

ПСИХОЛОГІЧНИЙ ЗМІСТ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ МЕТОДИКИ ВІДНОВЛЕННЯ РУХОВОЇ ФУНКЦІЇ ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ З УРАХУВАННЯМ ЇХНІХ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ

Примачок Людмила

Навчально-науковий інститут охорони здоров'я Національного університету
водного господарства та природокористування, м. Рівне, Україна
primachok73@ukr.net

У статті зазначено, що найбільш частим і важким наслідком церебрального ішемічного інсульту є розлади рухової функції особистості. Характерний поліморфізм рухових порушень у хворих на церебральний ішемічний інсульт. При цьому загальним для них є лиш випадання або порушення довільних рухів (виникнення геміпарезу або геміплезії). Інші клінічні симптоми є великою мірою варіабельними і залежать певною мірою від розмірів ділянки ураження, її локалізації та ін. За оцінками різних науковців, стійкі розлади рухової функції спостерігаємо також у перші дні після захворювання в 70–80 % хворих, які пережили ішемічний інсульт.

Розроблено «Функціональну методику відновлення рухової функції хворих на ішемічний інсульт з урахуванням їхніх психофізіологічних особливостей», засновану на психологічних принципах поетапності, послідовності та комплексності, а також на максимальному й адекватному психологічному впливі реабілітолога на пацієнта.

Зазначено, що основними напрямками психотерапії та психокорекції в досліджуваних, котрі перенесли ішемічний інсульт, є допомога в усвідомленні пацієнтом його основних потреб, мотивів, настановлень, відносин; його внутрішніх конфліктів і механізмів психологічного захисту; особливостей поведінки та емоційного реагування, їх адекватності й реалістичності; корекція настановлень пацієнта; допомога у формулюванні та закріпленні адекватних форм поведінки на підставі особистісних досягнень у пізнавальній, мотиваційній, емоційній сферах; сприяння підвищенню позитивної мотивації на одужання й збільшення активності в боротьбі з хворобою на поведінковому рівні.

Ключові слова: церебральний ішемічний інсульт, геміпарез, геміплезія, функціональна методика, фізична реабілітація, психотерапія, психокорекція.

Prymachok Liudmyla. Psychological Content of Functional Method of Restoration of Motor Function of Patients with Ischemic Stroke Taking into Account their Psycho-Physiological Characteristics. The author of the article says that the most frequent and severe consequence of cerebral ischemic stroke is the

disorder of the motor functions of the person. Characteristic feature is the polymorphism of motor disorders of patients with cerebral ischemic stroke. In this case, general for patients is only the loss or violation of arbitrary actions (in the cases of hemiparesis or hemiplegia). Other clinical symptoms are largely variable and depend on a certain extent of the size of affected area, also its localization. According to various authors, persistent disturbances of motor function are also observed in the first days after the disease (in 70–80 % of cases of patients who had the ischemic stroke).

Taking into account the empirical results we have obtained, we have developed a «Functional method for the restoration of motor function of patients with ischemic stroke, taking into account their psycho-physiological features», based on the psychological principles of stepwise, sequencing and complexity, as well as on the maximum and adequate psychological impact of the rehabilitation therapist on the patient.

It was emphasized that the main directions of psychotherapy and psycho-correction of patients who suffered from ischemic stroke are: assistance in the process of understanding the patients, his/her basic needs, motives, instructions, relationships; his/her internal conflicts and mechanisms of psychological protection; features of his/her behavior and emotional response, their adequacy and realism; correction of patients' instructions; assistance in formulating and securing adequate forms of patients' behavior based on personal achievements in the cognitive, motivational, and emotional spheres; promotion of positive motivation for recovery and increased activity in treatment at the behavioral level.

Key words: cerebral ischemic stroke, hemiparesis, hemiplegia, functional technique, physical rehabilitation, psychotherapy, psycho-correction.

