Розміщення часто використовуваних предметів на рівні доступності (без потреби нахилитися або тягнутися вгору).

#### Модифікація меблів та обладнання

- Використання ліжок з регульованою висотою.
- Установка спеціальних стільців з підлокітниками та спинкою.
- Застосування адаптованих кухонних та санітарних приладів.

#### Технологічні рішення

- Автоматичне управління освітленням та побутовими приладами.
- Використання голосових помічників для управління домашніми пристроями.
- Впровадження сенсорних кнопок виклику допомоги.

#### Адаптація окремих зон житла

##### Вхідна зона

- Встановлення пандусів.
- Автоматичні дверні замки.
- Достатнє освітлення для уникнення небезпеки падінь.

##### Вітальня

- Організація безбар'єрного пересування.
- Безпечне розташування електропроводки.
- Спеціальні меблі для зручного сидіння та вставання.

##### Кухня

- Використання кухонних шаф з висувними механізмами.
- Регульовані столи та стільці.
- Індукційні плити з автоматичним вимкненням.

#### Ванна кімната та туалет

- Протиковзкі килимки.
- Сидіння для душу.
- Спеціальні насадки для змішувачів для легкого регулювання води.

#### Соціальна та психологічна адаптація

- Навчання родичів догляду за пацієнтом.
- Використання телемедицини для регулярного моніторингу стану.
- Організація соціальної підтримки та залучення до реабілітаційних груп.

## **Висновки до розділу 1**

Гостре порушення мозкового кровообігу (ГПМК) є загрозовим для життя станом, який потребує негайної медичної допомоги, оскільки затримка в діагностиці та лікуванні значно погіршує прогноз для пацієнта. Існують кілька форм ГПМК - ішемічний інсульт, геморагічний інсульт, транзиторна ішемічна атака та субарахноїдальний крововилив - кожна з яких має свої особливості, механізми розвитку та ускладнення. Сучасна медична практика базується на комплексному підході до діагностики, що включає клінічний огляд, інструментальні методи (КТ, МРТ, доплерографія), лабораторні аналізи та кардіологічне обстеження. Саме швидке розпізнавання типу порушення та застосування відповідного лікування (наприклад, тромболізіс або хірургія) є ключовими факторами у зменшенні неврологічних наслідків і збереженні функціональних можливостей пацієнта.

Ерготерапевт відіграє важливу роль у відновленні пацієнтів після ГПМК на всіх етапах реабілітації - від гострої фази до повернення до активного соціального життя. Основним завданням є допомога пацієнту у відновленні повсякденних навичок самообслуговування, рухової активності, когнітивних функцій та психологічної адаптації. На різних етапах реабілітації ерготерапевт використовує індивідуальні підходи, адаптивні техніки та спеціальні пристрої. Успіх цього процесу значною мірою залежить від мультидисциплінарної співпраці з лікарями, фізичними терапевтами, логопедами, психологами та соціальними працівниками, що забезпечує цілісний підхід до відновлення пацієнта і сприяє поверненню до максимально незалежного життя.

Ерготерапія при реабілітації після ГПМК базується на принципах раннього втручання, індивідуального підходу та функціональної орієнтації на повсякденні завдання. Основна мета - допомогти пацієнтові досягти максимальної незалежності в повсякденному житті та зменшити ризик

повторного інсульту або ускладнень. Серед ключових методів - тренування рухових навичок, когнітивні вправи, соціальна інтеграція та робота з родиною. Завдяки застосуванню сучасних доказових методик і комплексному підходу, ерготерапія значно підвищує якість життя пацієнтів після інсульту та сприяє їхній активній участі у соціумі.

Сучасні підходи до реабілітації після інсульту базуються на принципах міждисциплінарності, індивідуалізації та активного залучення пацієнта до процесу відновлення. Велика увага приділяється комплексному оцінюванню функціонального стану, ранньому початку реабілітаційних заходів, а також використанню новітніх методик - таких як роботизована терапія, віртуальна реальність, телереабілітація та функціонально орієнтоване навчання. Такий підхід дозволяє значно покращити результати відновлення, скоротити час повернення до повсякденної активності та зменшити залежність пацієнта від сторонньої допомоги.

Успішна реабілітація пацієнтів після ГПМК значною мірою залежить від ефективної командної роботи фахівців різних напрямів - лікарів, ерготерапевтів, фізичних терапевтів, логопедів, психологів, соціальних працівників. Така міждисциплінарна взаємодія забезпечує цілісний підхід до відновлення, враховуючи не лише фізичні, а й емоційні, когнітивні та соціальні потреби пацієнта. Командна робота дозволяє координувати лікування, уникати дублювання заходів та швидко реагувати на зміни в стані пацієнта, що в цілому підвищує ефективність реабілітаційного процесу.

## РОЗДІЛ 2

### МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕНЬ

#### 2.1 Методи досліджень.

Для вирішення поставлених завдань в роботі було обрано наступні методи дослідження:

- аналіз науково-методичної літератури;
- нестандартизовані інструменти обстеження; (інтерв'ю з родичами та спостереження)
- стандартизовані інструменти обстеження; (Бартел,);
- методи математичної статистики.

##### 2.1.1 Аналіз науково-методичної літератури

Аналізуючи дані науково-методичної літератури було вивчено сучасні вітчизняні та зарубіжні літературні джерела, присвячені розгляду особливості інтеграції навичок з клінічного у домашнє середовище у пацієнтів після ГПМК.

Теоретичний аналіз літературних джерел дозволив ґрунтовно підійти до вивчення питань, які пов'язані із перенесенням навичок з клінічного в домашнє середовище у пацієнтів з мозковим інсультом та роботою ерготерапевта. Опрацювання зарубіжних та українських джерел дало змогу окреслити фактори, які спричиняють інсульт, які складнощі можуть виникнути після цього, що в подальшому впливає на активність повсякденного життя та які стратегії може використовувати ерготерапевт для покращення незалежності у побуті. Аналіз обраної літератури дозволив зрозуміти сучасний стан даної проблеми, що допомогло встановити мету та завдання дослідження, поставити конкретні завдання, обрати методи ерготерапії та узагальнити результати власних даних. У процесі виконання

магістерської роботи було опрацьовано 65 джерела наукової та спеціальної літератури.

### **2.1.2 Нестандартизовані інструменти оцінювання**

Первинний етап оцінки ерготерапії включає проведення співбесіди з пацієнтом або з особою, яка надає догляд, з метою визначення раніше виконуваних життєвих ролей, а також завдань та дій, пов'язаних з цими ролями. Під час оцінки також проводиться спостережна оцінка особистих завдань щодо самообслуговування, таких як приймання душу, одягання, відвідування туалету, догляд та прийом їжі, а також домашніх або інструментальних завдань, таких як готування їжі, покупки, прибирання, прання та керування фінансами та ліками.

Нестандартизовані методи оцінювання охоплюють інструменти та підходи, які застосовуються для аналізу різноманітних аспектів функціонування людини, проте не мають фіксованих процедур або чітко регламентованих форм. Їх зазвичай використовують у випадках, коли відсутні загально визнані або уніфіковані методи оцінювання, а також у ситуаціях, де необхідне отримання додаткової, індивідуалізованої інформації, яка не охоплюється стандартизованими інструментами.

Такі методи належать до категорії неформальних, що надає фахівцю гнучкість у зборі детальної інформації про сильні сторони, обмеження, ресурси та контекст функціонування пацієнта. Нестандартизоване оцінювання дозволяє виявити критичні аспекти стану, які могли б залишитися поза увагою у рамках формалізованих процедур. Хоча дані, отримані за допомогою таких методів, не можуть бути порівняні між різними пацієнтами так само, як це можливо при використанні стандартизованих тестів, вони є цінними у динаміці спостереження за одним пацієнтом протягом часу.

Ці методи можуть слугувати важливим доповненням до стандартизованих підходів, дозволяючи створити цілісне уявлення про функціональний стан, потреби та рівень якості життя особи. Вони забезпечують можливість адаптувати процес оцінювання до індивідуального контексту пацієнта, включаючи його життєві обставини, культурні особливості та особисті пріоритети.

До найпоширеніших нестандартизованих методів належать:

- інтерв'ю,
- спостереження.

Інтерв'ю - це форма структурованого або напівструктурованого діалогу, в якому один учасник ставить запитання, а інший відповідає. Його застосовують у випадках, коли дослідник або фахівець чітко окреслює мету оцінювання та розробляє перелік основних і допоміжних запитань, що дозволяють глибше зрозуміти проблему. Ефективність інтерв'ю значною мірою залежить від здатності спеціаліста створити доброзичливу атмосферу, встановити контакт, інтерпретувати невербальні сигнали (міміку, жести, емоційні реакції) та виявити, наскільки співрозмовник готовий до щирого діалогу.

Метою інтерв'ю в ерготерапевтичній практиці є виявлення симптомів, рівня функціонування та потреб пацієнта, зокрема з порушеннями уваги, а також формування довірливих робочих стосунків. Спочатку ерготерапевт вітається з пацієнтом, встановлює контакт, пояснює мету інтерв'ю та створює комфортні умови. Далі проводиться збір анамнезу: уточнюється особиста інформація, сімейний та професійний статус, а також медична історія, включаючи діагнози, попередні терапевтичні втручання та їх результати.

Наступним етапом є збирання відомостей про симптоматику та повсякденне функціонування: ерготерапевт запитує про увагу, імпульсивність, труднощі з організацією дій і їх вплив на різні сфери життя - навчання, роботу, соціальні контакти, самообслуговування. Після цього з'ясовуються індивідуальні потреби та інтереси пацієнта, щоб сформувавши максимально адаптований і мотивуючий план терапії. Завершується інтерв'ю підбиттям підсумків, формуванням попередніх цілей реабілітації, обговоренням наступних кроків і наданням інформації про доступні ресурси. Проведення інтерв'ю вимагає врахування особистісних особливостей кожного пацієнта, що потребує від ерготерапевта розвинених комунікативних навичок та емоційної чутливості.

