

DOI: 10.26693/jmbs05.02.153

УДК 616.7:615.8

Федоренко С. М.

РЕЗУЛЬТАТИ АНАЛІЗУ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ОРТОПЕДИЧНОГО ПРОФІЛЮ НА ПОЧАТКУ АМБУЛАТОРНОЇ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

Національний університет фізичного виховання і спорту України, Україна

fesco_klinik@ukr.net

Дослідження якості життя нині є одним з основних підходів у оцінці ефективності фізичної терапії. Якість життя є інтегральною характеристикою фізичного, психологічного та соціального функціонування людини.

Мета – визначити рівень якості життя у амбулаторних пацієнтів з порушеннями ортопедичного профілю до курсу фізичної терапії залежно від локалізації порушення та психотипу для подальшого вдосконалення оцінювання результатів фізичної терапії.

Методи дослідження: оцінка якості життя проводилася з використанням міжнародного стандартизованого опитувальника Health Status Survey SF-36. Групування пацієнтів відбувалося з використанням Міжнародної класифікації функціонування та методики визначення типів ставлення до хвороби. Отримані результати були опрацьовані методами математичної статистики. У дослідженні взяли участь 113 пацієнтів, котрі проходили курс фізичної терапії у медичному центрі «ФЕСКО» впродовж 2013-2015 років.

Пацієнти з порушеннями у нижній частині тіла (поперек, пояс та сама нижня кінцівка) мали статистично нижчі результати шкали «фізичне функціонування» та показника «фізичний статус» при відсутності відмінностей у інших шкалах. Відповідно до результатів статистичного аналізу пацієнти з нераціональним ставленням до хвороби (нераціональні психотипи) мали достовірно нижчі бали за шкалами «загальне здоров'я», «життєздатність», «роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності», «психічне здоров'я» та показником «психічний статус» ніж пацієнти з раціональним ставленням до хвороби.

Отримані результати підтвердили наявність статистично значимих відмінностей у оцінці якості життя за опитувальником SF-36 серед пацієнтів з ортопедичного профілю до початку фізичної терапії на амбулаторному етапі при групуванні їх залежно від локалізації порушення та типу ставлення до хвороби.

Ключові слова: фізична реабілітація, терапевтичні вправи, діяльність, участь, функціонування, м'язово-скелетні порушення.

Зв'язок роботи з науковими планами, програмами, темами. Роботу виконано згідно плану НДР НУФВСУ на 2016-2020 рр. за темою: 4.2. «Організаційні та теоретико-методичні основи фізичної реабілітації осіб різних нозологічних, професійних та вікових груп», № державної реєстрації 0116U001609.

Вступ. Захворювання та травми опорно-рухового апарату, включаючи ревматичні, є основною причиною інвалідності [1, 2, 3]. У дослідженні Всесвітньої організації охорони здоров'я 2010 року «Глобальне обтяження хвороб» біль у спині був головною причиною того, що люди багато років живуть з обмеженими можливостями, болі в шиї - четвертою причиною, а інші порушення опорно-рухового апарату були на п'ятому місці. У цьому рейтингу збільшилася значимість остеоартриту, а саме він перемістився з 15-го місця у 1990 році до 11-го у 2010-му серед населення у Західній Європі [3].

Захворювання опорно-рухового апарату впливають на людей, обмежуючи їхню діяльність та участь [4], а також впливають на суспільство через випадки втрати роботи, економічного впливу (пенсії за інвалідністю, достроковий вихід на пенсію) та зростаючу потребу в соціальній підтримці [5]. Проте перешкодою для визначення пріоритетності захворювань ОРА з боку державних службовців системи охорони здоров'я є те, що ці захворювання не вважаються смертельними [6]. Порушення опорно-рухового апарату складають настільки важливу складову захворювань людей у працездатному та геріатричному віці населення, що хороші статистичні дані про них є важливими для планування охорони здоров'я [7].

Якість життя є важливою складовою у оцінці впливу порушень опорно-рухового апарату на здоров'я людини та актуальним об'єктом вивчення у

сфері фізичної терапії пацієнтів ортопедичного профілю. Проте залишається невизначеними особливості впливу локалізації порушення та типу ставлення до хвороби на якість життя пацієнтів ортопедичного профілю, котрі поступають на курс фізичної терапії. Водночас, роботи, котрі висвітлюють наявність відмінностей у якості життя серед хворих залежно від психотипу, існують [8, 9].