Примечок Людмила. Психологическое содержание функциональной методики восстановления двигательной функции больных ишемическим инсультом с учётом их психофизиологических особенностей. В статье указывается, что наиболее частым и тяжелым последствием церебрального ишемического инсульта являются расстройства двигательной функции личности. Характерен также полиморфизм двигательных нарушений у больных церебральным ишемическим инсультом. При этом общим для больных можно считать выпадение или нарушение произвольных движений (возникновение гемипареза или гемиплегии). Другие клинические симптомы являются во многом переменными и зависят в некоторой степени от размеров участка поражения, его локализации и других факторов. По оценкам разных авторов, стойкие расстройства двигательной функции наблюдаются также в первые дни после заболевания у 70–80 % больных, перенёсших ишемический инсульт.

Была разработана «Функциональная методика восстановления двигательной функции больных ишемическим инсультом с учётом их психофизиологических особенностей», основанная на психологических принципах поэтапности, последовательности и комплексности, а также на максимальном и адекватном психологическом воздействии физического реабилитолога на пациента.

Отмечается, что основными направлениями психотерапии и психокоррекции у больных, перенёсших ишемический инсульт, являются помощь в осознании пациентом его основных потребностей, мотивов, установок, отношений; его внутренних конфликтов и механизмов психологической защиты; особенностей его поведения и эмоционального реагирования, их адекватности и реалистичности; коррекция установок пациента; помощь в формулировании и закреплении адекватных форм поведения на основании личностных достижений в познавательной, мотивационной, эмоциональной сферах; содействие повышению положительной мотивации на выздоровление и увеличение активности в борьбе с болезнью на поведенческом уровне.

Ключевые слова: церебральный ишемический инсульт, гемипарез, гемиплегия, функциональная методика, физическая реабилитация, психотерапия, психокоррекция.

Постановка наукової проблеми та її значення

Суттєве розповсюдження судинних захворювань головного мозку, що є однією з базових причин інвалідизації й смертності, робить їх однією з найбільш актуальних проблем сучасної неврології України. Захворюваність на ішемічний інсульт в Україні становить 390 на 100 000 населення. У Києві, за даними Служби швидкої допомоги, в останні роки щодня реєструють 50–60 інсультів. При цьому інвалідизація після інсульту становить 3,2 % випадків на 10 000 населення, до свого основного місця роботи повертається не більше ніж 17,2 % працюючих, а повною мірою фізична реабілітація, за соціологічними даними, досягається лише у 12 % випадків (Фармацевтична енциклопедія, 2018).

Рухові розлади в гострому періоді ішемічного інсульту розвиваються в 3/4 хворих, а через півроку стійкий руховий дефект зберігається в 58 % пацієнтів, які перенесли інсульт. Через шість місяців після інсульту в значної кількості хворих зберігаються розлади, що характеризують основні показники активності в повсякденному житті. Зважаючи на це, проблема психологічного забезпечення фізичної реабілітації хворих на ішемічний інсульт є дуже актуальною.

Аналіз останніх досліджень із цієї проблеми

Найбільш частим і важким наслідком церебрального ішемічного інсульту є розлади рухової функції особистості. Характерний також поліморфізм рухових порушень у таких хворих (Михальчук, Поташнюк, 2003). При цьому загальними для них є лише випадання або порушення довільних рухів (виникнення геміпарезу чи геміплезії). Інші клінічні

симптоми значною мірою варіабельні й залежать від розмірів ділянки ураження, її локалізації та ін. За оцінками різних учених, стійкі розлади рухової функції спостерігаємо також у перші дні після захворювання в 70–80 % хворих, які пережили ішемічний інсульт (Белова, Щепетова, 1998).

Розлади довільних рухів при ішемічному інсульті можна розглядати як результат неузгодження складних рухових програм, що забезпечують довільну моторику індивіда. Реалізація таких програм пов'язана, передусім, із функціонуванням складних багатофункціональних систем, у яких провідну роль відіграє центральний руховий нейрон, що має численні зв'язки в субкортикальних утвореннях, зокрема із ретикулярною формацією стовбура головного мозку (Івашкевич, 2004).