Спостереження - ще один поширений метод нестандартизованої оцінки, який передбачає цілеспрямоване й уважне вивчення поведінки та реакцій пацієнта у природному або змодельованому середовищі. Цей метод має системний і плановий характер, дозволяє зберігати природність поведінки об'єкта спостереження та забезпечує об'єктивність отриманих даних.

Спостереження може бути використане для оцінки психоемоційного стану, якості взаємодії з оточенням, рівня комунікаційних навичок. Зокрема, можна аналізувати невербальні сигнали - міміку, жести, поведінкові реакції, що дозволяє зробити висновки про внутрішній стан пацієнта. Також важливою є оцінка комунікативної поведінки: як особа ініціює контакт, реагує на співрозмовників, висловлює думки.

Цей метод може застосовуватись як у клінічних умовах, так і в реальному побутовому або робочому середовищі. Успішне використання спостереження передбачає наявність чітко визначених критеріїв, фіксацію результатів і подальший аналіз отриманих даних.

У реабілітації після інсульту спостереження дає змогу ерготерапевту ідентифікувати обмеження активності та виявити причини, які їх зумовлюють - чи то моторні, когнітивні, сенсорні або перцептивні порушення. Крім того, метод дозволяє оцінити здатність до участі в повсякденній діяльності, виявити труднощі при виконанні завдань, рівень мотивації, а також соціальну взаємодію пацієнта. Це сприяє створенню більш індивідуалізованої стратегії терапевтичного втручання.

### **2.1.3 Стандартизовані інструменти оцінювання**

Стандартизовані тести є одним із ключових інструментів для оцінки функціонального стану пацієнтів та ефективності проведених реабілітаційних заходів. Ці методики, розроблені спеціалістами в галузі ерготерапії та дослідниками, дозволяють здійснювати об'єктивне вимірювання рівня функціонування пацієнта, виявляти його потреби та потенціал.

Використання стандартизованих тестів є важливим на всіх етапах реабілітаційного процесу: від первинної оцінки стану пацієнта до формулювання цілей втручання, спостереження за динамікою змін та підбиття підсумків лікування. Завдяки об'єктивним критеріям і уніфікованій структурі, ці інструменти дозволяють також проводити міжгрупові порівняння у рамках клінічних досліджень.

Тестування охоплює різні компоненти функціонування: когнітивні процеси, мовлення, рухові здібності, сприйняття, рівень незалежності у виконанні повсякденних справ тощо. Кожен тест має чітко визначену методику проведення та систему оцінювання, що забезпечує отримання кількісних даних для подальшого аналізу.

Індекс Бартел для оцінки активностей повсякденного життя (АПЖ) є порядковою рейтинговою шкалою, яка використовується для визначення

рівня самостійності пацієнта у виконанні базових щоденних завдань. Вперше опублікований у 1965 році, цей інструмент був розроблений з метою кількісної оцінки обмежень у життєдіяльності осіб із порушеннями, що виникають внаслідок пошкоджень, які впливають на здатність використовувати кінцівки у повсякденній діяльності.

Індекс Бартел охоплює десять найбільш поширених базових активностей повсякденного життя, які безпосередньо пов'язані з мобільністю та самообслуговуванням:

1. прийом їжі,
2. купання,
3. гігієна,
4. вдягання,
5. контроль дефекації,
6. контроль сечовипускання,
7. користування туалетом,
8. переміщення з ліжка на стілець і назад,
9. пересування по рівній поверхні,
10. подолання сходів.

Процес оцінки зазвичай займає лише кілька хвилин і може проводитися як частина первинного або повторного реабілітаційного обстеження. Шкала дозволяє визначити, наскільки особа потребує допомоги в кожній із зазначених сфер, враховуючи фізичні зусилля, витрачений час та рівень залучення сторонньої допомоги. Кожен із пунктів має фіксовану систему балів, які сумуються, формуючи підсумковий результат, що відображає загальний рівень функціональної незалежності пацієнта.

Оцінювання може базуватися як на безпосередньому спостереженні, так і на достовірній інформації, отриманій шляхом опитування самого пацієнта,

членів родини або медичного персоналу. Також можливе використання клінічного досвіду та експертного судження фахівця. Чим вищий підсумковий бал - тим більш незалежною є людина у виконанні щоденних завдань. Відповідно, нижчі бали вказують на більшу залежність та потребу в догляді.

Інструмент також дозволяє прогнозувати ймовірність повернення пацієнта додому після завершення стаціонарного лікування. Загальний бал шкали формується шляхом підрахунку балів за десятьма категоріями та множення їх на коефіцієнт 5, що дає максимальне значення у 100 балів.

Початково шкала Бартел передбачала оцінювання кожного пункту за трибальною шкалою:

- 0 балів - завдання не виконується,
- 1 бал - виконується частково або з допомогою,
- 2 бали - повна самостійність.

Інтерпретація підсумкових балів:

- 0-20 балів - повна залежність;
- 21-60 балів - виражена залежність;
- 61-90 балів - помірна залежність;
- 91-99 балів - легка залежність.

У наукових дослідженнях та клінічній практиці поріг у 60/61 бал часто використовується як критерій розмежування між сильною та помірною залежністю. Шкала є надійним і простим у застосуванні інструментом, який може бути заповнений будь-яким членом мультидисциплінарної команди - фізичним терапевтом, ерготерапевтом, медичним працівником або іншим кваліфікованим спостерігачем - за 2-5 хвилин.

## Активності повсякденного життя (Activities of Daily Living або АПЖ)

Це базові дії, необхідні для щоденного самообслуговування. Ерготерапевт працює над тим, щоб людина могла виконувати їх самостійно або з мінімальною допомогою.

До ADL належать:

- Самостійне харчування (вміння користуватись столовими приборами, ковтання)
- Особиста гігієна (миття обличчя, чистка зубів, розчісування)
- Купання та душ (включно з адаптацією ванної кімнати)
- Одягання (враховуючи використання допоміжних пристроїв)
- Користування туалетом
- Контроль сечовипускання та дефекації
- Переміщення (з ліжка, стільця, пересування з/без допомоги)

Приклад: Пацієнт, який після інсульту втратив можливість мити голову, навчається користуватись спеціальним душем з ручкою та техніками енергозбереження.

## IADL - Інструментальні активності повсякденного життя (Instrumental Activities of Daily Living)

Це складніші дії, які потребують вищого рівня когнітивної організації, соціальної взаємодії або технічних навичок. Вони не є життєво необхідними, але критично важливі для незалежного проживання.

До IADL належать:

- Покупки продуктів і товарів
- Приготування їжі
- Прибирання житла

- Прання одягу
- Користування телефоном та іншими засобами зв'язку
- Прийом ліків (вчасно, у правильному дозуванні)
- Управління фінансами
- Користування громадським або власним транспортом

Приклад: Пацієнтка з порушенням пам'яті після інсульту використовує органайзер для таблеток із нагадуваннями, розроблений спільно з ерготерапевтом.

шкала інструментальних активностей повсякденного життя за Лоутоном (Lawton IADL)

Шкала інструментальних активностей повсякденного життя (IADL) за Лоутоном є валідним інструментом для оцінки навичок самостійного проживання. Вона дає змогу оцінити більш складні навички порівняно з базовими активностями повсякденного життя, які вимірюються за допомогою індексу Катца. Шкала Лоутона найбільш корисна для виявлення поточного функціонального рівня пацієнта, а також для відстеження покращення або погіршення функціонального стану з часом. Вона охоплює вісім функціональних сфер, у яких жінки оцінюються за всіма категоріями, тоді як у чоловіків традиційно не враховують приготування їжі, прибирання та прання. Оцінювання проводиться відповідно до найвищого рівня самостійності в кожній категорії. Сумарний бал для жінок варіюється від 0 (повна залежність) до 8 (повна незалежність), а для чоловіків — від 0 до 5.

Цільова популяція та умови застосування: Цей інструмент призначений для використання серед людей похилого віку в умовах громади або стаціонару. Він не рекомендується для оцінки функціонального статусу осіб, які перебувають в інституційних закладах (наприклад, геріатричних

пансіонатах). Шкалу можна використовувати як для первинного оцінювання, так і для подальших порівнянь функціонального стану з базовим рівнем.

#### **2.1.4 Методи математичної статистики**

Для математичної обробки числових даних роботи використовувалась програма Excel. Для кількісних показників, які мали нормальне розподілення, визначали середнє значення, середньоквадратичне відхилення. Значущість різниці оцінювали за допомогою t-критерію Стьюдента. Статистично значущими вважалися відмінності, що не перевищували рівня вірогідності  $p < 0,05$  при заданому числі ступенів свободи.

#### **2.2 Організація дослідження**

Дослідження проводилося протягом 2023-2025 навчальних років на базі Центру фізичної реабілітації «Фенікс», який має ліцензію на здійснення фізичної та ерготерапевтичної допомоги пацієнтам із неврологічними розладами. Центр спеціалізується на амбулаторному та частково стаціонарному відновленні осіб, які перенесли інсульт, травми головного мозку, церебральні порушення та інші функціональні ураження нервової системи. У дослідженні було використано потенціал мультидисциплінарної команди фахівців: ерготерапевтів, фізичних терапевтів, логопедів, психолога та лікаря-невролога, що забезпечило системний підхід до спостереження та інтервенції.

У дослідженні взяли участь 16 осіб, які відповідали чітко визначеним критеріям. До вибірки увійшли 7 жінок та 9 чоловіків у віці від 35 до 55 років (середній вік - 44 року), які перенесли гостре порушення мозкового кровообігу (ГПМК) ішемічного або геморагічного типу в басейні середньої мозкової артерії, що найчастіше призводить до ураження кори великих півкуль головного мозку, зокрема ділянок, відповідальних за сенсомоторні функції та просторову орієнтацію. Обов'язковою умовою включення до

дослідження була наявність зоропросторових порушень, які проявлялися у вигляді однобічного просторового ігнорування (неглекту) або push-синдрому - типового клінічного симптому, що значно ускладнює орієнтацію в просторі, самообслуговування та інші активності повсякденного життя.