Мета роботи - визначити рівень якості життя у амбулаторних пацієнтів з порушеннями ортопедичного профілю до курсу фізичної терапії залежно від локалізації порушення та психотипу для подальшого вдосконалення оцінювання результатів фізичної терапії.

Методи дослідження. У дослідженні взяли участь 113 пацієнтів, котрі поступали на курс фізичної терапії у медичному центрі "ФЕСКО" впродовж 2013-2015 років. До Г1 потрапило 55 пацієнтів, а до Г2 потрапило 58 пацієнтів. Усі досліді проводили у відповідності до Конвенції Ради Європи «Про захист прав людини і людської гідності в зв'язку з застосуванням досягнень біології та медицини: Конвенція про права людини та біомедицину (ETS № 164)» від 04.04.1997 р., і Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації (2008 р.). Усі пацієнти або їхні законні представники давали письмову згоду на обробку персональних даних.

Оцінка якості життя проводилася з використанням міжнародного стандартизованого опитувальника Health Status Survey SF-36. При аналізі результатів розглядаються шкали [10, 11, 12, 13]: фізична активність (ФА; Physical Functioning - PF); роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності (РФ; Role Physical Functioning - RP); біль (Б; Bodily Pain - BP); життєздатність (ЖЗ; Vitality - VT); соціальна активність (СА; Social Functioning - SF); роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності (РЕ; Role Emotional - RE); психічне здоров'я (ПЗ; Mental Health - MH); загальне здоров'я (ЗЗ; General Health - GH). Окрім того, два загальні показники: фізичний статус (ФС); психічний статус (ПС).

Групування пацієнтів відбувалося з використанням Міжнародної класифікації функціонування (МКФ) [14]. Було визначено, що пацієнтів доцільно згрупувати за структурою котра уражена. До Г1 увійшли пацієнти з наступними кодами МКФ: s740 - структура тазового поясу; s750 - структура нижньої кінцівки; s760 - структура тулуба. До Г2 увійшли пацієнти з кодами МКФ: s710 - структура голови та ділянки шиї; s720 - структура плечового поясу; s730 - структура верхньої кінцівки. Рішення щодо такого розділу та групування обґрунтовується також тим, що відповідно до складової МКФ функції у всіх пацієнтів відзначалися аналогічні коди. Зокрема b710 - функції рухливості суглоба; b715 - функ-

ції стабільності суглоба; b730 - функції м'язової сили; b735 - функції м'язового тону; b740 - функції м'язової витривалості. Проте лише для пацієнтів групи Г1 характерним був код b770 функції стереотипу ходьби.

Методика визначення типів ставлення до хвороби [15] використовувалася для перевірки наявності впливу особистості пацієнта на оцінку якості життя до проведення фізичної терапії. Отже, відношення до хвороби було другим фактором групування пацієнтів.

Відповідно до літературних даних [16, 17], а саме про віднесення до «раціональних» типів реакції гармонійного, ергопатичного та анозогностичного, було проведено розділення загальної вибірки на Г+ (n=58, раціональні типи реакції на хворобу) та Г- (n=55, не раціональні), а Г1 та Г2 на підгрупи відповідно до психотипів. Так до Г1+ та Г2+ увійшли раціональні типи реакції на хворобу. Зокрема до Г1+ увійшло 28 пацієнтів (50,9% від Г1), а до Г2+ увійшло 30 пацієнтів (51,7% від Г2). Інші типи пацієнтів увійшли до Г1- та Г2-.

Отримані результати були опрацьовані методами математичної статистики. Використовували прикладні програмами Statistica 7.0. та IBM SPSS Statistics 21. Визначали середнє значення (\bar{x}) та середньоквадратичне відхилення (S), медіану (Me) та верхній і нижній квантилі (25%; 75%). Для оцінки значущості різниці, при наявності нормального розподілу результатів досліджень, використовували t-критерій Стьюдента (для незалежних), а для показників, що мали розподіл відмінний від нормального, використовували U-критерій Манна-Уїтні (для незалежних груп).

Результати дослідження. При розгляді «діяльності та участі», а саме розділів «мобільність», «самообслуговування», «домашній побут», був зроблений висновок про те, що для більшості видів діяльності необхідна участь як поясу та самої верхньої кінцівки, так і тулуба, тазу та нижньої кінцівки. Тому слід більш ретельно дослідити можливі відмінності між групами Г1 та Г2.

Відзначимо, що за результатами статистичного аналізу результатів шкал опитувальника SF-36 достовірні відмінності між групами Г1 та Г2 були отримані у шкалі фізичне функціонування ($p < 0,01$) та у сумарному показнику фізичний статус ($p < 0,01$). Враховуючи, що не всі результати шкал відповідали нормальному розподілу, у **табл. 1** вказані як так і Me (25%; 75%). Порівняння груп відбувалося з врахуванням наявності відповідності розподілу результатів нормальному.