Моторні розлади можна розрізнити (за типом генезу) на первинно-органічні й психогенні рухові розлади. У випадку первинно-органічних рухових розладів патологічні зміни спостерігаємо в м'язовій, скелетній або нервовій системах, проте за умов психогенних рухових розладів наявність таких змін довести практично неможливо (Partridge, Johnston, 1989). Щоб описувати моторні розлади в людини, потрібно, передусім, знати: а) які функції є сенс розрізнити в руховому процесі їх регуляції особистістю; б) у якій формі виявляються розлади цих функцій. Відмінностями, котрі простежуємо між розладами, є: а) ініціювання рухів; б) розлади в їх виконанні. У випадку виконання рухів розрізняють розлади запрограмованого управління, регулювання та координації тощо (Онуфрієва, 2015).

Отже, **мета статті** – дослідження 18 хворих на ішемічний інсульт (підгрупа «плезія + парез»), які мають розлади в ділянці внутрішньої сонної артерії в гострому й резидуальному періодах та які перебували на лікуванні в Тернопільській обласній комунально-клінічній психоневрологічній лікарні із січня по грудень 2018 р.

Завдання дослідження:

1) вивчити особливості розладів психомоторної функції й психоемоційного стану хворих на ішемічний інсульт за даними первинного обстеження;

2) розробити методику фізичної реабілітації хворих на ішемічний інсульт на стаціонарному етапі реабілітації залежно від тяжкості ураження психомоторних функцій та особливостей психоемоційного стану;

3) в експерименті оцінити ефективність запропонованої методики фізичної реабілітації хворих на ішемічний інсульт на стаціонарному етапі лікування хворих.

Методи та методики дослідження

Для виконання поставлених у роботі завдань використано такі методи дослідження:

– *психолого-педагогічні*: аналіз літературних джерел; психолого-педагогічний експеримент; дослідження психоемоційного стану (застосовано тест М. Люшера (Цветовой тест М. Люшера, 2012));

– *медико-біологічні*: дослідження функціонального стану (за даними **аутогенного тренування**, визначення **частоти серцевих скорочень**; методу функціональних проб: проба з комфортною затримкою дихання на видиху, проба з гіпервентиляцією, ортостатична проба з використанням положення сидячи); гоніометрія; мануальне м'язове тестування; визначення тонуусу м'язів, рухової активності за «Шкалою психомоторної активності» Л. С. Роговик (Роговик, 2013);

– *методи математичної статистики*: дисперсійний аналіз (критерій Фішера); кластерний аналіз.

Пацієнтів, уключених у дослідження, обрано за методом рандомізації за таблицею випадкових чисел (використано технологію парного дизайну). Ураховано основні клінічні ознаки: вік, стать, тривалість захворювання (хворих розподілено на експериментальну та контрольну групи задля проведення порівняння, підвищення статистичної достовірності отриманих емпіричних результатів). Крім медикаментозної терапії, комплекс відновлювальних заходів в обох групах уключав лікування навколишнім простором, фізичні вправи, магнітотерапію, теплотікування для великих суглобів уражених кінцівок. Хворі експериментальної групи проходили курс функціональної фізичної реабілітації, заснований на саногенетичному підході, відповідно до етапів постнатального онтогенезу з урахуванням особливостей психоемоційного стану пацієнтів. Пацієнти контрольної групи отримували комплекс реабілітаційних заходів із застосуванням фізичних вправ (за класичною методикою О. С. Кадикова (Кадиков, 1991)). Крім того, у контрольній групі пацієнтам призначали масаж уражених кінцівок за методикою Л. Г. Столярової, Г. Р. Ткачової (Столярова, Ткачова, 1978). В експериментальній групі масаж не проводили.