Критерії включення до дослідження:

- Вік від 35 до 55 років.
- Наявність документально підтвердженого діагнозу ГПМК (ішемічного або геморагічного типу) у басейні середньої мозкової артерії.
- Латералізація ураження (ліва або права півкуля).
- Виявлені ознаки порушення просторової орієнтації (неглект, push-синдром).
- Стабільний загальний стан, що дозволяє виконувати вправи з ерготерапії.

Критерії виключення з дослідження:

- Наявність моторної або тотальної афазії, що ускладнює або унеможлиблює комунікацію з пацієнтом.
- Виражена апраксія (неможливість виконання вказівок, пов'язаних із плануванням і виконанням рухів).
- Психічні розлади або когнітивні порушення важкого ступеня.
- Вторинні ураження (наприклад, повторний інсульт) протягом останніх 6 місяців.

З метою аналізу ефективності програми ерготерапевтичної інтервенції з акцентом на інтеграцію навичок у домашнє середовище, всі учасники були розподілені випадковим чином на дві рівноцінні за кількістю, віком і типом ураження групи:

- Основна група (8 осіб) - проходила програму реабілітації, яка включала адаптовану ерготерапевтичну модель з елементами перенесення клінічно відпрацьованих навичок у побутові умови.
- Контрольна група (8 осіб) - отримувала стандартну реабілітацію без використання спеціалізованих технік інтеграції навичок у домашнє середовище.

### Етапи проведення дослідження

Організація дослідження передбачала реалізацію трьох взаємопов'язаних етапів, кожен з яких мав конкретну мету, завдання, інструментарій та строки виконання.

#### I етап - Теоретично-аналітичний (жовтень 2023 - травень 2024 року)

На цьому етапі здійснювався поглиблений аналіз наукових джерел українських і зарубіжних авторів з теми реабілітації після інсульту, ерготерапевтичних втручань при просторових порушеннях, методів корекції неглекту та push-синдрому. Розглядалися сучасні мультидисциплінарні підходи до постінсультної допомоги, принципи трансферу навичок, теорії навчання дорослих і нейропластичності. Результати аналізу дозволили сформулювати гіпотезу дослідження та визначити структуру програми ерготерапії, орієнтованої на перенесення функціональних навичок із клінічного в домашнє середовище.

#### II етап - Практично-дослідний (травень 2024 - грудень 2024 року)

На цьому етапі реалізовувалося емпіричне дослідження, що охоплювало:

- проведення первинного клінічного обстеження (нейропсихологічне тестування, оцінка просторової орієнтації, тест на push-синдром, опитувальники ADL та IADL);

- розробка індивідуалізованої програми ерготерапії з урахуванням цілей пацієнта, особливостей його побутового середовища (у тому числі за допомогою фотоаналізу, зворотного зв'язку від родичів);
- реалізація терапії у два етапи: в клінічних умовах і з частковою інтервенцією вдома (через домашні завдання, онлайн-спостереження, залучення рідних до процесу);
- проведення повторного обстеження для визначення динаміки.

III етап - Аналітико-узагальнюючий (грудень 2024 - квітень 2025 року)

На завершальному етапі було здійснено:

- порівняльний аналіз ефективності терапії в основній і контрольній групах;
- статистичну обробку даних, зокрема використання t-критерію Стьюдента, коефіцієнта динаміки, індексу ефективності;
- формування висновків, узагальнення отриманих результатів у контексті актуальних досліджень;
- підготовку науково-методичних рекомендацій щодо впровадження методики в клінічну практику та оформлення матеріалів магістерської роботи відповідно до вимог ВОЗ та національних освітніх стандартів.

## Висновки до розділу 2.

Розділ 2 надає всебічний огляд методів і організації дослідження, яке спрямоване на вивчення інтеграції навичок з клінічного в домашнє середовище для пацієнтів після ГПМК. У роботі було застосовано комплекс методів, що дозволяє отримати достовірні та релевантні результати:

1. Методи досліджень: Використано кілька основних підходів: аналіз науково-методичної літератури, нестандартизовані та стандартизовані інструменти оцінювання, а також методи математичної статистики. Це дозволило об'єктивно оцінити реабілітаційні процеси, вивчити наукові здобутки і підійти до аналізу конкретних клінічних випадків з усіма необхідними інструментами.
2. Аналіз науково-методичної літератури: Огляд сучасних вітчизняних та зарубіжних досліджень показав, що ерготерапія та перенесення навичок з клінічного в домашнє середовище є важливою складовою реабілітаційного процесу для пацієнтів після інсульту. Це дозволяє сприяти покращенню самостійності пацієнтів у повсякденному житті.
3. Нестандартизовані інструменти оцінювання: Спостереження та інтерв'ю з пацієнтами дозволили зібрати індивідуалізовану інформацію про їх функціональний стан, потреби та труднощі, що не можна було б отримати за допомогою стандартизованих тестів. Ці інструменти є цінними для динамічного оцінювання прогресу реабілітації.
4. Стандартизовані інструменти оцінювання: Використання тестів, таких як індекс Бартел для оцінки активностей повсякденного життя, дозволило кількісно оцінити рівень функціональної незалежності пацієнтів. Це забезпечило об'єктивність і порівнянність результатів дослідження.

5. Методи математичної статистики: Використання математичних методів для аналізу отриманих даних забезпечило точність і надійність результатів. Це дозволило зробити висновки про значущість змін у функціональному стані пацієнтів, а також оцінити ефективність різних ерготерапевтичних стратегій.

## **РОЗДІЛ 3**

### **РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

#### **3.1 Стратегії інтеграції навичок з клінічного в домашнє середовище для пацієнтів після ГПМК**

##### **Стратегії інтеграції**

Для розробки алгоритму ерготерапії та обґрунтування використаних стратегій, було проведено аналіз та узагальнення літературних джерел, а також досліджено анамнез та клінічні показники осіб із порушенням рухової активності верхньої кінцівки після ГПМК.

Було розроблено алгоритм ерготерапевтичних втручань, дотримуючись принципів етапного використання стратегій ерготерапії, що сприяло поступовому збільшенню фізичного навантаження. На основі уявлень про механізми розвитку захворювання та згідно з основними методологічними положеннями про навчання руховим навичкам, було обґрунтовано вибір алгоритм втручання та визначено оптимальне градування ерготерапевтичного втручання.

Ерготерапія проводилась у центрі фізичної реабілітації «Фенікс», заняття проводились два раз на день протягом п'яти днів на тиждень, тривалість кожного заняття становила 45 хвилин, загальний курс ерготерапії тривав чотири тижні. Додатково проводилося навчання родичів або доглядальників пацієнта щодо безпечного та опимального рівня допомоги пацієнти при реалізації активності повсякденного життя та консультування щодо ефективної стратегії комунікації. Для контрольної групи були видані рекомендації додому і проведене переобстеження після 12 тижнів вдома.

Основна група отримала рекомендації, усунення бар'єрів, та проведено 3 онлайн сесії з кожним пацієнтом, після чого було виконане переобстеження.

Після виписки пацієнтів із стаціонару важливим етапом реабілітації є інтеграція ерготерапевтичних втручань у домашнє середовище. Формування індивідуальної програми ерготерапії для пацієнтів після ГПМК в домашніх умовах є ключовим аспектом успішної реабілітації.

#### Оцінка потреб та можливостей пацієнта

- Перед формуванням індивідуальної програми ерготерапії в домашніх умовах надзвичайно важливо провести всебічну оцінку стану пацієнта. Така оцінка дозволяє визначити фізичні, когнітивні та емоційні потреби пацієнта, а також рівень підтримки, який буде необхідний для забезпечення успішного повернення до самостійного життя.

#### *Фізичні потреби*

Оцінка фізичних потреб охоплює декілька важливих аспектів:

- Рухова функція: здійснюється оцінка рівня рухової активності, сили м'язів, координації рухів, здатності до пересування, зокрема використання інвалідного візка або допоміжних засобів.

- Сенсорна функція: оцінюється реакція пацієнта на різні види стимуляції, включаючи дотик, біль, температурні подразники.

- Стійкість до навантажень: визначається здатність пацієнта до витримування фізичних навантажень під час виконання повсякденних завдань, таких як стояння, сидіння, пересування.

Когнітивні потреби Когнітивна оцінка включає:

- Вивчення здатності до запам'ятовування, концентрації уваги, планування та організації повсякденних дій;

- Аналіз орієнтації в просторі та часі, здатності до прийняття рішень та розв'язання побутових проблем.

#### *Емоційні та соціальні потреби*

До емоційних та соціальних потреб належать:

- Визначення рівня тривожності, депресивних проявів, загального емоційного стану пацієнта;
- Оцінка рівня соціальної активності, наявності підтримки з боку родичів, друзів або інших осіб.
- Формування індивідуальної програми

#### *Визначення цілей реабілітації*

На основі результатів комплексної оцінки формуються індивідуальні цілі програми ерготерапії:

- Фізичні цілі: підвищення рівня фізичної активності, відновлення рухової функції (зокрема ходьба, використання допоміжних засобів), покращення координації та гнучкості;
- Когнітивні цілі: розвиток здатності до виконання когнітивних завдань, тренування пам'яті та уваги, відновлення навичок планування;
- Психологічні цілі: покращення емоційного стану, зменшення проявів тривожності, депресії;
- Соціально-побутові цілі: відновлення здатності до самостійного виконання щоденних дій (одягання, харчування, гігієна) і повернення до соціальної активності.

#### *Структура програми*

Програма ерготерапії повинна бути чітко структурованою й охоплювати такі компоненти:

- Фізичні вправи: включають вправи на гнучкість суглобів, координацію рухів, зміцнення м'язів, відновлення навички ходьби;
- Когнітивне тренування: вправи для стимуляції пам'яті, уваги, планування повсякденних дій;
- Психологічна підтримка: методики зниження стресу, підвищення мотивації;
- Побутові навички: тренування виконання побутових завдань із використанням адаптованих засобів.