За результатами статистичного аналізу (**табл. 1**) у Г1 та Г2 статистичні показники шкали «біль» не відрізнялися достовірно ($p > 0,05$),

а у загальній вибірці показник становив 39,3±15,48 бали, при значеннях Me (25%; 75%) на рівні 40 (30; 51) балів.

На цьому етапі статистичного аналізу виникає питання: «Чому при статистично однакових показниках шкал «роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності» та «біль» наявна статистична відмінність у шкалі «фізичне функціонування»?» У результаті аналізу опитувальника було виявлено, що до шкали «фізичне функціонування» входить 10 питань. Усі десять у своєму змісті мають діяльність чи активність пов'язану з навантаженням на нижні кінцівки та нижню частину тулуба (біг, нахили, ходьба, підняття предметів та їх пересування, тощо), що характерно для Г1. Проте діяльність чи активність верхніми кінцівками (підняття предметів та їх пересування, прибирання, догляд за собою, тощо) наявна лише у половині пунктів сфери «фізичне функціонування». Такий результат може бути поясненням наявної різниці, а також підтвердженням логічності розділення загальної вибірки на Г1 та Г2.

Відповідно до результатів статистичного аналізу достовірної відмінності між Г1 та Г2 у отриманих балах за шкалою «загальне здоров'я» не встановлено. Статистичні показники у загальній вибірці (n=113) пацієнтів склали 59,4±11,63 бали, а показники Me (25%; 75%) виявлені на рівні 60 (55; 65) балів.

У обстеженій групі пацієнтів (n=113), відповідно до результатів статистичного аналізу, середнє значення шкали «життєздатність» становило 52,9±8,23 бали, а значення Me (25%; 75%) становили 55 (45; 60) бали. Достовірної відмінності між Г1 та Г2 у отриманих балах за шкалою «загальне здоров'я» не встановлено (табл. 1).

За результатами статистичного аналізу (табл. 1) у Г1 та Г2 статистичні показники не відрізнялися достовірно (p>0,05), а у загальній вибірці показник шкали «соціальне функціонування» становив 55,0±21,23 бали, при значеннях Me (25%; 75%) на рівні 50 (37,5; 75) балів.

Таблиця 1 – Показники якості життя за SF-36 пацієнтів ортопедичного профілю у групах за локалізацією, бали

Показники якості життя		Групи	
		Г1 (n=55)	Г2 (n=58)
Фізичне функціонування	Me(25%;75%)	45 (35;60)	60(55;70)**
	$\bar{x} \pm S$	47,1±13,77	62,6±8,02**
Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності	Me(25%;75%)	50 (25;50)	50(25;50)
	$\bar{x} \pm S$	42,3±21,98	41,8±22,65
Біль	Me(25%;75%)	40 (22;50)	41(31;54,3)
	$\bar{x} \pm S$	37,7±15,59	40,8±15,37
Загальне здоров'я	Me(25%;75%)	60 (55;65)	60(55;70)
	$\bar{x} \pm S$	58,3±11,23	60,5±11,98
Життєздатність	Me(25%;75%)	50 (45;55)	55(45;60)
	$\bar{x} \pm S$	51,6±7,63	54,1±8,64
Соціальне функціонування	Me(25%;75%)	50 (37,5; 75)	50(37,5;75)
	$\bar{x} \pm S$	55,0±21,33	54,9±21,32
Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності	Me(25%;75%)	33,3(33,3;33,3)	33,3(33,3;33,3)
	$\bar{x} \pm S$	32,1±22,19	32,2±21,59
Психічне здоров'я	Me(25%;75%)	52 (44; 60)	50(42;58)
	$\bar{x} \pm S$	51,6±10,46	49,5±10,44
Фізичний статус	Me(25%;75%)	39,2(31,2; 43,2)	42,8(36,9;46,6)**
	$\bar{x} \pm S$	37,9±6,78	41,7±5,98
Психічний статус	Me(25%;75%)	39,6(35,1; 44,3)	37,5(32,6;42,2)
	$\bar{x} \pm S$	39,6±5,72	37,6±5,99

Примітки: * – різниця між показниками груп статистично значуща p<0,05; ** – p<0,01.