Усі відновлювальні заходи в групах відбувались індивідуально під щоденним контролем частоти серцевих скорочень, аутогенних тренувань. Заняття фізичними вправами (одноразово) не проводилися

з хворими, включеними в дослідження, у разі систолічного артеріального тиску в спокої в день заняття вище 200 мм рт. ст., діастолічного артеріального тиску – понад 110 мм рт. ст.; зниження ортостатичного артеріального тиску на 20 мм рт. ст. та більше. У всіх хворих експериментальної й контрольної груп протягом періоду стаціонарного лікування щодня аналізували самопочуття, частоту та характер больових відчуттів, а також задишку, серцебиття, порушення сну й настрою, переносимість процедур відновлювального лікування. Для всіх респондентів до та після курсу комплексної реабілітації виконували клініко-функціональне й психологічне обстеження.

Емпіричне дослідження провели на кафедрі здоров'я людини та фізичної терапії Міжнародного економіко-гуманітарного університету імені академіка Степана Дем'янчука на базі Тернопільської обласної комунально-клінічної психоневрологічної лікарні, неврологічного відділення для хворих із порушенням мозкового кровообігу (блок «Нейрореабілітація»).

Виклад основного матеріалу й обґрунтування отриманих результатів дослідження

Ідповідно до мети роботи й задля виконання поставлених завдань проведено дослідження 18 хворих на ішемічний інсульт, які мають розлади в районі внутрішньої сонної артерії, в гострому та резидуальному періодах, які перебували на лікуванні в Тернопільській обласній комунально-клінічній психоневрологічній лікарні в період із січня по грудень 2018 р. Дані вихідного стану рухової функції хворих на ішемічний інсульт підгрупи «плезія + парез» представлено в табл. 1.

Таблиця 1

Дані дослідження обсягу активних і пасивних рухів, сили й тонусу м'язів уражених кінцівок у хворих підгрупи «плезія + парез» (n = 18) на початку дослідження (M ± t)

Рухові акти, які тестуються	Обсяг активних рухів, у балах, шкала від 0 до 200	Обсяг пасивних рухів, у балах, шкала від 0 до 200	Сила м'язів, у балах, шкала від 0 до 20	Тонус м'язів
1	2	3	4	5
Згинання та розгинання в плечовому суглобі (основна група)	11,7±4,5	39,1±4,2	5	Знижений

Продовження таблиці 1

1	2	3	4	5
Згинання та розгинання в плечовому суглобі (контрольна група)	19,0±1,8	38,3±5,8	5	Знижений
Відведення руки в плечовому суглобі (основна група)	24,6±6,9	31,9±1,0	5	Знижений
Відведення руки в плечовому суглобі (контрольна група)	21,7±4,2	39,8±1,6	5	Знижений
Зовнішня й внутрішня ротації в плечовому суглобі (основна група)	17,0±3,7	18,3±1,8	4	Знижений
Зовнішня й внутрішня ротації в плечовому суглобі (контрольна група)	18,3±1,5	1,8±0,2	4	Знижений
Згинання руки в ліктьовому суглобі (основна група)	10,6±4,3	19,1±6,7	5	Знижений
Згинання руки в ліктьовому суглобі (контрольна група)	22,7±4,7	25,9±3,2	5	Знижений
Супінація передпліччя (основна група)	21,7±3,8	26,3±4,9	4	Знижений
Супінація передпліччя (контрольна група)	30,5±1,3	41,8±2,4	5	Знижений
Пронація передпліччя (основна група)	19,8±5,1	19,8±4,6	4	Знижений
Пронація передпліччя (контрольна група)	30,6±6,9	27,4±2,8	4	Знижений
Згинання та розгинання в променезап'ястному суглобі (основна група)	37,3±1,6	24,3±5,2	4	Знижений
Згинання та розгинання в променезап'ястному суглобі (контрольна група)	29,7±4,3	13,4±7,1	4	Знижений
Згинання в тазостегновому суглобі (основна група)	43,9±1,8	49,0±6,8	6	Знижений
Згинання в тазостегновому суглобі (контрольна група)	44,2±6,3	40,3±1,0	6	Знижений
Розгинання в тазостегновому суглобі (основна група)	37,1±7,0	29,2±1,6	4	Знижений
Розгинання в тазостегновому суглобі (контрольна група)	38,7±4,7	38,9±4,4	5	Знижений

Закінчення таблиці 1

1	2	3	4	5
Відведення в тазостегновому суглобі (основна група)	36,9±5,1	38,2±2,1	5	Знижений
Відведення в тазостегновому суглобі (контрольна група)	39,0±2,8	39,4±4,7	6	Знижений
Приведення в тазостегновому суглобі (основна група)	33,6±4,2	29,4±1,1	5	Знижений
Приведення в тазостегновому суглобі (контрольна група)	37,3±1,4	30,7±2,5	6	Знижений
Зовнішня ротація в тазостегновому суглобі (основна група)	30,8±2,4	33,8±5,9	5	Знижений
Зовнішня ротація в тазостегновому суглобі (контрольна група)	29,4±8,1	38,6±7,0	5	Знижений
Внутрішня ротація в тазостегновому суглобі (основна група)	43,7±7,2	32,7±8,1	5	Знижений
Внутрішня ротація в тазостегновому суглобі (контрольна група)	40,1±8,2	31,8±3,1	6	Знижений
Згинання в колінному суглобі (основна група)	59,3±5,0	78,1±6,6	7	Знижений
Згинання в колінному суглобі (контрольна група)	67,1±3,2	62,4±5,5	7	Знижений
Згинання в гомілковостопному суглобі (основна група)	38,0±4,1	38,7±4,2	5	Знижений
Згинання в гомілковостопному суглобі (контрольна група)	38,4±8,1	35,2±0,1	5	Знижений
Розгинання в гомілковостопному суглобі (основна група)	44,1±7,9	45,8±7,3	6	Знижений
Розгинання в гомілковостопному суглобі (контрольна група)	48,9±1,3	47,9±4,4	6	Знижений

Як очевидно з табл. 1, у хворих підгрупи «плезія + парез» у випадку вивчення обсягу активних рухів уражених кінцівок простежуємо значне зниження обсягу рухів у всіх суглобах. Найбільшою мірою обсяг рухів знижений за умов високого тонусу в тазостегновому суглобі при виконанні розгинання; у разі згинання в колінному суглобі, під час згинання в гомілковостопному суглобі та у випадку розгинання в гомілковостопному суглобі. Нерідко під час команди «виконати розгинання в тазостегновому суглобі» хворий виконує розгинання в поперековому відділі хребта, тобто здійснює рух, який заміщує заданий.

У дослідженні обсягу пасивних рухів уражених кінцівок у хворих спостерігаємо його зниження, особливо в плечових, тазостегнових і гомілковостопних суглобах, що, з огляду на дані анамнезу, дає підставу припустити вікові зміни в суглобах або зміну рухових функцій унаслідок гіпокінезії до захворювання. У хворих підвищений тонус у згинаннях гомілковостопного суглоба й розгинанні тазостегнового та колінного суглобів. В інших групах м'язів тонус не підвищений, а у верхніх кінцівках простежуємо зниження м'язового тонусу. Сила м'язів була статистично значуща ($p < 0,01$) знижена у всіх досліджених м'язах.

У випадку дослідження кінцівок неураженого боку отримано такі дані: показник обсягу активних рухів – $55,68 \% \pm 4,3$ від належного обсягу рухів і значення є достовірно вищими (на рівні достовірності $p < 0,01$ за t-критерієм Стьюдента) ураженої сторони. Показник обсягу пасивних рухів виявився вищим за показник ураженої сторони (на рівні достовірності $p < 0,01$ за t-критерієм Стьюдента) і становив $63,06 \% \pm 3,9$ від належного обсягу пасивних рухів і відповідав середнім значенням за віковою групою респондентів. Середнє значення сили м'язів – $61,28 \% \pm 7,3$ – значення є статистично значущими (на рівні достовірності $p < 0,01$ за t-критерієм Стьюдента) показниками ураженої сторони. Тонус м'язів на неураженій стороні виявився вищим за нормальне значення й становив $27,9 \% \pm 3,6$ від максимального значення (на рівні достовірності $p < 0,05$ за t-критерієм Стьюдента).

Зважаючи на отримані емпіричні результати, ми розробили «Функціональну методику відновлення рухової функції хворих на ішемічний інсульт з урахуванням їхніх психофізіологічних особливостей», засновану на психологічних принципах поетапності, послідовності та

комплексності, а також на максимальному й адекватному психологічному впливі реабілітолога на пацієнта. Отже, основними положеннями «Функціональної методики відновлення рухової функції хворих на ішемічний інсульт з урахуванням їхніх психофізіологічних особливостей» є:

1. Стабілізація психоемоційного стану пацієнта: зниження рівня тривожності, підвищення мотивації до занять фізичними вправами з курсу фізичної реабілітації.

2. Актуалізація стабільного статичного й динамічного стереотипів пацієнта у всіх вихідних положеннях – від горизонтального до вертикального, із використанням впливу простих, очі-рухових, тонічних (лабіринтові тонічні рефлекси, симетричний шийний тонічний рефлекс, шийний асиметричний тонічний рефлекс та ін.) рефлексів. Відновлення й збереження стресостійкості хворих забезпечується симетричним утриманням проекції загального центру ваги на опорну поверхню в таких вихідних положеннях, у яких стимулюватиметься нормальна належна аферентація суглобів і м'язів. Ідеться про позиції, які послідовно приймає людський організм у процесі вертикалізації: позиція лежачи на спині; позиція лежачи на боці (правому й лівому); позиція лежачи на животі; позиція стоячи рачки; позиція стоячи на колінах (із додатковою вертикальною опорою та без опори); позиція стоячи (із додатковою вертикальною опорою й без опори).

Вихідна позиція стає безпосередньо активованою позицією з витяжкою тулуба, яка спрямована на підтримку всіх груп м'язів пацієнта, що забезпечується стимуляцією послідовного ланцюжка м'язових скорочень, спрямованих від центра до периферії тіла. Симетричність підтримки вихідного положення пацієнта в процесі заняття постійно коригується (пасивно або активно) задля стимуляції належної аферентації.

3. Відновлення динамічного стереотипу: з огляду на те, що дистальний напрямок дії м'язів є обов'язковою передумовою для поступального руху в моторному онтогенезі, послідовність використання фізичних вправ повинна відповідати таким принципам:

– фізичне навантаження має бути спрямованим від великих груп м'язів до дрібних; від великих суглобів до дрібних; від ізометричного типу навантаження до динамічного;

– фізичне навантаження повинне урахувати біомеханічні особливості вертикальної пози людини (мала площа опору, високе

положення центра ваги, зростання статичних моментів у суглобах ніг у дистальному напрямку). Забезпечення стійкості кінцівок можливе за допомогою стабілізації кутів у суглобах кінцівок залежно від пози. Ключовими суглобами в антигравітаційній роботі є плечові та тазостегнові суглоби.

Мета корекції руху – досягнення належної фізичної функції кінцівок. Використання неправильних або патологічних моделей руху для полегшення самообслуговування пацієнта й зростання його активності має виключатися.

4. Фізична реабілітація повинна проводитися задля забезпечення безпеки реабілітаційних заходів, уникнення втоми або перенапруги серцево-судинної системи пацієнта і перевищення допустимого рівня навантаження для хворого. Тому кожен вправу рекомендовано впроваджувати під контролем **частоти серцевих скорочень й артеріального тиску** (до проведення вправи та після неї), частоти дихання й суб'єктивних ознак перенесення навантаження (врахування того, чи виникла під час заняття млявість або, навпаки, – психомоторне збудження, різка зміна кольору шкіри, особливо на обличчі в ділянці носогубного трикутника та чола, посилення розкоординації рухів, послаблення мовленнєвої функції й т. ін.). За умов перевищення індивідуальних можливостей пацієнта та в момент появи патологічних типів реакції інтенсивність занять значно знижується через зменшення їх кратності, уключення елементів гравітаційного полегшення (перехід від активних рухів до активно-пасивних, від активно-пасивних до пасивних). У гіршому випадку тренер повинен припинити впровадження реабілітаційних заходів до моменту нормалізації фізіологічної реакції організму людини.

Дихальні вправи використовують одночасно й послідовно з фізичними, аби стабілізувати стан серцево-судинної системи та відпочинку пацієнта. Виконання вищеописаних завдань дає змогу створити позитивні умови для успішного відновлення втрачених у результаті захворювання рухових функцій ураженої сторони (запобігання підвищенню м'язового тону, усунення патологічних синкінезій, відновлення правильної, узгодженої діяльності м'язів), розвитку компенсаторних навичок і створення ґрунту для навчання навичок самообслуговування, вироблення елементарних трудових умінь тощо.

5. Основними напрямками психотерапії та психокорекції у хворих, які перенесли ішемічний інсульт, є:

– допомога в усвідомленні пацієнтом його основних потреб, мотивів, настановлень, відносин; його внутрішніх конфліктів і механізмів психологічного захисту; особливостей його поведінки й емоційного реагування, їх адекватності та реалістичності;

– корекція настановлень пацієнта;

– допомога у формулюванні та закріпленні адекватних форм поведінки на підставі особистісних досягнень у пізнавальній, мотиваційній, емоційній сферах.

Висновки й перспективи подальших досліджень

У ході проведення занять за запропонованою методикою ми досягли стабілізації психоемоційного стану хворого через корекцію пізнавальних процесів, які спонукають хворого до дій, що в цілому впливають на ефективність усіх реабілітаційних заходів.

Запропонована функціональна методика фізичної реабілітації хворих на ішемічний інсульт, заснована на вищевказаних засадах, є диференційованою, онтогенетично зумовленою, що виконує завдання моделювання психофізіологічного ієрархічного контролю рухової функції з боку нервової системи, яка враховує особливості психоемоційного стану пацієнта, що актуалізувалися в результаті захворювання. У перспективі потрібно проводити подальші емпіричні дослідження хворих на ішемічний інсульт, а також апробувати запропоновану нами функціональну методику фізичної реабілітації на більш великій вибірці пацієнтів, що дасть можливість зробити статистично обґрунтовані висновки щодо її ефективності.

Література

1. Белова, А. Н., Щепетова, О.Н. (1998). *Руководство по реабилитации больных с двигательными нарушениями*. Москва: Медицина. 323 с.

2. Івашкевич, Е. З. (2004). Застосування психотехнік з метою підвищення ефективності реабілітаційної роботи зі школярами з особистісними розладами. *Проблеми загальної та педагогічної психології: Зб. наук. праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України*. Київ. Т. 6, Ч. 7, С. 116–126.

3. Кадыков, А. С. (1991). Восстановление нарушенных функций и социальной реадaptации больных, перенесших инсульт (основные факторы реабилитации). (Автореф. дис. д-ра мед. наук: 14.00.13) Москва. 53 с.

4. Михальчук, Н. О., Поташнюк, Р. З. (2003). Особливості проведення психологічної реабілітації хворих з розладами свідомості. *Концепція розвитку галузі фізичного виховання і спорту в Україні: Зб. наук. праць Міжнар. ун-ту «РЕГІ» ім. акад. Степана Дем'янчука*. Рівне. Вип. 3. Ч. 2, С. 132–141.

5. Роговик, Л. С. (2013). *Шкала психомоторної активності*. Взято з: ecopsy.com.ua/data/zbirki/2003_01/sb01_57.pdf.

6. Столярова, Л. Г., Ткачёва, Г. Р. (1978). *Реабилитация больных с постинсультными двигательными расстройствами*. Москва: Медицина. 210 с.

7. Фармацевтична енциклопедія. (2018). Взято з: <https://www.google.com/url>.

8. Цветовой тест М. Люшера (2012). Взято з: <https://psyfactor.org/lib/lusher.htm>.

9. Onufrieva, L. A. (2015). The psychological potential of socioeconomic specialists' personal progress in the light of family education. *Проблеми сучасної психології: зб. наук. праць Кам'янець-Подільського нац. ун-ту ім. Івана Огієнка, Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України*. Вип. 30. Кам'янець-Подільський: Аксіома. С. 448–457.

10. Partridge, C., Johnston, M. (1989). Perceived control of recovery from physical disability Measurement and prediction. *British Journal of Clinical Psychology*. Vol. 28, pp. 53–59.

References

1. Belova, A. N., Shchetova, O. N. (1998). *Rukovodstvo po rehabilitacii bol'nyx s dvigatel'nymi narusheniyami [Guidelines for the rehabilitation of patients with actions' disorders]*. Moscow: Medicine. 323 p. [in Russian].

2. Ivashkevych, E. Z. (2004). Zastosuvannia psykhotekhnik z metoiu pidvyshchennia efektyvnosti rehabilitatsiinoi roboty zi shkoliaromy z osobystisnymy rozladamy [Using of psycho-techniques in order to increase the efficiency of rehabilitation of students with personal disorders]. *Problems of General and Pedagogical Psychology: Collective scientific works of the Institute of Psychology named after G.S. Kostyuk, National Academy of Sciences of Ukraine*. K., Vol. 6, Ch. 7. pp. 116–126 [in Ukrainian].

3. Kadykov, A. S. (1991). Vosstanovlenie narushennykh funkciy i social'noj readaptacii bol'nyx, perenesshix insul't (osnovnye faktory rehabilitacii) [Restoration of impaired functions and social rehabilitation of patients with stroke (the main factors of rehabilitation)] : *Doctor's thesis in Medicine: 14.00.13*. Moscow. 53 p. [in Russian].

4. Mykhalchuk, N. O., Potashnyuk, R. Z. (2003). Osoblyvosti provedennia psykholohichnoi rehabilitatsii khvorykh z rozladamy svidomosti [The peculiarities of carrying out of psychological rehabilitation of patients with disorders of consciousness]. *The conception of the development of the field of physical education and sport in Ukraine : Scientific articles of the International University «REGI» named after Academician Stepan Demyanchuk*. Vol. 3. Part 2. Rivne. pp. 132–141 [in Ukrainian].

5. Rogovyk, L. S. (2013). *Shkala psykhomotornoj aktyvnosti [Psychomotor activity scale]*. Electronic resource. Access mode : [ecopsy.com.ua/ data/zbirki/2003_01/ sb01_57.pdf](http://ecopsy.com.ua/data/zbirki/2003_01/sb01_57.pdf) [in Ukrainian].

6. Stolyarova, L. G., Tkacheva G. R. (1978). *Reabilitaciya bol'nyx s postinsul'tnymi dvigatel'nymi rasstrojstvami [Rehabilitation of patients with post-stroke motor disorders]*. Moscow: Medicine. 210 p. [in Russian].

7. *Farmatsevtichna entsyklopediia [Pharmaceutical Encyclopedia]*. (2018). Electronic resource. Access mode: <https://www.google.com/url>. [in Ukrainian].

8. Cvetovoj test M. Lyushera [*M.Luscher Color Test*]. (2012). Electronic resource. Access mode: <https://psyfactor.org/lib/lusher.htm>. [in Russian].

9. Onufrieva, L. A. (2015). The psychological potential of socio-economic specialists' personal progress in the light of family education. *Problems of contemporary psychology: Scientific articles of the Kamyanyets-Podilskyi National University named after Ivan Ogienko, Institute of Psychology named after G. S. Kostyuk, National Academy of Sciences of Ukraine. Vol. 30*. Kamyanyets-Podilskyi: Axioma, pp. 448–457 [in English].

10. Partridge, C., Johnston, M. (1989). Perceived control of recovery from physical disability Measurement and prediction. *British Journal of Clinical Psychology*. Vol. 28, pp. 53–59 [in English].

Received: 25.03.2019

Accepted: 18.04.2019