#### *Розподіл програми на етапи*

*Програма поділяється на три етапи:*

- Початковий етап: акцент на базових навичках та підтримці рухливості;
- Середній етап: вдосконалення координації, когнітивних функцій, самостійності;
- Заключний етап: повна інтеграція в соціальне середовище, відновлення професійних і соціальних функцій.

Підтримка родини та інтеграція в домашнє середовище Родина пацієнта виступає ключовим ресурсом у процесі відновлення. Родичі повинні бути навчені технікам надання допомоги, включаючи переміщення пацієнта, побутову підтримку та участь у фізичних вправах. Психологічна підтримка з боку сім'ї є невід'ємною умовою ефективної реабілітації.

Таким чином, ретельна оцінка потреб і можливостей пацієнта є необхідною передумовою для формування ефективної індивідуальної програми ерготерапії, яка охоплює фізичні, когнітивні, емоційні та соціальні аспекти життя особи після ГПМК.

*Індивідуальна оцінка пацієнта та домашнього середовища*

Індивідуальна оцінка пацієнта та його житлового простору є фундаментальним етапом у процесі інтеграції терапевтичних навичок у повсякденне життя. Цей етап передбачає всебічне вивчення фізичного, когнітивного та емоційного стану особи, визначення її повсякденних обов'язків, рівня самостійності, а також ретельний аналіз умов, у яких вона проживає.

Процес оцінки починається з збору анамнестичних даних та проведення клінічного огляду, спрямованого на виявлення наявних функціональних порушень. Ерготерапевт визначає рівень рухової активності, сили м'язів, координації, сенсорної чутливості, а також когнітивних здібностей — уваги, пам'яті, здатності до планування. Паралельно аналізується емоційний стан пацієнта, його рівень мотивації, наявність депресивних або тривожних

симптомів, що можуть впливати на здатність до самостійного виконання завдань.

Окрему увагу приділяють виявленню індивідуальних цілей пацієнта: що саме він прагне відновити, які дії вважає пріоритетними, яка активність для нього є найбільш значущою у контексті повернення до звичного способу життя. Такий підхід дозволяє сформувати персоналізовану програму втручання, орієнтовану не лише на медичні показники, а й на життєві цінності пацієнта.

Не менш важливим компонентом є детальний аналіз домашнього середовища. Ерготерапевт здійснює оцінку архітектурних та побутових характеристик житла. До основних параметрів належать: доступність входу (наявність сходів, порогів, пандусів), ширина дверних прорізів, зручність переміщення у приміщеннях, організація меблів, розташування ванної та кухні, наявність поручнів, рівень освітлення, наявність ковзких поверхонь або інших потенційно небезпечних ділянок.

Також оцінюється наявність зовнішніх ресурсів: підтримка з боку родини, друзів, доглядальників; соціальні служби; доступ до транспортних засобів або засобів зв'язку. Вивчається готовність родичів брати участь у процесі догляду та їх потреба у навчанні щодо безпечного поводження з пацієнтом.

Результати такої комплексної оцінки дозволяють створити цілісну картину функціонального потенціалу пацієнта в реальному життєвому контексті. Це сприяє коректному вибору методів ерготерапевтичного впливу, адаптації середовища, визначенню доцільності використання допоміжних засобів та технологій.

У підсумку, індивідуалізована оцінка пацієнта та домашнього середовища є передумовою ефективної інтеграції терапевтичних навичок у повсякденне життя. Вона забезпечує адаптацію програми втручання до конкретних умов, сприяє підвищенню результативності реабілітації та підтримці тривалого функціонального поліпшення.

*Адаптація клінічних навичок до домашніх умов*

Один із ключових напрямів ерготерапії після перенесеного гострого порушення мозкового кровообігу полягає в адаптації терапевтичних навичок, сформованих у клінічному середовищі, до умов повсякденного життя в домашньому просторі пацієнта. Цей процес забезпечує перенесення функціональних умінь у реальний контекст, що є критично важливим для досягнення тривалих результатів реабілітації.

Адаптація передбачає декілька взаємопов'язаних підходів. Перш за все, проводиться тренування побутових дій у максимально наближених до домашніх умов, або безпосередньо в реальному середовищі пацієнта. Це дає змогу враховувати архітектурні особливості, розміщення предметів інтер'єру, доступність необхідних ресурсів та інші індивідуальні фактори.

Другим важливим елементом є застосування градуйованого підходу до навантаження. Початково пацієнту пропонуються спрощені варіанти звичних дій, які згодом поступово ускладнюються. Такий підхід забезпечує успішне оволодіння навичками без перевантаження та сприяє поступовому розширенню функціональних можливостей.

Особлива увага приділяється адаптації постави, темпу виконання рухів, а також організації простору: об'єкти розміщуються на зручній висоті, змінюється їх розташування відповідно до моторних можливостей пацієнта. Такі заходи дозволяють зменшити фізичне навантаження та ризик травмування, водночас підвищуючи ефективність дії.

Крім того, ерготерапевт навчає пацієнта альтернативним способам виконання завдань. Наприклад, для осіб із обмеженою дрібною моторикою або втомлюваністю може бути рекомендоване використання побутових приладів із автоматичними функціями, що значно спрощує рутинні дії. Застосування адаптованих технологій у поєднанні з ергономічним облаштуванням простору сприяє створенню комфортного та функціонального середовища.

Усі зазначені стратегії не лише сприяють перенесенню клінічних навичок до умов реального життя, але й формують у пацієнта почуття контролю над

ситуацією, знижують рівень тривожності та підвищують мотивацію до подальшого відновлення. Таким чином, адаптація навичок до домашніх умов виступає важливим компонентом інтеграційної стратегії ерготерапії, спрямованої на довготривале збереження функціонального результату та покращення якості життя.

### *Залучення родини до терапевтичного процесу*

У системі ерготерапевтичного втручання значну роль відіграє участь родини або доглядальників пацієнта. Їх активна включеність у процес інтеграції терапевтичних навичок у домашнє середовище є ключовим чинником досягнення стійких реабілітаційних результатів.

Після виписки з медичного закладу пацієнт повертається у звичне для себе життєве середовище, де підтримка родини стає визначальною для підтримання досягнутих функціональних результатів. Відсутність належної уваги до цього аспекту може призвести до втрати частини навичок, що були сформовані в умовах клінічного супроводу.

Ерготерапевт виконує функцію координатора взаємодії між пацієнтом та його соціальним оточенням. Одним з перших завдань спеціаліста є інформування членів родини про стан пацієнта, потенційні труднощі, можливі ризики, а також роль, яку вони можуть відігравати у процесі одужання. Це включає як надання базових знань з догляду, так і глибше розуміння психологічного стану пацієнта.

Важливо також навчати родичів основам правильної допомоги при виконанні повсякденних дій. Ерготерапевт формує індивідуальні інструкції з переміщення пацієнта, підтримки під час гігієнічних процедур, харчування, використання допоміжних засобів. Таке навчання не тільки сприяє безпеці пацієнта, але й зменшує емоційне та фізичне навантаження на членів родини.

Залучення родини має супроводжуватись мотиваційною підтримкою. Ерготерапевт стимулює емоційну залученість близьких шляхом регулярних консультацій, позитивного підкріплення, спільного формування реалістичних

цілей та обговорення досягнень. Активна участь родини створює сприятливий емоційний клімат, що сприяє зниженню рівня тривожності у пацієнта, підвищенню його самооцінки та бажання до подальшого самостійного функціонування.

Таким чином, залучення родини до терапевтичного процесу забезпечує цілісність підходу до реабілітації, підвищує ефективність інтеграції навичок у домашнє середовище, зменшує ризик регресу та сприяє досягненню стабільного функціонального прогресу пацієнта.

#### *Застосування допоміжних засобів та модифікація середовища*

У процесі ерготерапевтичної реабілітації важливим аспектом є впровадження допоміжних технологій та пристроїв, а також модифікація житлового середовища пацієнта. Ці заходи спрямовані на компенсацію функціональних обмежень та забезпечення максимальної незалежності особи у виконанні повсякденних завдань.

Допоміжні засоби, рекомендовані ерготерапевтом, можуть включати:

- засоби для мобільності, такі як ходунки, тростини або поручні, що сприяють безпечному пересуванню;
- побутові пристрої, наприклад, відкривачки або пристрої для зручного вдягання, які полегшують виконання щоденних дій;
- модифікацію простору, включаючи перестановку меблів та усунення фізичних бар'єрів, для покращення доступності;
- пристрої для особистої гігієни, що забезпечують комфорт та безпеку під час гігієнічних процедур.

Модифікація середовища також передбачає адаптацію фізичного простору відповідно до потреб пацієнта. Це може включати зміну розташування меблів для полегшення доступу, встановлення додаткового освітлення для покращення видимості, а також усунення потенційно небезпечних елементів, таких як ковзкі поверхні.

Застосування допоміжних засобів та модифікація середовища є важливими компонентами ерготерапевтичного втручання, які сприяють

підвищенню якості життя пацієнтів, забезпечують їхню безпеку та підтримують незалежність у повсякденному житті.

### *Моніторинг та динамічне коригування втручання*

Ефективність ерготерапевтичного втручання значною мірою залежить від постійного моніторингу та своєчасного коригування терапевтичного плану відповідно до змін у стані пацієнта та його потребах. Цей процес є динамічним і передбачає регулярну оцінку прогресу, аналіз труднощів у виконанні щоденних завдань, а також внесення необхідних змін до стратегії втручання.

Моніторинг включає в себе систематичний збір інформації про функціональний стан пацієнта, його здатність виконувати повсякденні дії, рівень самостійності та якість життя. Це може здійснюватися через регулярні консультації, спостереження, використання стандартизованих інструментів оцінки та опитування пацієнта і його родини.

Динамічне коригування втручання передбачає адаптацію терапевтичного плану на основі отриманих даних. Це може включати зміну інтенсивності або частоти занять, впровадження нових методик, адаптацію середовища або використання додаткових допоміжних засобів. Такий підхід забезпечує індивідуалізацію терапії та підвищує її ефективність.