Відповідно до статистичного аналізу отриманих результатів шкали «роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності» середньостатистичні показники у Г1 та Г2 не відрізнялися достовірно (p>0,05), а у загальній вибірці показник шкали становив 32,2±21,79 бали, при значеннях Me (25%; 75%) на рівні 33,3(33,3;33,3) балів.

Значення Me (25%; 75%) загального показника «фізичний статус» у досліджуваних пацієнтів (n=113) склали 41,1 (34,7; 44,9) балів при значеннях на рівні 39,8±6,63 балів. Враховуючи наявність достовірної відмінності між Г1 та Г2 (p<0,01) на користь Г2, можна стверджувати, що загальний показник «фізичного статусу» був кращим у Г2. Звичайно суттєву роль у цій перевазі відіграла різниця за шкалою «фізичне функціонування», проте, виходячи з формули розрахунку «фізичного статусу», й ряд незначних відмінностей за іншими

шкалами також вплинули на це своєю загальною різницею.

Значення загального показника «психічний статус» не відрізнялися у Г1 та Г2 ($p > 0,05$) (табл. 1). Показники $\bar{x} \pm S$ серед загальної вибірки виявлено на рівні $38,6 \pm 5,92$ балів.

Таким чином серед обстеженої групи ($n=113$) показники більшості шкал статистично не відрізнялися ($p > 0,05$). Проте була знайдена статистична відмінність ($p < 0,01$) при порівнянні загальної шкали «фізичного статусу» на користь Г2 (табл. 1).

Враховуючи представлені результати аналізу показників якості життя за SF-36, було визначено необхідним дослідити отримані дані на наявність достовірних різниць у групах залежно від психотипу.

Відзначимо, що при порівнянні результатів груп Г+ з Г-, Г1+ з Г1-, Г2+ з Г2- були отримані статистичні відмінності за однаковими досліджуваними шкалами та показниками. Водночас, більшість шкал достовірно не відрізнялись при порівнянні Г1+ та Г2+, Г1- та Г2-. Тому, у таблиці 2 наведені результати порівняння лише груп Г+ та Г-. Порівняння груп відбувалося з врахуванням наявності відповідності розподілу результатів нормальному.

Достовірна відмінність між Г+ та Г- виявлена за шкалою «загальне здоров'я». Так, у Г+ рівень шкали був ліпшим ($p < 0,01$), а значення Me (25%; 75%) у Г+ та Г- склали 65 (58,8;71,3) балів та 55- (45;60) балів відповідно. Різниця між середніми значеннями груп склала 11,1 бала. Таким чином пацієнти з раціональним ставленням до хвороби мали кращі суб'єктивні оцінки наявного рівня здоров'я, прогнозу та схильності до хвороб.

Статистична відмінність між Г+ та Г- отримана й за шкалою «життєздатність». Так у Г+ рівень шкали був вищим ($p < 0,01$), а значення Me (25%; 75%) у Г+ та Г- склали 60 (55;65) балів та 45(45;50) балів відповідно. Різниця між середніми значеннями груп склала 11,3 бала. Таким чином пацієнти з раціональним ставленням до хвороби більш часто ніж пацієнти групи Г- почували себе бадьорими, повними сил та енергії, а рідше змученими та втомленими.

Достовірна відмінність між Г+ та Г- виявлена за шкалою «роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності» (табл. 2). Різниця між середніми значеннями груп склала 28,3 бала. Таким чином пацієнти з не раціональним ставленням до хвороби частіше скорочували кількість часу, що витрачається на роботу або інші справи; виконали менше, ніж хотіли; виконували свою роботу або інші справи не так акуратно, як зазвичай.

Статистична відмінність між Г+ та Г- отримана й за шкалою «Психічне здоров'я». Різниця між середніми значеннями груп склала 17,7 бала. Таким

Таблиця 2 – Показники якості життя за SF-36 серед пацієнтів залежно від психотипу, бали

Показники якості життя		Групи	
		Г+ (n=58)	Г- (n=55)
Фізичне функціонування	Me(25%;75%)	60 (50;65)	55(45;65)
	$\bar{x} \pm S$	56,2±13,35	53,8±13,84
Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності	Me(25%;75%)	50(25;50)	50(25;50)
	$\bar{x} \pm S$	43,5±22,24	40,5±22,30
Біль	Me(25%;75%)	41(31;54,3)	40(22;50)
	$\bar{x} \pm S$	40,9±15,66	37,6±15,25
Загальне здоров'я	Me(25%;75%)	65 (58,8;71,3)	55(45;60)**
	$\bar{x} \pm S$	64,8±10,55	53,7±9,92
Життєздатність	Me(25%;75%)	60(55;65)	45(45;50)**
	$\bar{x} \pm S$	58,4±5,95	47,1±6,06
Соціальне функціонування	Me(25%;75%)	56,3 (37,5;75)	50(37,5;75)
	$\bar{x} \pm S$	56,3±21,49	53,6±21,06
Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності	Me(25%;75%)	33,3 (33,3;66,7)	33,3(0;33,3)**
	$\bar{x} \pm S$	45,9±16,31	17,6±16,79
Психічне здоров'я	Me(25%;75%)	59(55,5;64)	42(38;46)**
	$\bar{x} \pm S$	59,1±5,62	41,4±5,42
Фізичний статус	Me(25%;75%)	40,9 (34;44,5)	41,7 (35,9;45,3)
	$\bar{x} \pm S$	39,3±6,69	40,4±6,58
Психічний статус	Me(25%;75%)	42,8 (40,3;45,9)	34,5 (31,2;36,5)**
	$\bar{x} \pm S$	43,2±3,72	33,7±3,27

Примітка: * – різниця між показниками груп статистично значуща $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$

чином пацієнти з раціональним ставленням (Г+) до хвороби більш часто ніж пацієнти групи Г- почували себе спокійними і умиротвореними, щасливими, а рідше пригніченими та впадшими духом, сильно нервували.

Результати статистичного аналізу загальної шкали «фізичний статус» відзначили відсутність достовірної різниці між Г+ та Г- ($p > 0,05$). Разом з тим, значення Me (25%; 75%) та у Г+ склали відповідно 40,9(34;44,5) та 39,3±6,69 балів, а аналогічні показники у Г- склали 41,7(35,9;45,3) балів та 40,4±6,58 балів відповідно.

Достовірна відмінність між Г+ та Г- відзначена за загальною шкалою «психічний статус». Так у Г+ рівень шкали був ліпшим ($p < 0,01$), а значення Ме-Ме (25%; 75%) у Г+ та Г- склали 42,8(40,3;45,9) балів та 34,5(31,2;36,5) балів відповідно. Різниця між середніми значеннями груп склала 9,5 бала.

Обговорення отриманих результатів. Загалом у наукових базах існує досить велика кількість робіт присвячених проблемам якості життя при конкретних м'язово-скелетних захворюваннях, а результати у змішаних групах пацієнтів з м'язово-скелетними порушеннями повідомляються більш рідко.

Отримані дані щодо особливостей впливу типу відношення до хвороби на показники якості життя серед пацієнтів ортопедичного профілю є новими.

Водночас наше дослідження доповнює данні щодо якості життя у змішаних групах пацієнтів з м'язово-скелетними порушеннями, а також підтверджує негативний вплив цих порушень на якість життя.

У роботі Picavet H. S. J. та Hoesmans N. [18] повідомлялося, що усі захворювання опорно-рухового апарату пов'язані з болем і зниженням фізичних функцій, а комбінування та поєднання захворювань опорно-рухового апарату слід враховувати в дослідницькій та клінічній практиці через їх високу поширеність та суттєвий вплив на якість життя, пов'язану зі здоров'ям. Водночас автори дослідили якість життя здорових та людей, які мають одне або декілька захворювань опорно-рухового апарату. Було встановлено, що суб'єкти з захворюваннями опорно-рухового апарату мали значно нижчі показники за всіма шкалами SF-36, ніж ті, що не мають захворювань опорно-рухового апарату, особливо для шкал «фізичного функціонування» (75,2 проти 87,8); «роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності» (67,1 проти 85,8) та «біль» (68,5 проти 84,1).

Аналогічно й наша робота підтверджує негативний вплив ортопедичних порушень на якість життя пацієнтів, порівняно з здоровою популяцією України [10].

Водночас, отримані нами показники були нижчими ніж у роботі Picavet H. S. J. та Hoesmans N. [18]. Це можливо пояснити тим, що якість життя здорового населення в Україні [10] може бути нижчою ніж серед населення з порушеннями опорно-рухового апарату у інших країнах. По-друге, респонденти з патологіями опорно-рухового апарату у роботі Picavet H. S. J. та Hoesmans N. [18] були виокремлені з вибірки жителів, а у нашому дослідженні пацієнти зверталися до амбулаторної програми фізичної терапії самостійно чи за направленням лікаря, що було обумовлено закінченням мож-

ливості терпіти біль чи обмеженнями у мобільності, участі, як це часто буває, оскільки наші пацієнти повідомляли про тривалі терміни існування дискомфорту та обмежень.