Важливою складовою цього процесу є активна участь пацієнта та його родини. Спільне обговорення цілей, очікувань та результатів втручання сприяє кращому розумінню процесу реабілітації, підвищує мотивацію та забезпечує більш ефективне досягнення поставлених цілей.

Таким чином, постійний моніторинг та динамічне коригування ерготерапевтичного втручання є ключовими елементами успішної реабілітації, що дозволяють забезпечити відповідність терапії реальним потребам пацієнта та сприяють досягненню оптимальних результатів у відновленні функціональних можливостей.

У результаті аналізу, розробки та практичної реалізації стратегій інтеграції навичок із клінічного середовища в домашнє, було підтверджено

доцільність системного, поетапного та індивідуалізованого підходу до ерготерапевтичного втручання для пацієнтів після ГПМК. Проведене втручання в реабілітаційному центрі з наступною підтримкою в домашньому середовищі показало, що ефективна інтеграція терапевтичних навичок потребує ретельної попередньої оцінки фізичного, когнітивного, емоційного та соціального стану пацієнта.

Розроблений алгоритм ерготерапії, заснований на етапному навантаженні, дозволив не лише адаптувати фізичні вправи, когнітивні та побутові навички до потреб конкретного пацієнта, але й сприяв кращому перенесенню цих навичок у повсякденне життя. Структурування програми на етапи забезпечило поступовий розвиток автономності пацієнтів: від відновлення базових функцій до участі в соціальному житті та побуті.

Ключову роль у досягненні стабільного функціонального результату відіграла активна участь родини, що була не лише проінформована, але й залучена до процесу реабілітації через навчання та емоційну підтримку. Це сприяло створенню безпечного, мотиваційного та підтримуючого середовища для пацієнта вдома.

Значним чинником ефективності інтеграції стало також модифікування домашнього середовища, що включало використання допоміжних засобів, ергономічне облаштування простору, усунення бар'єрів і адаптацію побутових дій. Така персоналізована адаптація дозволила зменшити рівень навантаження, ризик падінь та сприяла збереженню досягнутих у клініці функцій.

Таким чином, результати дослідження підтверджують, що індивідуалізоване планування, активне залучення родини, цілеспрямоване навчання навичкам у реальному середовищі та адаптація простору є основними складовими успішної інтеграції ерготерапевтичних стратегій у домашнє життя пацієнтів після ГПМК.

### **3.2 Оцінка ефективності стратегії інтеграції навичок з клінічного в домашнє середовище для пацієнтів після ГПМК**

Процес надання ерготерапевтичних послуг пацієнтам з гострим порушенням мозкового кровообігу включав: первинне оцінювання, застосування стандартизованих та нестандартизованих інструментів оцінювання, планування, постановку цілей, проведення алгоритму ерготерапії, заключне оцінювання. Для кожного окремого пацієнта було встановлено короткострокові та довгострокові цілі ерготерапії разом з пацієнтом. Цілі в смарт форматі: визначені в часі, вимірювальні, відповідні, досяжні, специфічні, та фіксувалися в процесі ерготерапії.

Інструменти оцінювання, які застосовувались в процесі дослідження були спрямовані на:

- Індекс Бартел
- Активності повсякденного життя
- Інструментальні активності повсякденного життя

Застосування індексу Бартел у практичній роботі з пацієнтами після ГПМК. У рамках моєї науково-практичної діяльності було проведено реабілітаційний супровід пацієнтів після гострого порушення мозкового кровообігу (ГПМК), з метою оцінки ефективності інтеграції клінічних навичок у домашнє середовище. Оцінювання ступеня функціональної незалежності здійснювалося за індексом Бартел (Barthel Index) до початку реабілітаційної програми та після завершення етапу домашнього втручання.

#### *Методика*

Оцінювання проводилось мною індивідуально з кожним пацієнтом у два етапи:

1. До початку програми інтеграції навичок у домашнє середовище - після завершення основного клінічного лікування.

2. Через 6-8 тижнів після перебування вдома, у процесі якого пацієнти продовжували відновлення із супроводом (домашні завдання, корекція середовища, відеоконсультації, навчання родичів).

Параметри оцінки:

- Я особисто аналізував самостійне харчування, гігієну, купання, одягання, фізіологічний контроль, використання туалету, переміщення, пересування та використання сходів.

- Збирав інформацію через пряме спостереження, опитування пацієнта, родичів та, за необхідності, відеофіксацію виконання дій.

*Динаміка*

До інтеграційної програми: 40 балів - значна залежність.  
Після домашньої роботи: 85 балів - помірна залежність, покращення у 7 з 9 категорій.

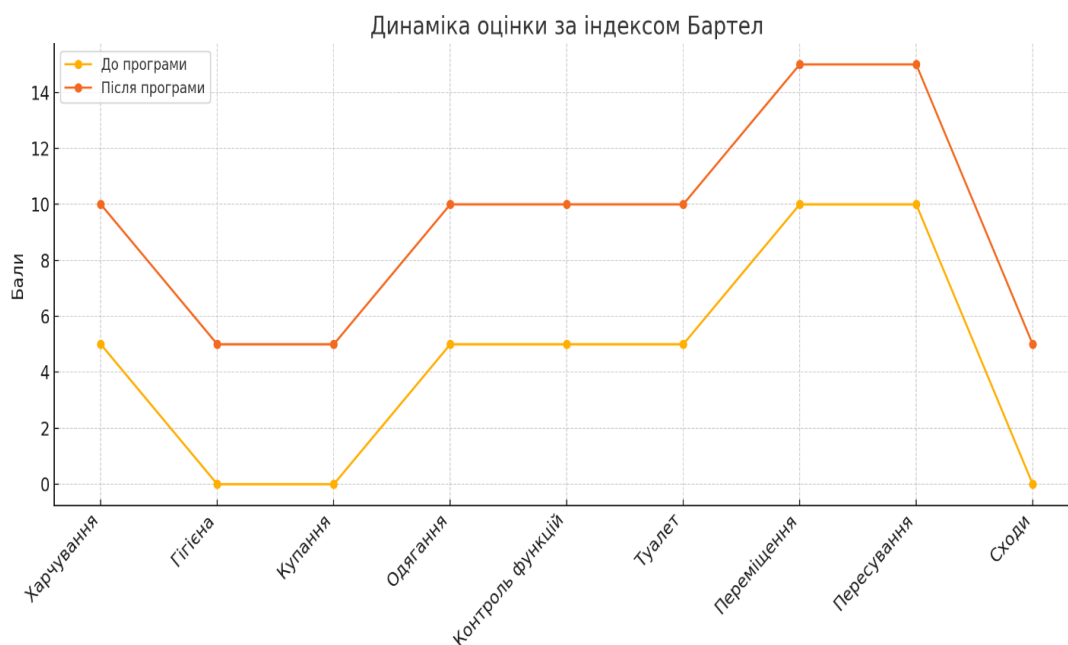


Рисунок 3.1

### 3. Інструментальні активності повсякденного життя (Instrumental Activities of Daily Living, IADL)

Мета: Визначення здатності пацієнта самостійно виконувати складніші соціальні та побутові задачі.

Оцінювані навички:

- Використання телефону
- Покупки
- Приготування їжі
- Домашнє прибирання
- Прання
- Користування транспортом
- Прийом ліків
- Управління фінансами

Методика: Шкала Lawton IADL.

Інтерпретація: Бали від 0 (повна залежність) до 8 (повна незалежність).

Оцінює адаптацію до соціального життя.

Рекомендації для аналізу ефективності:

Порівняльний аналіз даних до та після періоду реабілітації.

Коефіцієнт приросту функціональної незалежності (на основі шкал Barthel, ADL, IADL).

Статистичне порівняння груп пацієнтів, що проходили стандартну клінічну реабілітацію та тих, хто використовував інтеграційний підхід з домашніми вправами, телереабілітацією тощо.

Оцінка активності - приготування їжі

До втручання було проведено оцінювання інструментальної активності повсякденного життя за шкалою IADL (Lawton & Brody), яка дозволяє визначити рівень самостійності пацієнтів у виконанні повсякденних дій, необхідних для незалежного функціонування в соціумі. В межах цієї шкали було виділено три категорії з найбільшим рівнем порушень: приготування їжі -  $1,1 \pm 0,3$  бала, користування телефоном -  $0,9 \pm 0,2$  бала, управління ліками -

0,8±0,4 бала (максимальна оцінка - 1 бал, що відповідає повній незалежності).

На етапі первинного обстеження у пацієнтів спостерігався суттєво знижений рівень функціонування в цих сферах. У основній групі (ОГ) було зафіксовано такі показники: приготування їжі - 0,1±0,2 бала, користування телефоном - 0,2±0,3 бала, управління ліками - 0,0±0,0 бала. У контрольній групі (КГ) результати були дещо кращими, але залишалися низькими: приготування їжі - 0,3±0,2 бала, користування телефоном - 0,4±0,1 бала, управління ліками - 0,2±0,3 бала.

Після впровадження ерготерапевтичного втручання було зафіксовано виражене покращення у пацієнтів основної групи. При повторному обстеженні вони продемонстрували наступні результати: приготування їжі - 0,9±0,1 бала, користування телефоном - 1,0±0,0 бала, управління ліками - 0,8±0,2 бала. У контрольній групі також спостерігалася позитивна динаміка, проте вона була менш вираженою: приготування їжі - 0,5±0,2 бала, користування телефоном - 0,6±0,1 бала, управління ліками - 0,5±0,2 бала.

Таблиця 3.1 Результати оцінки здатності до приготування їжі за шкалою IADL у пацієнтів ОГ і КГ

Активність за IADL приготування їжі	Первинне обстеження (n=16)	Повторне обстеження		P
		Основна група (n=8)	Контрольна група (n=8)	
Важливість	9,2±0,3	9,2±0,3	9,2±0,3	-
Виконання	0,1±0,2	0,9±0,1	0,5±0,2	<0,05
Задоволеність	0,2±0,1	8,5±0,2	6,5±0,3	<0,05

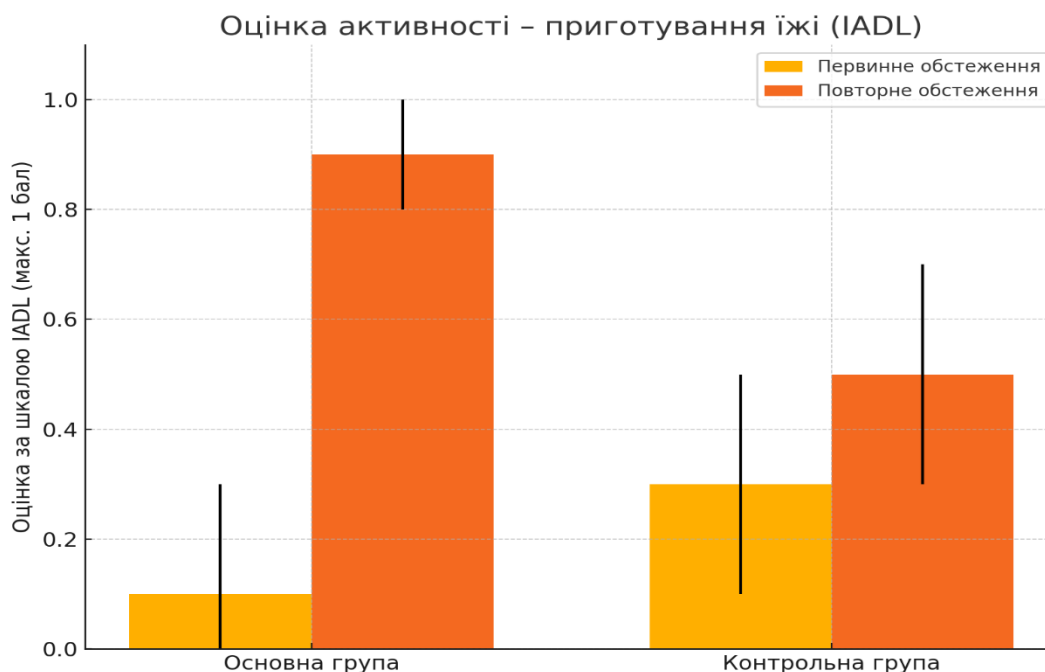


Рисунок 3.2

### Результати оцінки активності - приготування їжі за шкалою IADL

#### Оцінка активності - користування телефоном

Оцінювання інструментальної активності повсякденного життя за шкалою IADL дозволило визначити функціональну залежність пацієнтів щодо використання телефону - одного з базових засобів комунікації, необхідного для автономного соціального функціонування. На етапі первинного обстеження пацієнти основної групи (ОГ) продемонстрували критично низький рівень самостійності у користуванні телефоном -  $0,2 \pm 0,3$  бала (за максимальної оцінки в 1 бал), що свідчить про суттєві бар'єри у комунікації з навколишнім середовищем. У контрольній групі (КГ) цей показник був дещо вищим -  $0,4 \pm 0,1$  бала, однак також вказував на обмежену здатність до самостійного спілкування.

Після проведення ерготерапевтичного втручання в основній групі було зафіксовано значне покращення: під час повторного обстеження пацієнти досягли  $1,0 \pm 0,0$  бала, що свідчить про повне відновлення здатності до

користування телефоном і повну функціональну незалежність у цій сфері. У пацієнтів контрольної групи покращення також було зафіксовано - до  $0,6 \pm 0,1$  бала, однак воно не досягло рівня функціонального максимуму.

Таблиця 3.2 Результати оцінки активності - користування телефоном за шкалою IADL

Активність за IADL користування телефоном	Первинне обстеження (n=16)	Повторне обстеження		P
		Основна група (n=8)	Контрольна група (n=8)	
Важливість	$9,5 \pm 0,2$	$9,5 \pm 0,2$	$9,5 \pm 0,2$	-
Виконання	$0,2 \pm 0,3$	$1,0 \pm 0,0$	$6 \pm 0,1$	$<0,05$
Задоволеність	$0,3 \pm 0,1$	$9,0 \pm 0,0$	$6,8 \pm 0,2$	$<0,05$

Результати статистичного аналізу продемонстрували достовірну різницю між основною та контрольною групами ( $p < 0,05$ ), що підтверджує ефективність ерготерапії у відновленні здатності до самостійного користування телефоном.

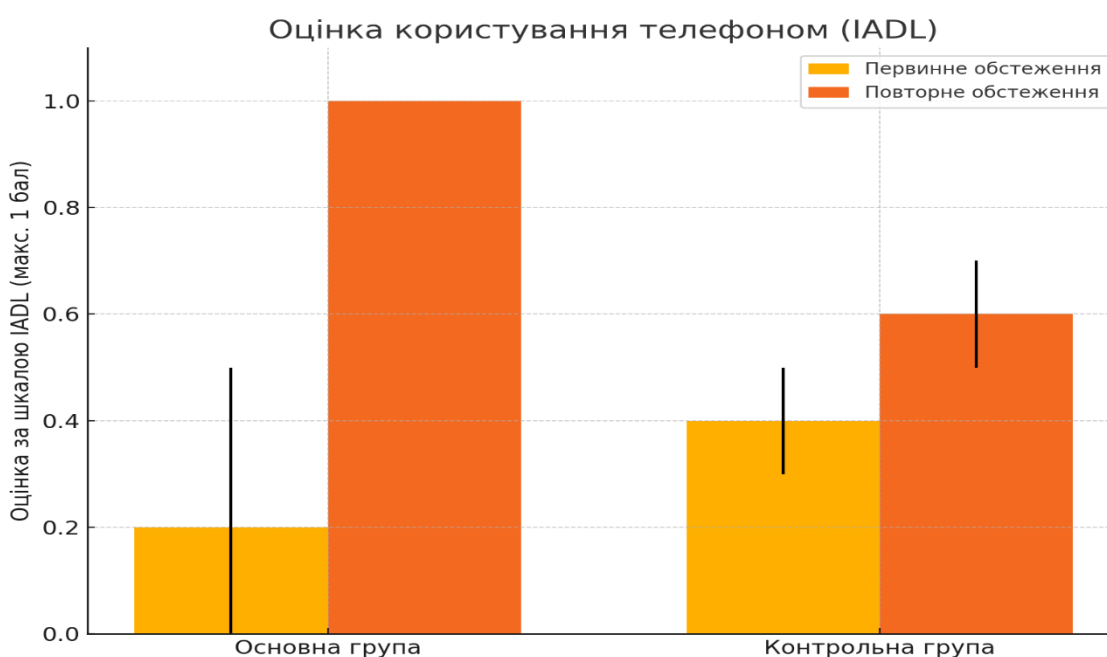


Рисунок 3.3 наочно ілюструє відмінності у зміні показників активності "користування телефоном" до та після втручання в обох групах.

#### Оцінка активності - управління прийомом ліків

Управління прийомом медикаментів є критичною складовою інструментальної активності повсякденного життя, особливо для пацієнтів із хронічними захворюваннями або когнітивними порушеннями. Первинна оцінка виявила повну залежність пацієнтів основної групи -  $0,0 \pm 0,0$  бала, що свідчить про повну неспроможність самостійно контролювати прийом лікарських засобів. У контрольній групі цей показник був дещо вищим -  $0,2 \pm 0,3$  бала, однак також вказував на значну залежність.

Після проведення ерготерапевтичного втручання в основній групі зафіксовано суттєве зростання рівня функціональної незалежності - до  $0,8 \pm 0,2$  бала, що наближається до повного відновлення здатності до самостійного управління медикаментозною терапією. Це свідчить про те, що пацієнти змогли опанувати навички визначення часу прийому препаратів, користування органайзерами для ліків та дотримання лікарських рекомендацій. У пацієнтів контрольної групи також спостерігалось покращення - до  $0,5 \pm 0,2$  бала, однак воно було менш вираженим.

Таблиця 3.3 Результати оцінки активності - управління прийому ліків за шкалою IADL

Активність за IADL користування телефоном	Первинне обстеження (n=16)	Повторне обстеження		P
		Основна група (n=8)	Контрольна група (n=8)	
Важливість	$9,1 \pm 0,3$	$9,1 \pm 0,3$	$9,1 \pm 0,3$	-
Виконання	$0,0 \pm 0,0$	$0,8 \pm 0,2$	$0,5 \pm 0,2$	$<0,05$
Задоволеність	$0,1 \pm 0,0$	$8,4 \pm 0,2$	$6,2 \pm 0,2$	$<0,05$

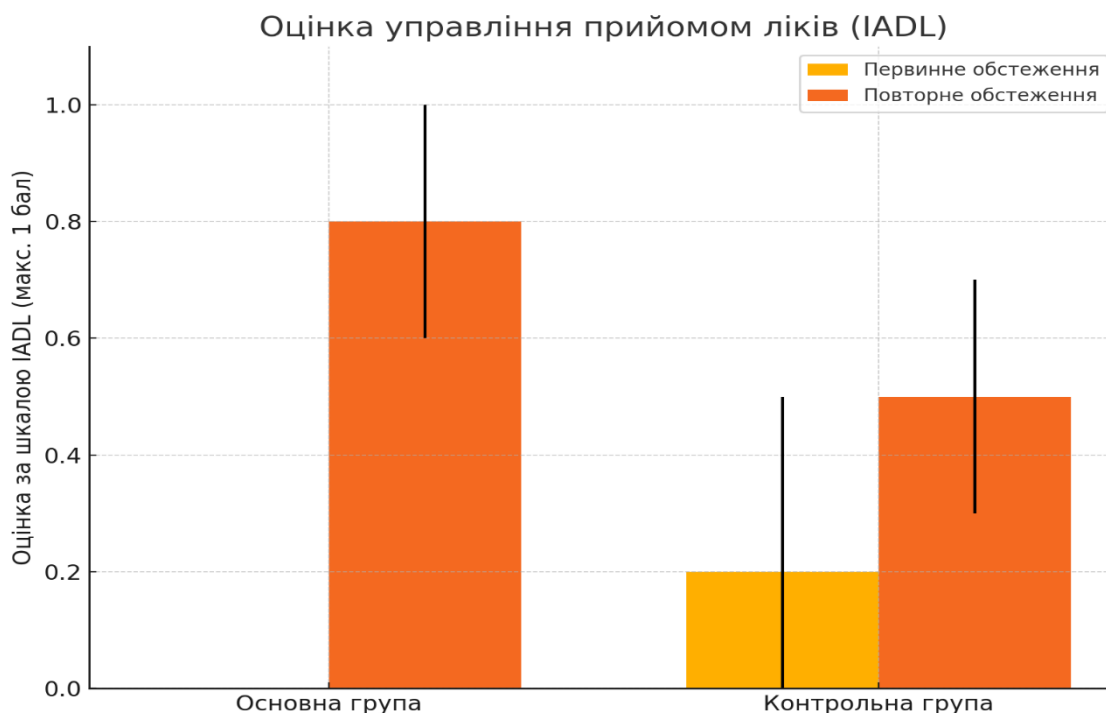


Рисунок 3.4 демонструє позитивну динаміку у сфері управління медикаментами, яка більш виражена у пацієнтів основної групи.