У роботі Roux C. H. та співавторів [19] проводилося дослідження динаміки якості життя з формуванням м'язово-скелетних порушень. Зокрема у частки обстежених пацієнтів відмічалось формування розладів хребта (біль у шиї, біль у спині, грижі диска, остеопороз (стресові переломи)), розлади суглобів (остеоартрит, мікрокристалічний артрит, артрит), позасуглобові розлади (тендоніт, капсуліт, синдром зап'ястного каналу), тобто вибірка також була змішаною. Відзначимо, що найнижчі показники відзначалися у шкалах «життєздатність» та «психічне здоров'я» при усіх обстеженнях. Автори наголошують, що у порівнянні з контрольною групою, у суб'єктів з розладами спостерігалися значно суттєвіші зменшення таких доменів: «біль» (різниця у динаміці на -7,4 бала), «життєздатність» (-2,7), «загальне здоров'я» (-1,8) та «фізичне функціонування» (-1,3). У групі м'язово-скелетних порушень хронічні розлади мали більший вплив, ніж гострі, на «фізичне функціонування», «роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності» та «соціальне функціонування». Проте слід відзначити, що отримані нами показники були значно нижчими. Водночас результати пацієнтів з м'язово-скелетними порушеннями, котрі представлені у роботі Roux C. H. та співавторів, значно кращі ніж результати здорового населення в Україні [10].

З іншої сторони нами було підтверджено, що тип відношення до хвороби більше впливає на психологічну та соціальну складову якості життя.

Зокрема, при вивченні якості життя пацієнтів з артеріальною гіпертензією в залежності від типу реагування на своє захворювання Пшуком Н. Г. та співавторам було встановлено, що у пацієнтів із гармонійним, анозогностичним та ергопатичним типами найбільш високі показники виявлені по складовій соціального благополуччя, що співпадає з літературними даними та свідчить про їх більшу задоволеність у сфері взаємовідносин і значні компенсаторні можливості [8].

Враховуючи отримані результати, є необхідним застосування методів управління процесом фізичної терапії для покращення якості життя, формування терапевтичного альянсу, поліпшення мотивації пацієнтів та персоналу у фізичній терапії з врахуванням типу ставлення до хвороби [20, 21].

Висновки. Пацієнти з порушеннями у нижній частині тіла (поперек, пояс та сама нижня кінцівка) мали статистично нижчі показники шкали «фізичне функціонування» та показника «фізичний статус»

при відсутності відмінностей у інших шкалах. Відповідно до результатів статистичного аналізу пацієнти з нераціональним ставленням до хвороби (нераціональні психотипи) мали достовірно нижчі бали за шкалами «загальне здоров'я», «життєздатність», «роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності», «психічне здоров'я» та показником «психічний статус». Отже, підтвердилася наявність впливу локалізації порушення на одну шкалу, котру відносять «фізичного статусу», та типу ставлення до хвороби на ряд шкал якості

життя, котрі загалом відносять до «психічного статусу».

Перспективи подальших досліджень у даному напрямку полягають у визначенні особливостей динаміки показників якості життя під впливом стандартної програми фізичної терапії та модифікованої шляхом впровадження нових засобів фізичної терапії та методик їх використання, методів управління процесом фізичної терапії, покращення формування терапевтичного альянсу, поліпшення мотивації пацієнтів та персоналу.

References

1. Ra'ad Abdul Hadi Mohammad Alalwan, Vitomskiy VV, Jafar Taysir Mohammad Al-Quran, Nikanorov OK. Restoration of functional indicators of lower extremity and quality of life after surgical treatment of Achilles tendon rupture. *Sports medicine and physical rehabilitation*. 2017; 1: 79-87. [Ukrainian]
2. Vitomskiy VV, Lazariyeva OB, Ra'ad Abdul Hadi Mohammad Alalwan, Vitomska MV. Restoration of ankle joint, quality of life dynamics and assessment of achilles tendon rupture consequences. *Pedagogics, psychology, medical-biological problems of physical training and sports*. 2017; 21(6): 308–14. doi:10.15561/18189172.2017.0608
3. Vos T, Flaxman A, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012; 380(9859): 2163–96. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)61729-2
4. Palazzo C, Ravaud JF, Trinquart L, Dalichampt M, Ravaud P. Respective contribution of chronic conditions to disability in France: results from the national Disability-Health Survey. *PLoS One*. 2012; 9: e44994. PMID: 23024781. PMCID: PMC3443206. DOI: 10.1371/journal.pone.0044994
5. Guo HR, Tanaka S, Halperin WE, Cameron LL. Back pain prevalence in US industry and estimates of lost workdays. *Am J Public Health*. 1999; 7: 1029–35. PMID: 10394311. PMCID: PMC1508850. DOI: 10.2105/AJPH.89.7.1029
6. Palazzo C, Ravaud JF, Papelard A, Ravaud P, Poiraud S. The burden of musculoskeletal conditions. *PLoS One*. 2014; 9(3): e90633. PMID: 24595187. PMCID: PMC3942474. DOI: 10.1371/journal.pone.0090633
7. Kelsey JL, Pastides H, Bisbee JG. The impact of musculoskeletal disorders on the population of the United States. *The Journal of bone and joint surgery. American volume*. 1979 Oct; 61(7): 959-64. DOI: 10.2106/00004623-197961070-00001
8. Pshuk NG, Stukan LV, Pshuk EY. Effects of types relations to diseases and quality of patients' life with arterial hypertension. *Archives of Psychiatry*. 2012; 18(1): 20-4. [Ukrainian]
9. Vasylyeva A. Estimation of intercommunication between features of personality reacting on disease and quality of life of patients suffering from malignant neoplasm. *Archives of Psychiatry*. 2010; 16(2): 57-63.
10. Feshchenko YI, Mostovoy YM, Babichuk YV. Adaptation procedure of the international MOS SF-36 quality of life questionnaire in Ukraine. Experience in the use of patients with bronchial asthma. *Ukrainian Pulmonary Journal*. 2002; 3: 9-11. [Ukrainian]
11. Lebid IH, Rudenko NM, Sydorenko AY. *Quality of life in patients with congenital heart disease: a practice tool*. Kiev: CENTER FOR PEDIATRIC CARDIOLOGY AND CARDIAC SURGERY; 2016. 49 p. [Ukrainian]
12. Ritvo PG, Fischer JS, Miller DM, Andrews H, Paty DW, LaRocca NG. *Multiple sclerosis quality of life inventory: a user's manual*. New York: National Multiple Sclerosis Society, 1997. 65 p.
13. *User's manual for the SF-36v2 health survey*. 2-nd ed. Publisher Quality Metric; 2008. 309 p.
14. International Classification of Functioning, Disability and Health. Available from: https://moz.gov.ua/uploads/2/11374-9898_dn_20181221_2449.pdf [Ukrainian]
15. Shcherbakova AM, Goodilina OH. Comparative characteristics of the attitude to the limited possibilities of their health for persons with congenital and acquired disorders of statodynamic function. *Psychological Science and Education*. 2010; 5: 77-86.
16. Chernov A. 12 patients and their psychotypes. KATRENSSTYLE. 2013; 122. [Internet]. Available from: https://www.katrenstyle.ru/articles/journal/medicine/ethics/12_patsientov_i_ih_psihotipyi. [Russian]
17. Kalashnikov ON. Aspects of the interaction between the patient and the doctor, the possibility of their optimization in medical practice (Part 2). *Therapia*. 2015; 7-8(100). Available from: <http://therapia.ua/therapia/2015-7-8-100/aspekty-vzaimodeistviya-patsienta-i-vracha-vozmozhnost-ikh-optimizatsii-v-meditsinskoj-praktike-chast-2>. [Russian]
18. Picavet HS, Hoeymans N. Health related quality of life in multiple musculoskeletal diseases: SF-36 and EQ-5D in the DMC3 study. *Annals of the rheumatic diseases*. 2004 Jun 1; 63(6): 723-9. PMID: 15140781. PMCID: PMC1755044. DOI: 10.1136/ard.2003.010769

19. Roux CH, Guillemin F, Boini S, Longuetaud F, Arnault N, Hercberg S, et al. Impact of musculoskeletal disorders on quality of life: an inception cohort study. *Annals of the rheumatic diseases*. 2005 Apr 1; 64(4): 606-11. PMID: 15576417. PMCID: PMC1755431. DOI: 10.1136/ard.2004.020784
20. Fedorenko S, Vitomskiy V, Lazarieva O, Vitomska M. Management and Motivation of Patients as a Way of Increasing the Efficiency of Physical Therapy in Orthopedic Disorders. *JMBS*. 2019; 4(5): 295–302. DOI: 10.26693/jmbs04.05.295 [Ukrainian]
21. Vitomskiy VV, Lazarieva OB, Fedorenko SM, Vitomska MV. Methods of management and motivation in personnel management of the center of physical therapy and improving the quality of services for patients with orthopedic profile at the outpatient stage. *Health, sport, rehabilitation*. 2019; 2: 17-27. DOI: <https://doi.org/10.34142/HSR.2019.05.01.02.02>

УДК 616.7:615.8

РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В НАЧАЛЕ АМБУЛАТОРНОЙ ПРОГРАММЫ ФИЗИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Федоренко С. Н.