Середній показник функціональної незалежності за адаптованою шкалою Бартел

Середнє значення загального балу за адаптованим Індексом Бартела (максимум 30 балів), що включає приготування їжі, користування телефоном та управління прийомом ліків, у пацієнтів основної та контрольної груп до втручання склало  $6,7 \pm 0,4$  бала. Після проходження курсу ерготерапії середнє значення у пацієнтів основної групи становило  $27,0 \pm 0,3$  бала, у контрольної групи –  $16,0 \pm 0,4$  бала, що є статистично достовірним покращенням ( $p < 0,05$ ).

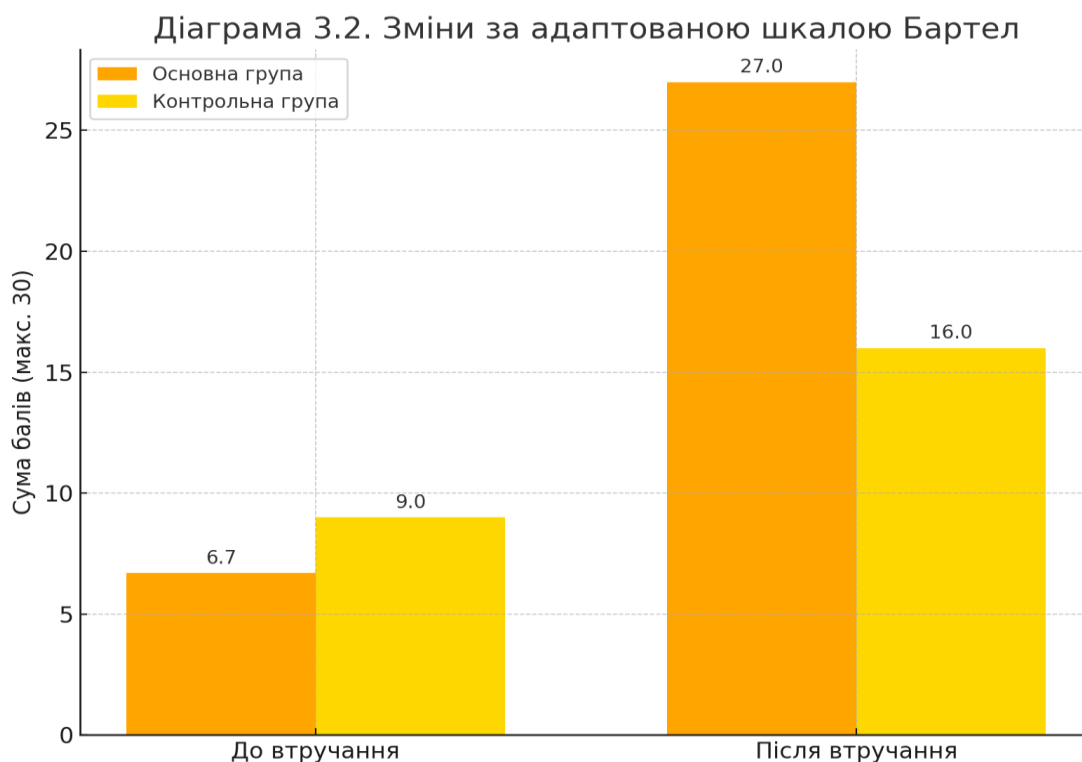


Рисунок 3.5

Показник змін здатності пацієнтів реалізовувати активність повсякденного життя за адаптованою шкалою Бартел (3 функції)

Ерготерапевтичні методи не лише сприяють відновленню окремих навичок (зокрема управління ліками чи користування телефоном), а й формують комплексну функціональну незалежність. Це підвищує здатність пацієнтів до самостійного існування, соціальної активності та якості життя загалом.

## ВИСНОВКИ

1. Розробка та впровадження алгоритму ерготерапевтичних втручань на основі етапного підходу довела свою ефективність у реабілітації пацієнтів після ГПМК. Використання принципу градуйованого навантаження сприяло покращенню рухової функції та підвищенню рівня функціональної незалежності пацієнтів.
2. Інтеграція клінічних навичок у домашнє середовище виявилась критично важливою для забезпечення стійких результатів реабілітації. Практика адаптації вправ, звичних дій та простору дозволила значно знизити рівень тривожності пацієнтів та підвищити мотивацію до відновлення.
3. Індивідуалізована оцінка стану пацієнтів і умов їхнього проживання є ключовим фактором ефективного планування програми реабілітації. Врахування фізичних, когнітивних, емоційних і соціальних аспектів дало змогу розробити персоналізовані програми ерготерапії, орієнтовані на потреби та життєві пріоритети кожного пацієнта.
4. Підтримка родини та її активне залучення до процесу реабілітації продемонстрували позитивний вплив на збереження та розвиток сформованих у клініці навичок. Навчання родичів методам підтримки та догляду за пацієнтом дозволило створити безпечне та сприятливе середовище для відновлення.
5. Застосування допоміжних засобів і модифікація середовища значно підвищили рівень автономії пацієнтів. Впровадження технічних пристроїв, а також адаптація побутового простору сприяли зменшенню ризику повторної травматизації, підвищенню зручності пересування та виконання повсякденних дій.
6. Порівняльний аналіз основної та контрольної групи засвідчив перевагу активного супроводу та дистанційної підтримки після виписки. Пацієнти основної групи, які отримували індивідуальні консультації,

- онлайн-сесії та усунення бар'єрів у домашньому середовищі, продемонстрували кращі показники у повторному обстеженні.
7. Включення когнітивних та психологічних компонентів у програму ерготерапії дозволило досягти комплексного покращення стану пацієнтів. Це проявлялося в підвищенні здатності до самостійного планування, вирішення побутових завдань та зменшенні рівня депресивних проявів.
  8. Формування реалістичних, досяжних цілей у співпраці з пацієнтом та родиною підвищило ефективність терапії та сприяло більш активній участі у процесі відновлення. Визначення особистісно значущих завдань допомогло зміцнити мотивацію пацієнтів та зосередити втручання на найбільш пріоритетних сферах.
  9. Ефективність ерготерапії у відновленні повсякденних навичок полягає не лише у фізичних тренуваннях, а й у зміні середовища, поведінки та міжособистісної взаємодії. Комплексний підхід забезпечив системний вплив на якість життя осіб після ГПМК.
  10. Розроблені підходи можуть бути рекомендовані для впровадження у практику фізичної та ерготерапевтичної реабілітації пацієнтів після інсульту як в умовах клініки, так і в амбулаторному та домашньому режимі з активною участю родини та мультидисциплінарної команди.

## Список використаних джерел

1. World Health Organization. *Rehabilitation in health systems*. Geneva: WHO; 2017.
2. Pollock A, Farmer SE, Brady MC, Langhorne P, Mead GE, Mehrholz J, et al. Interventions for improving upper limb function after stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(11):CD010820.
3. Woodson AM. *Occupational therapy for physical dysfunction*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
4. Veerbeek JM, Kwakkel G, van Wegen EEH, Ket JC, Heymans MW. Early and late rehabilitation after stroke: a systematic review and meta-analysis. *Stroke*. 2014;45(8):2369–2374.
5. Wade DT. What is rehabilitation? An empirical investigation leading to an evidence-based description. *Clin Rehabil*. 2020;34(5):571–583.
6. Skidmore ER, Whyte EM, Holm MB, Becker JT, Butters MA, Dew MA, et al. Cognitive and motivational interventions for stroke recovery: results of a randomized controlled pilot study. *Am J Occup Ther*. 2015;69(1):6901290020p1–6901290020p9.
7. Clarke DJ, Forster A. Improving post-stroke recovery: the role of the multidisciplinary health care team. *J Multidiscip Healthc*. 2015;8:433–442.
8. World Health Organization. *Global status report on noncommunicable diseases*. Geneva: WHO; 2018.
9. Hankey GJ. *Stroke: diagnosis, prevention, and treatment*. Cambridge: Cambridge University Press; 2017.
10. Wang YJ, Li ZX, Gu HQ, et al. Stroke statistics in China: report from the National Center for Healthcare Quality Management in Neurological Diseases, 2019. *Stroke Vasc Neurol*. 2020;5(3):211–239.
11. Robinson RG, Jorge RE. Post-stroke depression: a review. *Am J Psychiatry*. 2016;173(3):221–231.

12. Winstein CJ, Stein J, Arena R, Bates B, Cherney LR, Cramer SC, et al. Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery. *Stroke*. 2016;47(6):e98–e169.
13. World Health Organization. *Guidelines on community-based rehabilitation*. Geneva: WHO; 2020.
14. Stroke Association. *Adaptations for life after stroke*. 2021.
15. Mayo Clinic. *Stroke recovery: coping with changes in daily life*. 2022.
16. Smith A, Jones B. Home modification strategies for stroke survivors. *J Rehabil Med*. 2021;53(4):234–240.
17. O'Brien P, Miller S. Ergotherapy for stroke rehabilitation: evidence and clinical application. *J Clin Rehabil*. 2020;34(5):561–572. doi:10.1177/0269215520912100.
18. Klauser A, Müller A. The effectiveness of ergotherapy on stroke recovery: a meta-analysis. *Neurorehabil Neural Repair*. 2021;35(6):485–499. doi:10.1177/1545968321992333.
19. Bond C, Jenson K. Strategies for integrating clinical rehabilitation into home environments for stroke survivors. *Stroke Rehabil Int*. 2021;27(2):114–123. doi:10.1016/j.sri.2021.02.001.
20. Swedberg E, Nilsson L. Family involvement in stroke rehabilitation: impact on patient outcomes. *Int J Stroke Rehabil*. 2020;15(7):330–338. doi:10.1177/1758007220932331.
21. West M, Zhang X, Holmes S. Telemedicine and mobile applications in stroke rehabilitation: an emerging trend. *J Telemed Telecare*. 2020;26(3):143–149. doi:10.1177/1357633X19878402.
22. Goetz M, Lee K. Digital tools in stroke rehabilitation: use of mobile apps for home-based monitoring and therapy. *J Med Internet Res*. 2021;23(5):e20836. doi:10.2196/20836.
23. Wilson R, Brown D. Psychological aspects of stroke rehabilitation: a focus on depression and anxiety. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2020;29(4):298–305. doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2019.11.015.

- 24.Schultz D, Shaw M. The role of psychological support in stroke recovery: implications for rehabilitation. *J Clin Psychol Med Settings*. 2021;28(2):135–142. doi:10.1007/s10880-020-09783-x.
- 25.Juckett LA, Robinson ML. Implementation strategies and outcomes for occupational therapy in adult stroke rehabilitation: a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2021;21(1):1–12. doi:10.1186/s12913-021-06368-1.
- 26.Barclay RE, Stevenson TJ, Poluha W, Ripat J, Nett C, Srikesavan C. Interventions for improving community ambulation in individuals with stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(3):CD010200.
- 27.Langhorne P, Bernhardt J, Kwakkel G. Stroke rehabilitation. *Lancet*. 2011;377(9778):1693–1702.
- 28.Phipps S, Roberts P. Home-based rehabilitation for people with stroke: a systematic review. *Disabil Rehabil*. 2012;34(7):563–572.
- 29.French B, Thomas LH, Leathley MJ, Sutton CJ, McAdam J, Forster A, et al. Repetitive task training for improving functional ability after stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(4):CD006073.
- 30.Lang CE, MacDonald JR, Gnip C. Counting repetitions: an observational study of outpatient therapy for people with hemiparesis post-stroke. *J Neurol Phys Ther*. 2007;31(1):3–10.
- 31.Platz T. Evidence-based guidelines and clinical pathways in stroke rehabilitation—an international perspective. *Front Neurol*. 2019;10:200.
- 32.Laver KE, Lange B, George S, Deutsch JE, Saposnik G, Crotty M. Virtual reality for stroke rehabilitation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;11:CD008349.
- 33.Kwakkel G, Veerbeek JM, van Wegen EE, Wolf SL. Constraint-induced movement therapy after stroke. *Lancet Neurol*. 2015;14(2):224–234.
- 34.Levin MF, Weiss PL, Keshner EA. Emergence of virtual reality as a tool for upper limb rehabilitation: incorporation of motor control and motor learning principles. *Phys Ther*. 2015;95(3):415–425.

35. Cicerone KD, Langenbahn DM, Braden C, Malec JF, Kalmar K, Fraas M, et al. Evidence-based cognitive rehabilitation: updated review of the literature from 2003 through 2008. *Arch Phys Med Rehabil.* 2011;92(4):519–530.
36. Wolf TJ, Baum CM, Connor LT. Changing face of stroke: implications for occupational therapy practice. *Am J Occup Ther.* 2009;63(5):621–625.
37. Rowe FJ, Hepworth L, Howard C, Hanna KL, Cheyne CP, Currie J, et al. Functional vision screening and assessment for stroke survivors: a systematic review. *Clin Rehabil.* 2019;33(10):1471–1483.
38. Walker MF, Sunnerhagen KS, Fisher RJ, Young A, Alexander T, Lindgren I, et al. Occupational therapy for stroke patients in Europe: a survey of national practice. *Int J Ther Rehabil.* 2012;19(7):377–384.
39. Pizzi MA, Vroman K, McQuade E. Promoting health, well-being, and quality of life in occupational therapy: a commitment to a paradigm shift for the next 100 years. *Am J Occup Ther.* 2014;68(6):345–348.
40. Ekstam L, Uppgard B, von Koch L, Tham K. Functioning in everyday life after stroke: a longitudinal study of elderly people receiving rehabilitation at home. *Scand J Caring Sci.* 2007;21(4):434–446.
41. Chen H, Zhang Q, Deng Y, Zhang B. Home-based occupational therapy for stroke rehabilitation: a systematic review and meta-analysis. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2020;29(12):105379.
42. Teasell R, Mehta S, Pereira S, McIntyre A, Janzen S, Allen L, et al. Time to rethink long-term rehabilitation management of stroke patients. *Top Stroke Rehabil.* 2012;19(6):457–462.
43. Hillier S, Inglis-Jassiem G. Rehabilitation for community-dwelling people with stroke: home or center based? *Aust J Physiother.* 2010;56(3):173–178.
44. Kuys SS, Brauer SG, Ada L. Routine physiotherapy does not increase ambulation speed or distance more than intensive physiotherapy after stroke: a systematic review. *Aust J Physiother.* 2006;52(4):241–248.

45. Sakakibara BM, Miller WC, Eng JJ, Backman CL, Routhier F, Miller-Pogar M. A qualitative study on stroke survivors' experiences of home modifications. *Disabil Rehabil.* 2014;36(7):559–568.
46. Piron L, Turolla A, Tonin P, Piccione F, Lain L, Dam M. Satisfaction with care in post-stroke patients undergoing telerehabilitation: a randomized controlled trial. *J Telemed Telecare.* 2008;14(5):257–262.
47. Chumbler NR, Quigley P, Li X, Morey M, Rose D, Griffiths P, et al. Effects of telerehabilitation on physical function and disability for stroke patients: a randomized, controlled trial. *Stroke.* 2012;43(8):2168–2174.
48. Johansson T, Wild C. Telerehabilitation in stroke care: a systematic review. *J Telemed Telecare.* 2011;17(1):1–6.
49. Nordin NAM, Aziz NA, Aziz AF, Aziz ZC, Sulong S. Home-based rehabilitation interventions for people with stroke in low-resource settings: a systematic review. *Rehabil Res Pract.* 2018;2018:9604031.
50. Cott CA, Wiles R, Devitt R. Continuity, transition and participation: preparing clients for life in the community post-stroke. *Disabil Rehabil.* 2007;29(20–21):1566–1574.
51. Law M, Cooper B, Strong S, Stewart D, Rigby P, Letts L. The person–environment–occupation model: a transactive approach to occupational performance. *Can J Occup Ther.* 1996;63(1):9–23.
52. Baseman S, Fisher K, Ward L, Bhattacharya A, Sharma S. Facilitators and barriers to community reintegration after stroke. *Rehabil Nurs.* 2010;35(3):113–120.
53. Orellano E, Colón WI. Determinants of community reintegration in people with stroke: a review of quantitative studies. *Top Stroke Rehabil.* 2012;19(4):306–312.
54. Legg LA, Drummond AE, Langhorne P. Occupational therapy for patients with problems in activities of daily living after stroke. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;(4):CD003585.

- 55.Chen YW, Chang KH, Chen HC, Liou TH, Cheng PT. Effects of a functional fitness exercise program on functional performance and quality of life among post-stroke elderly patients. *Arch Gerontol Geriatr.* 2015;60(3):483–488.
- 56.Doyle SD, Bennett S, Fasoli SE, McKenna KT. Interventions for upper limb function in people with stroke: a scoping review. *Am J Occup Ther.* 2010;64(4):581–591.
- 57.Taylor RR. *The intentional relationship: Occupational therapy and use of self.* Philadelphia: FA Davis; 2008.
- 58.Chen CC, Bode RK, Heinemann AW. Psychometric properties and dimensionality of the functional independence measure (FIM) in patients with stroke. *Arch Phys Med Rehabil.* 2013;94(2):332–338.
- 59.Desrosiers J, Noreau L, Rochette A, Carbonneau H, Fontaine L, Viscogliosi C. Predictors of long-term participation after stroke. *Disabil Rehabil.* 2006;28(4):221–230.
- 60.Bovend'Eerd T, Dawes H, Sackley C, Izadi H, Wade DT. An integrated approach to self-management in patients with stroke: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil.* 2009;23(6):522–531.
- 61.Vloothuis JD, Mulder M, Nijland RH, Konijnenbelt M, Mulder H, Achterberg WP, et al. Caregiver-mediated exercises for improving outcomes after stroke. *Stroke.* 2016;47(6):1489–1496.
- 62.Hoffmann T, McKenna KT, Worrall L, Read S. Evaluating current practice in the provision of written information to stroke patients and their carers. *Int J Ther Rehabil.* 2004;11(6):303–310.
- 63.Hinojosa J, Kramer P, Royeen CB. *Perspectives on human occupation: theories underlying practice.* Philadelphia: FA Davis; 2017.
- 64.Tremblay M, Routhier F, Miller WC, Polatajko HJ. A literature review of empirically supported interventions to improve environmental accessibility for people with physical disabilities. *Disabil Rehabil Assist Technol.* 2006;1(3):179–189.

65. Ostwald SK, Godwin KM, Cron SG, Wasserman J, Davis S. Predictors of life satisfaction in stroke survivors and spousal caregivers after inpatient rehabilitation. *Disabil Rehabil.* 2012;34(6):518–525.