Резюме. Исследование качества жизни в настоящее время является одним из основных подходов в оценке эффективности физической терапии. Качество жизни является интегральной характеристикой физического, психологического и социального функционирования человека.

Цель – определить уровень качества жизни в амбулаторных пациентах с нарушениями ортопедического профиля к курсу физической терапии в зависимости от локализации нарушения и психотипа для дальнейшего совершенствования оценки результатов физической терапии.

Методы исследования: оценка качества жизни проводилась с использованием международного стандартизированного опросника Health Status Survey SF-36. Группировка пациентов происходило с использованием Международной классификации функционирования и методики определения типов отношения к болезни. Полученные результаты были обработаны методами математической статистики. В исследовании приняли участие 113 пациентов, проходивших курс физической терапии в медицинском центре «ФЕСКО» на протяжении 2013-2015 годов.

Пациенты с нарушениями в нижней части тела (поясница, пояс и самая нижняя конечность) имели статистически ниже результаты шкалы «физическое функционирование» и показателя «физический статус» при отсутствии различий в других шкалах. Согласно результатам статистического анализа пациенты с нерациональным отношением к болезни (нерациональные психотипы) имели достоверно ниже баллы по шкалам «общее здоровье», «жизнеспособность», «роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности», «психическое здоровье» и показателем «психический статус» чем пациенты с рациональным отношением к болезни.

Полученные результаты подтвердили наличие статистически значимых различий в оценке качества жизни по опроснику SF-36 у пациентов с ортопедического профиля до начала физической терапии на амбулаторном этапе при группировке их в зависимости от локализации нарушения и типа отношения к болезни.

Ключевые слова: физическая реабилитация, терапевтические упражнения, активность, участие, функционирование, мышечно-скелетные нарушения.

UDC 616.7:615.8

Results of the Quality of Life Analysis in Patients of Orthopedic Profile at the Beginning of the Outpatient Program of Physical Therapy

Fedorenko S.

Abstract. Research of quality of life is now one of the main approaches in evaluating the effectiveness of physical therapy. Quality of life is an integral characteristic of a person's physical, psychological and social functioning.

The purpose of the study was to determine the quality of life in outpatients with orthopedic profile disorders prior to the course of physical therapy, depending on the localization of the disorder and psychotype, to further improve the evaluation of the results of physical therapy.

Material and methods. Quality of life assessment was performed using the internationally standardized Health Status Survey SF-36. Patient grouping was performed using the International Classification of Functioning and the method of determining types of attitudes to the disease. The obtained results were processed by

methods of mathematical statistics. The study involved 113 patients who underwent a course of physical therapy at FESCO Medical Center during 2013-2015.

Results and discussion. Patients with disorders in the lower body (lumbar, lower extremity girdle and lower limb) had statistically lower scores on the "physical functioning" scale and the "physical status" indicator in the absence of differences in other scales. Analysis of the assessment of the scale "physical functioning", revealed an average result in G1 (with disorders in the lower body) at the level of 47.1 ± 13.77 points, indicators Me (25%; 75%) were 40 (35;60) points; and in G2 (with disorders in the upper body) were 62.6 ± 8.02 points and 60 (55;70) respectively. According to the results of the statistical analysis, patients with irrational attitudes (irrational psychotypes) had significantly lower scores on the "general health", "vitality", "role emotional", "mental health" and "mental status". Thus, in patients with rational attitudes the level of the scale "general health" was better ($p < 0.01$), and the values of Me (25%; 75%) in patients with rational and irrational attitudes were 65 (58.8; 71.3) points and 55 (45; 60) points, respectively. The difference between the mean values of the groups was 11.1 points.

Conclusion. The obtained results confirmed the existence of statistically significant differences in the quality of life assessment according to the SF-36 questionnaire among patients with orthopedic profile before the beginning of physical therapy at the outpatient stage when grouped according to the localization of the disorder and the type of attitude to the disease.

Keywords: physical therapy, therapeutic exercises, activity, participation, functioning, musculoskeletal disorders.

The authors of this study confirm that the research and publication of the results were not associated with any conflicts regarding commercial or financial relations, relations with organizations and/or individuals who may have been related to the study, and interrelations of coauthors of the article.

Стаття надійшла 25.10.2019 р.

Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування