Національний університет фізичного виховання і спорту України
Міністерство освіти і науки України

Національний університет фізичного виховання і спорту України
Міністерство освіти і науки України

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

ФЕДОРЕНКО СЕРГІЙ МИКОЛАЙОВИЧ

УДК 796:616.7:615.8

ДИСЕРТАЦІЯ
СИСТЕМА ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ОСІБ З УРАЖЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ НА АМБУЛАТОРНОМУ ЕТАПІ

24.00.03 – фізична реабілітація

Подається на здобуття наукового ступеня доктора наук
з фізичного виховання і спорту

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело
_____ С.М. Федоренко

Науковий консультант
Лазарєва Олена Борисівна, доктор наук з фізичного виховання і спорту, професор

Київ – 2020

АНОТАЦІЯ

Федоренко С.М. Система фізичної терапії осіб з ураженнями опорно-рухового апарату на амбулаторному етапі. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора наук з фізичного виховання та спорту за спеціальністю 24.00.03 – «Фізична реабілітація». – Національний університет фізичного виховання і спорту України, Київ, 2020.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати, розробити та апробувати систему фізичної терапії осіб з ураженнями опорно-рухового апарату на амбулаторному етапі реабілітації.

Наукова новизна дослідження полягає в обґрунтуванні теоретичних наукових положень щодо формування змісту та організації фізичної терапії тематичних пацієнтів, які в сукупності вирішують важливу наукову проблему відновлення якості життя осіб з ортопедичними порушеннями на амбулаторному етапі і мають цінність для практичної діяльності. У результаті наукових досліджень:

- уперше науково обґрунтовано та розроблено організаційно-методичні засади системи фізичної терапії осіб з ураженнями опорно-рухового апарату на амбулаторному етапі з урахуванням біопсихосоціальної моделі та основних положень Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я;

- уперше розроблено кількарівневу структуру управління процесом фізичної терапії осіб з ортопедичними порушеннями, яка ґрунтується на складових діяльності фізичного терапевта: обстеження основних функціональних можливостей пацієнта, планування реабілітаційних заходів, застосування стратегій фізичної терапії, методів, засобів та технік, спрямованих на профілактику ускладнень, покращення здоров'я, відновлення рухових функцій пацієнта та зменшення обмежень у трудовій діяльності;

- уперше визначено складові задоволеності процесом відновлення особами з ортопедичними порушеннями, розроблено засади менеджменту фізичної терапії на амбулаторному етапі у ланці «фізичний терапевт – пацієнт», що враховували типологічні характеристики надавачів та споживачів послуг фізичної терапії і сприяли формуванню терапевтичного альянсу між пацієнтом та фізичним терапевтом;
- уперше розроблено процедуру залучення членів міждисциплінарної команди до співпраці із застосуванням можливостей телемедицини з метою визначення цілей, супроводу та контролю процесу відновлення осіб з ортопедичними порушеннями в умовах амбулаторного реабілітаційного центру;
- уперше отримано дані про відмінність у показниках якості життя і обмежень у трудовій діяльності, оцінці терапевтичного альянсу та рівня задоволеності фізичною терапією осіб з ураженнями опорно-рухового апарату впродовж фізичної терапії на амбулаторному етапі залежно від типу ставлення до хвороби та локалізації пошкодження;
- розширено теоретичні уявлення щодо доцільності та перспективності застосування методів менеджменту і мотивування у керуючих впливах на ланках системи «керівник – фізичний терапевт» та «фізичний терапевт – пацієнт»;
- доповнено й розширено знання про погіршення показників якості життя та збільшення обмежень у трудовій діяльності осіб з ураженнями опорно-рухового апарату , вплив типу ставлення до хвороби на результативність і економічну ефективність фізичної терапії, психологічну та соціальну складові якості життя;
- дістали подальшого розвитку знання про вплив терапевтичного альянсу на результативність терапії;
- дістало подальшого розвитку положення про позитивний вплив засобів фізичної терапії на покращення якості життя, зменшення обмежень у трудовій діяльності осіб з ураженнями опорно-рухового апарату.

Практична значущість дослідження. Впровадження розробленої системи амбулаторної фізичної терапії осіб із ураженнями ОРА на рівні закладу, доповнення методичних основ побудови програм фізичної терапії, модифікація їх змісту відповідно до науково обґрунтованих клінічних настанов за нозологіями, впровадження у діяльність центру основних складових діяльності фізичного терапевта: обстеження основних функціональних можливостей пацієнта, планування реабілітаційних заходів, застосування стратегій фізичної терапії, методів, засобів та технік, та доповнення критеріїв оцінки ефективності сприяли поліпшенню динаміки показників якості життя, зменшенню обмежень у трудовій діяльності, формуванню терапевтичного альянсу впродовж амбулаторної фізичної терапії у осіб з ураженнями опорно-рухового апарату, а також підвищенню задоволеності фізичною терапією. Розроблений комплекс заходів для покращення системи фізичної терапії може використовуватись на базах спеціалізованих реабілітаційних центрів, санаторіїв, фізкультурно-оздоровчих центрів.

Результати досліджень впроваджені у роботу медичного центру «Феско» (м. Бровари), відділення «Центр травматології, ортопедичної реабілітації та нейрохірургії» КНП «Броварська багатопрофільна клінічна лікарня», відділення реабілітації ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України», відділення реабілітації Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, Першого клінічного госпіталю при Державному університеті міста Тяньцзінь (КНР). Основні положення дисертаційної роботи були використані для вдосконалення курсів лекцій, практичних та семінарських занять для студентів спеціальності 227 Фізична терапія, ерготерапія Національного університету фізичного виховання і спорту України, Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського, Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка, Ужгородського національного університету, що підтверджено актами впровадження.

У дисертаційному досліджені представлено дані про значущість проблем організації ефективної реабілітаційної допомоги та системи фізичної терапії населенню, про потребу дорослого населення України у організації служби медичної реабілітації та системи фізичної терапії на амбулаторному етапі, про особливості впливу ортопедичних порушень на рівень функціонування, діяльність, участь та якість життя людей, важливість засобів фізичної терапії у комплексному лікуванні, розглянуто теоретичні та методологічні аспекти організації надання реабілітаційних послуг, зокрема фізичної терапії, населенню України в сучасних умовах, міжнародний досвід організації систем реабілітаційної допомоги та проблеми створення та функціонування сучасних реабілітаційних та центрів з фізичної терапії в Україні.

При аналізі стану початкових результатів та динаміки досліджуваних показників у групах пацієнтів, які проходили програму фізичної терапії у 2013-2015 років, залежно від локалізації пошкодження опорно-рухового апарату та типу ставлення до хвороби виявлено ряд особливостей, котрі слід враховувати для збільшення ефективності фізичної терапії. Так значна частка початкових показників опитувальників SF-36 («загальне здоров'я», «життєздатність», роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності», «психічне здоров'я», «психічний статус»), EQ-5D-5L («тривога/депресія» та ВАШ-здоров’я), WLQ («управління часом», «розумові та міжособистісні вимоги», «вимоги до виробництва», WLQ Index Score та WLQ At-WPLS) була статистично гіршою у пацієнтів з нераціональним відношенням до хвороби, що вимагає визначення особливостей ведення таких пацієнтів та поліпшення управління у системі фізичної терапії.

Сумарний показник задоволеності та аналіз результатів за опитувальником «Формування терапевтичного альянсу», як за оцінкою пацієнтів, так і за оцінкою фахівців було кращим у пацієнтів з раціональним відношенням до хвороби. Зокрема вісім з дванадцяти пунктів опитувальника для пацієнтів, а також усі сумарні оцінки були кращими у групі з раціональними психотипами. У такий спосіб, можна констатувати, що отримані результати

дають підґрунтя для проведення модифікації системи фізичної терапії для поліпшення динаміки досліджуваних показників, особливо у пацієнтів з нераціональним відношенням до хвороби.

При аналізі слабких та сильних сторін роботи медичного центру та зокрема діяльності складових фізичного терапевта виявлено, що система фізичної терапії, яка діяла у 2013–2015 роках, більшою мірою відповідала адміністративній школі управління та традиційній структурі організації. При побудові нової системи фізичної терапії було враховано соціально-психологічні і емоційні потреби працівника та пацієнта, міжособистісну взаємодію у процесі роботи й управління. Нова структура отримала горизонтальний поділ професійних обов'язків у міждисциплінарній команді, що потребувало доповнення методичних основ створення та реалізації програм фізичної терапії в умовах окремого амбулаторного центру фізичної терапії для осіб з ураженнями ОРА з урахуванням біопсихосоціальної моделі та основних положень та концепцій МКФ.

У розробленій системі фізичної терапії підвищено роль фізичних терапевтів з виконавців програм фізичної терапії до її розробників та модифікаторів. Впроваджено сучасні складові роботи фізичного терапевта: проведення реабілітаційного обстеження та тестування основних функціональних можливостей пацієнта, прогнозування процесу відновлення, планування реабілітаційних заходів, застосування стратегій фізичної терапії на засадах використання науково обґрунтованих клінічних настанов за нозологіями, з включенням професійно опанованих методів, засобів та технік, спрямованих на профілактику захворювань, покращення здоров'я, відновлення рухових функцій пацієнта з ортопедичними проблемами. Такий підхід узгоджений з сучасними реформами в освіті фізичних терапевтів, законодавстві у галузі охорони здоров'я.

При розробці системи було встановлено, що менеджмент персоналу, котрий надає послуги фізичної терапії, посідає важливе місце у підвищенні якості послуг та, відповідно, поліпшенні динаміки стану пацієнта, створення

позитивної репутації закладу. В управлінні персоналом були широко використані методи прямого, непрямого, матеріального, владного та морального впливів, зокрема, економічні та неекономічні мотиваційні чинники. Розроблена система фізичної терапії у ланці «фізичний терапевт – пацієнт» враховувала типологічні характеристики фізичних терапевтів, як працівників, та пацієнта, як споживача послуг фізичної терапії. Зокрема, ключовими аспектами у комунікації та у впливі на відносини «фізичний терапевт – пацієнт» було: дотримання етичних норм, урахування ставлення пацієнтів до хвороби і психотип їх особистості, особливості сприйняття інформації та комунікативна компетентність фахівців у забезпеченні взаємодії з пацієнтом.

Відповідно до результатів порівняльного аналізу початкових результатів груп пацієнтів, які залучалися до програми фізичної терапії у 2013–2015 роках (стандартна система фізичної терапії), з аналогічними за локалізацією пошкодження та типом ставлення до хвороби групами пацієнтів, які відвідували центр у 2016–2018 роках (розроблена система), не встановлено статистично значимих відмінностей. При порівнянні кінцевих результатів та динаміки впродовж курсу фізичної терапії встановлено, що пацієнти, залучені до модифікованих програм, мали статистично кращі показники у значній кількості доменів якості життя та обмежень у трудовій діяльності. Окрім того, кількість таких переваг та їх вираженість були більшими при порівнянні пацієнтів з нераціональним ставленням до хвороби, що підтвердило ефективність роботи розробленої системи, а саме заходів, спрямованих на поліпшення управління процесом фізичної терапії та підвищення мотивації. Водночас, встановлено відсутність достовірних відмінностей у заключних показниках шкал «фізичне функціонування», «загальне здоров’я», «життєздатність», «роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності» (за SF-36), ВАШ-здоров’я (за EQ-5D-5L), шкал «фізичні вимоги», «управління часом», «фізичні вимоги», «вимоги до виробництва», показників WLQ Index Score та WLQ At-WPLS (за WLQ) при порівнянні груп пацієнтів з нераціональним типом ставлення до хвороби, котрі долучалися до програм фізичної терапії за розробленою системою, з пацієнтами

стандартної системи з раціональними типами. Це додатково підтвердило ефективність модифікацій.

Порівняння показників формування терапевтичного альянсу та задоволеності фізичною терапією у груп аналогічних за психотипом та відмінних за системою фізичної терапії підтвердило переваги розробленої системи фізичної терапії у ряді критеріїв. Зокрема, при порівнянні результатів формування терапевтичного альянсу пацієнтів залучених до програм фізичної терапії у 2016-2018 роках з нераціональними психотипами з пацієнтами 2013-2015 років з раціональними психотипами встановлено або відсутність статистичної різниці, або достовірну перевагу у показниках.

Загалом отримані результати свідчать про ефективність впливу впровадженої системи фізичної терапії на покращення динаміки якості життя, зменшення обмежень у трудовій діяльності, підвищення рівня терапевтичного альянсу та задоволеності пацієнтів з ураженнями опорно-рухового апарату фізичною терапією на амбулаторному етапі.

Ключові слова: м’язово-скелетні порушення, опорно-руховий апарат, фізична терапія, відновлення, реабілітація, фізичне функціонування, діяльність, участь, терапевтичні вправи, якість життя.

ABSTRACT

Fedorenko S. M. The physical therapy system for persons with musculoskeletal disorders at the outpatient stage. – Manuscript Copyright.

The dissertation on obtaining of a scientific degree of a doctor of physical education and sport in specialty 24.00.03 – «Physical rehabilitation». – National university of Ukraine on physical education and sport, Kyiv, 2020.

The purpose of the research: to present a theoretical substantiation, develop and evaluate physical therapy system of persons with musculoskeletal disorders at the outpatient stage of rehabilitation.

Academic novelty of the research is determined by the fact that it substantiates theoretical scientific guidelines on determining the content and

arrangement of physical therapy of patients with musculoskeletal disorders, which in aggregate solve an important scientific problem of restoring life quality of persons with musculoskeletal disorders at the outpatient stage, as well as have practical value. Therefore, the research:

- was the first to provide scientific substantiation and development of organizational and methodological principles of physical therapy system for persons with musculoskeletal disorders at the outpatient stage, taking into account biopsychosocial model and major provisions of the International Classification of Functioning, Disability and Health;
- was the first to develop a multilevel structure of physical therapy process management of persons with musculoskeletal disorders, which is based on the elements of physical therapist's activity, such as checking patient's main functionalities, planning rehabilitation measures, application of physical therapy strategies, methods, means and techniques aimed to prevent complications, improve health, restore patient's motor functions and reduce work limitations;
- was the first to outline the components of satisfaction with the recovery process of the persons with musculoskeletal disorders, develop the principles of physical therapy management at the outpatient stage in the "physical therapist – patient" relationship, which took into account typological characteristics of providers and consumers of physical therapy services and promoted formation of therapeutic alliance between the patient and the physical therapist;
- was the first to develop the procedure for involving members of the interdisciplinary team in cooperation, with the use of telemedicine in order to set the goals, support and control the recovery process of persons with musculoskeletal disorders in outpatient rehabilitation centers;
- was the first to obtain data on the difference in life quality and work limitation indicators, in assessment of therapeutic alliance and the level of satisfaction with physical therapy of persons with musculoskeletal disorders during physical therapy at the outpatient stage depending on the type of attitude to the disease and injury localization;

- expanded theoretical visions of viability and prospects of applying management and motivation methods in management impacts in "supervisor – physical therapist" and "physical therapist – patient" relationships;
- supplemented and expanded the knowledge about deterioration of life quality indicators and increase of work limitations of persons with musculoskeletal disorders, the impact of the type of attitude to the disease on the effectiveness and economic efficiency of physical therapy, psychological and social components of life quality;
- promoted further development of the expertise in the impact of therapeutic alliance on the effectiveness of the therapy;
- promoted further development of the provision on positive impact of physical therapy on improving life quality and reducing work limitations of persons with musculoskeletal disorders.

Practical significance of the research. The research made possible to implement the developed system of outpatient physical therapy of persons with musculoskeletal disorders at the institution level; supplement methodological bases of drawing up physical therapy programs; modify their content according to scientifically substantiated clinical guidelines in keeping with the nosologies; implement main elements of physical therapist’s activity in the Center’s work: checking patient’s main functionalities, planning rehabilitation measures, application of physical therapy strategies, methods, means and techniques as well as expanding the criteria of efficiency evaluation promoted improvement of the dynamic of life quality indicators, reduction of work limitations, formation of therapeutic alliance during outpatient physical therapy of people with musculoskeletal disorders, and increase of physical therapy satisfaction. The developed range of measures to improve physical therapy system can be used at specialized rehabilitation centers, sanatoriums, fitness centers.

The results of the research are implemented at "Fesco" Medical Center (Brovary), "Center of Traumatology, Orthopedic Rehabilitation and Neurosurgery" of the public non-profit organization "Brovary Multifunctional Clinical Hospital", Rehabilitation Department of the State Institution "Institute of Traumatology and

Orthopedics of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Rehabilitation Department of the State Scientific Institution "Scientific and Practical Center for Preventive and Clinical Medicine" of the State Management of Affairs, First Teaching Hospital of Tianjin University of Traditional Chinese Medicine (China). The main provisions of the dissertation were used to advance lectures, practical and seminar classes for students majoring in Speciality 227 Physical Therapy, Occupational Therapy of the National University of Physical Education and Sport of Ukraine, I. Horbachevskyi Ternopil National Medical University, Sumy State Pedagogical University named after A.S. Makarenko, Uzhhorod National University, which is confirmed by implementation acts.

The dissertation presents data on the significance of ensuring efficient rehabilitation assistance and physical therapy system for the population, on the need of Ukrainian adult population in medical rehabilitation service and physical therapy system at the outpatient stage, on the peculiarities of musculoskeletal disorder impact on people’s functionality level, activities and life quality, on the importance of physical therapy in comprehensive treatment. The research analyzes theoretical and methodological aspects of ensuring rehabilitation service provision, including physical therapy, to the population of Ukraine under the present circumstances, international experience in arranging rehabilitation systems as well as problems of establishing and functioning of up-to-date rehabilitation and physical therapy centers in Ukraine.

The analysis of the initial results and dynamic of the studied indicators in groups of patients undergoing physical therapy in 2013-2015, depending on musculoskeletal disorder location and the type of attitude to the disease, revealed a number of criteria that should be taken into account in order to increase physical therapy efficiency. For instance, a number of initial indicators in such questionnaires as SF-36 ("general health", "stamina", "the role of emotional problems in restricting activities", "mental health", "mental status"), EQ-5D-5L ("anxiety/depression" and VAS-health), WLQ ("time management", "mental and interpersonal requirements", "production requirements", WLQ Index Score and WLQ At-WPLS) were statistically

worse in patients with irrational attitude to the disease, which requires identifying the specificities of managing such patients and improving physical therapy system management.

The total satisfaction score and the results of "Therapeutic alliance formation" questionnaire, according to both patients and experts, were better in patients with the rational attitude to the disease. In particular, eight of the twelve questionnaire items, as well as all the total scores were better in the group of patients with rational psychotypes. Thus, it can be stated that the obtained results provide a basis for physical therapy system modification in order to improve the dynamic of the studied indicators, especially in patients with the irrational attitude to the disease.

The analysis of strengths and weaknesses of a medical center, particularly of the elements of the physical therapist’s work, revealed that the physical therapy system, functioning in 2013-2015, was more consistent with the administrative school of management and traditional organization structure. A new physical therapy system took into account social, psychological and emotional needs of the employee and the patient, as well as interpersonal interaction in the process of work and management. The new structure had a horizontal division of professional responsibilities in the interdisciplinary team, which required supplementing the methodological framework for setting up and implementing physical therapy program in a separate outpatient physical therapy center for persons with musculoskeletal disorders, taking into account the biopsychosocial model and ICF basic provisions and concepts.

The developed physical therapy system strengthened the role of physical therapists from executors of a physical therapy program to its developers and modifiers. The following up-to-date elements of the physical therapist’s work were implemented: checking patient’s main functionalities, forecasting the recovery process, planning rehabilitation measures, applying physical therapy strategies based on the use of scientifically substantiated clinical guidelines in keeping with nosologies, including professionally mastered methods, means and techniques, aimed to prevent diseases, improve health, restore motor functions of patients with

musculoskeletal disorders. This approach is consistent with current reforms in education of physical therapists and health legislation.

During the development of the system, the research found that management of the personnel providing physical therapy services plays a crucial role in improving service quality and, consequently, enhancing the dynamic of patient’s condition and creating positive reputation of the institution. Staff management widely used methods of direct, indirect, material, authoritative and moral influences, particularly economic and non-economic motivating factors. The developed physical therapy system in "physical therapist – patient" relationship took into account typological characteristics of physical therapists acting as employees and of patients acting as consumers of physical therapy services. In particular, key aspects in communication and influence of "physical therapist – patient" relationship involved compliance with ethical standards, taking into account patients’ attitudes to the disease and their psychotypes, peculiarities of information perception and communicative competence of specialists in interaction with the patient.

The comparative analysis of the initial results of the patients enrolled in the physical therapy program in 2013-2015 (standardized system of physical therapy) with the patients attending the center in 2016-2018 who had similar injury localization and type of attitude to the disease (the developed system), revealed no statistically significant differences between the groups. The comparison of final results and dynamic during the whole course of physical therapy confirmed that patients enrolled in modified programs had statistically higher scores in a range of life quality domains and work limitations. Besides, the number of such benefits and their degree were bigger when comparing patients with irrational attitudes to the disease, which confirmed the efficiency of the developed system, namely measures aimed to improve physical therapy process management and increase motivation. At the same time, the research revealed no significant differences in final indicators of "physical functioning", "general health", "stamina", "the role of emotional problems in restricting activities" scales (according to SF-36), VAS-health (according to EQ- 5D-5L), "physical requirements", "time management", "production requirements" scales,

WLQ Index Score and WLQ At-WPLS indicators (according to WLQ) when comparing groups of patients with irrational type of disease enrolled in the developed physical therapy programs with the patients of the standardized system having rational psychotypes. This confirmed the efficiency of modifications once again.

The comparison of indicators of therapeutic alliance formation and physical therapy satisfaction in groups of patients having similar psychotypes and different physical therapy systems confirmed the advantages of the developed physical therapy system in a range of criteria. Particularly, the comparison of the results of therapeutic alliance formation of patients with irrational psychotypes enrolled in physical therapy programs in 2016-2018 with the patients of 2013-2015 having rational psychotypes, confirmed either no statistical difference or a significant advantage in indicators.

In general, the obtained results show the efficiency of the implemented physical therapy system in improving the dynamic of life quality, reducing work limitations, increasing the level of therapeutic alliance and satisfaction of patients having musculoskeletal disorders with physical therapy at the outpatient stage.

Keywords: musculoskeletal disorders, musculoskeletal system, physical therapy, recovery, rehabilitation, physical functioning, activity, participation, therapeutic exercises, quality of life.

Список публікацій здобувача за темою дисертації

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

1. Федоренко С, Лазарєва О, Вітомський В, Вітомська М. Основи організації центру з надання реабілітаційних послуг для осіб із порушеннями опорно-рухового апарату. Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. 2017;(28):200-4. Фахове видання України. *Особистий внесок здобувача полягає у визначенні проблеми, збиранні інформації та її аналізі, узагальненні матеріалу.*

2. Федоренко С, Лазарєва О, Вітомський В, Вітомська М. Урахування особливостей сторін взаємовідносин «фізичний терапевт–пацієнт» як фактор

підвищення якості послуг у системі фізичної терапії хворих ортопедичного профілю. Спортивна медицина і фізична реабілітація. 2018;(2):80-7. Фахове видання України, яке включено до міжнародної наукометричної бази Index Copernicus. Доступно: https://doi.org/10.32652/spmed.2018.2.80-87 *Особистий внесок здобувача полягає в узагальненні наукових даних, постановці проблеми та інтерпретації результатів дослідження.*

3. Нагорний Я, Федоренко С. Особливості реабілітації осіб з цервікальною атаксією із застосуванням мануальної терапії. Теорія і методика фізичного виховання і спорту. 2018;(4):75-82. Фахове видання України, яке включено до міжнародної наукометричної бази Index Copernicus. *Особистий внесок здобувача полягає в аналізі концептуальних підходів до побудови програми фізичної терапії, узагальненні результатів та формулюванні висновків.*

4. Федоренко СН, Онопрієнко ІВ, Лазарєва ОБ, Вітомський ВВ, Вітомська МВ. Роль фізичної терапії у покращенні функціонування та якості життя при болю у спині. Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія: Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт). 2018;12(106):111-5. Фахове видання України, яке включено до міжнародної наукометричної бази Index Copernicus. *Особистий внесок здобувача полягає в узагальненні наукових даних, постановці проблеми та інтерпретації результатів дослідження.*

5. Грін С, Федоренко С. Аналіз динаміки функціональних показників скелетно-м’язової системи учасників АТО з вогнепальними переломами кісток гомілки. Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. 2018;(29):97-105. Фахове видання України. *Особистий внесок здобувача полягає в узагальненні результатів досліджень та інтерпретації кількісних даних.*

6. Грін С, Федоренко С. Характеристика стану рухової активності військовослужбовців із наслідками вогнепальних переломів кісток гомілки. Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. 2018;(30):128-36. Фахове видання України. *Особистим*

внеском здобувача є постановка мети і завдань, проведення досліджень, узагальнення матеріалу та формулювання висновків.

7. Федоренко С, Лазарєва О, Вітомський В, Вітомська М. Особливості пацієнта як споживача послуг фізичної терапії ортопедичного профілю. Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. 2018;(32):104-11. Фахове видання України. *Особистий внесок здобувача полягає в систематизації даних літературних джерел.*

8. Федоренко СМ, Лазарєва ОБ, Вітомський ВВ, Вітомська МВ. Результати аналізу обмежень у трудовій діяльності пацієнтів ортопедичного профілю, яким рекомендована амбулаторна програма фізичної терапії. Спортивна медицина і фізична реабілітація. Спортивна медицина і фізична реабілітація. 2019;(2):89-97. Фахове видання України, яке включено до міжнародної наукометричної бази Index Copernicus. *Особистий внесок здобувача полягає в узагальненні наукових даних, розробці методичних особливостей програми фізичної терапії.*

9. Федоренко С, Балаж М, Вітомський В, Лазарєва О, Вітомська М. Кооперація держави та приватного сектору як шлях до розбудови сучасної системи фізичної терапії в Україні. Теорія і методика фізичного виховання і спорту. 2019;(2):80-6. Фахове видання України, яке включено до міжнародної наукометричної бази Index Copernicus. *Особистий внесок здобувача полягає в систематизації даних літературних джерел, формулюванні основних висновків.*

10. Федоренко С, Балаж М, Вітомський В, Лазарєва О, Вітомська М. Організація ефективної реабілітаційної допомоги та системи фізичної терапії як актуальна проблема сьогодення. Теорія і методика фізичного виховання і спорту. 2019;(3):81-6. Фахове видання України, яке включено до міжнародної наукометричної бази Index Copernicus. *Особистий внесок здобувача полягає у визначенні проблеми, збиранні інформації та її аналізі, узагальненні матеріалу.*

11. Федоренко СМ, Вітомський ВВ, Лазарєва ОБ, Вітомська МВ. Управління та мотивація пацієнта, як шляхи підвищення результативності фізичної терапії при ортопедичних порушеннях. Український журнал медицини,

біології та спорту. 2019;4(5):295-302. Фахове видання України, яке включено до міжнародної наукометричної бази Index Copernicus. Доступно: 10.26693/jmbs04.05.295 *Особистим внеском здобувача є постановка мети і завдань, проведення досліджень, узагальнення матеріалу та формулювання висновків.*

12. Vitomskyi 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;5(2):17-27. Фахове видання України, яке включено до міжнародної наукометричної бази Index Copernicus. Доступно: https://doi.org/10.34142/HSR.2019.05.01.02.02 *Особистий внесок здобувача полягає у визначенні проблеми, збиранні інформації та її аналізі, узагальненні матеріалу.*

13. Fedorenko SM, Vitomskyi VV, Lazarieva OB, Vitomska MV. The results of the analysis of the criteria of therapeutic alliance of patients orthopedic profile of outpatient physical therapy program. Health, sport, rehabilitation. 2019;5(3):15-23. Фахове видання України, яке включено до міжнародної наукометричної бази Index Copernicus. Доступно: https://doi.org/10.34142/HSR.2019.05.03.02 *Особистим внеском здобувача є постановка мети і завдань, проведення досліджень, узагальнення матеріалу та формулювання висновків.*

14. Федоренко СН, Лазарєва ОБ, Вітомський ВВ, Балаж МС, Вітомська МВ. Аналіз міжнародного досвіду організації систем реабілітаційної допомоги та фізичної терапії. Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія: Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт). 2019;9(117):99-107. Фахове видання України, яке включено до міжнародної наукометричної бази Index Copernicus. *Особистим внеском здобувача є постановка мети і завдань та узагальнення матеріалу.*

15. Федоренко С, Вітомський В, Лазарєва О, Вітомська М. Особливості змін обмежень у трудовій діяльності пацієнтів з ортопедичними порушеннями у шийному відділі, верхній кінцівці чи її поясі впродовж амбулаторної програми

фізичної терапії залежно від психотипу. Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. 2019;(33):108-17. Фахове видання України. *Особистим внеском здобувача є постановка мети і завдань, проведення досліджень.*

16. Федоренко С, Лазарєва О, Вітомський В, Вітомська М. Особливості модифікації системи надання послуг фізичної терапії пацієнтам ортопедичного профілю на амбулаторному етапі. Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. 2019;(35):130-8. Фахове видання України. *Особистий внесок здобувача полягає у визначенні проблеми та узагальненні матеріалу.*

17. Андрєєва О, Гакман А, Федоренко С. Стан захворюваності та якість життя осіб похилого віку. Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. 2019;(36):27-32. *Особистий внесок здобувача полягає у визначенні проблеми, збиранні інформації та її аналізі, узагальненні матеріалу.*

18. Оріховська А, Федоренко С, Коліушко К. Сучасні підходи фізичної терапії осіб після тотального ендопротезування кульшового суглобу. Теорія і методика фізичного виховання і спорту. 2020;(1):81-6. Фахове видання України, яке включено до міжнародної наукометричної бази Index Copernicus. *Особистим внеском здобувача є постановка мети і завдань, проведення досліджень, узагальнення матеріалу та формулювання висновків.*

19. Fedorenko SM, Balazh MS, Vitomskyi VV, Lazarieva OB, Vitomska MV. Economic components of the morbidity and rehabilitation of the surgical apparatus as factors of the organization of the system of physical therapy at the ambulatory stage. Health, sport, rehabilitation. 2020;6(1):57-65. Фахове видання України, яке включено до міжнародної наукометричної бази Index Copernicus. Доступно: http://dx.doi.org/10.34142/HSR.2020.06.01.07 *Особистий внесок здобувача полягає у визначенні проблеми, збиранні інформації та її аналізі, узагальненні матеріалу.*

20. Fedorenko S, Vitomskyi V, Lazarieva O, Kashuba V, Andrieieva O, Vitomska M, Potop V, Lytvynenko Y. Influence specificities of the type of attitude towards a disease on physical therapy satisfaction among the orthopedic profile patients and the possibilities of attitude improvement = Особливості впливу типу ставлення до хвороби на задоволеність фізичною терапією серед пацієнтів ортопедичного профілю та можливості її покращення. Journal of Physical Education and Sport (JPES) 2020;2(20):896-904. Наукове періодичне видання іншої держави (Румунії), яке включено до міжнародної наукометричної бази Scopus. Доступно: 10.7752/jpes.2020.02128 *Особистий внесок здобувача полягає в узагальненні результатів досліджень та інтерпретації кількісних даних.*

21. Федоренко СН, Лазарєва ОБ, Вітомський ВВ, Вітомська МВ. Динаміка якості життя у пацієнтів ортопедичного профілю впродовж амбулаторної програми фізичної терапії. Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія: Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт). 2020;2(122):175-82. Фахове видання України, яке включено до міжнародної наукометричної бази Index Copernicus. *Здобувачем складено програму дослідження, підібрано методи, узагальнено результати та сформульовано висновки.*

22. Федоренко СМ. Результати аналізу якості життя пацієнтів ортопедичного на початку амбулаторної програми фізичної терапії. Український журнал медицини, біології та спорту. 2020;5(2):153-60. Фахове видання України, яке включено до міжнародної наукометричної бази Index Copernicus.

23. Fedorenko SM, Vitomskyi VV, Lazarieva OB, Doroshenko EYu., Vitomska MV, Onoprienko IV. Quality of life under the eq-5d-5l and the features of its dynamics among the orthopedic profile patients of outpatient program of physical therapy = Якість життя за EQ-5D-5L та особливості її динаміки в пацієнтів ортопедичного профілю амбулаторної програми фізичної терапії. Запорізький медичний журнал. 2020;22(3):315-22. Наукове періодичне видання України, яке включено до міжнародної наукометричної бази Web of Science. *Особистим внеском здобувача є постановка мети і завдань, проведення досліджень,*

узагальнення матеріалу та формулювання висновків.

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

1. Федоренко СМ, Лазарєва ОБ, Вітомський ВВ, Вітомська МВ. Задоволеність фізичною терапією серед осіб з ураженнями опорно-рухового апарату: вплив типу ставлення до хвороби та заходів для її підвищення. В: Молодь та олімпійський рух: зб. тез доп. 13-ї Міжнар. конф. молодих вчених [Інтернет]; 2020 Трав 16; Київ. Київ: НУФВСУ; 2020. с. 172-3. Доступно: http://www.unisport.edu.ua/content/naukovi-konferenciyi-ta-seminary *Особистим внеском здобувача є постановка мети і завдань, проведення досліджень, узагальнення матеріалу та формулювання висновків.*

2. Федоренко СМ. Динаміка обмежень у трудовій діяльності під впливом засобів амбулаторної програми фізичної терапії пацієнтів з ортопедичними порушеннями залежно від психотипу. В: Оздоровчо-рекреаційна рухова активність у сучасному суспільстві: зб. тез доп. Міжнар. наук.-практ. інтернет-конф., приуроченої Всесвітньому дню науки [Інтернет]; 2020 Листоп 10; Чернівці. Чернівці; 2020. с. 248-50.

3. Федоренко СМ. Вплив типу ставлення до хвороби на рівень формування терапевтичного альянсу впродовж програми фізичної терапії осіб з ураженнями опорно-рухового апарату. В: Розвиток наукової думки постіндустріального суспільства: сучасний дискурс: зб. тез доп. Міжнар. наук. конф. [Інтернет]; 2020 Листоп 9-10; Миколаїв. Миколаїв; 2020. Т. 2; с. 60-2.

4. Федоренко СМ, Мруга МР. Вплив типу ставлення до хвороби на рівень задоволеності фізичною терапією у осіб з ураженнями опорно-рухового апарату. В: Актуальні проблеми сучасної науки та освіти [Інтернет]: зб. тез доп. 2-ї Міжнар. наук.-практ. конф.; 2020 Листоп 13; Львів. Львів; 2020. с. 13-4. *Особистим внеском здобувача є постановка мети і завдань та узагальнення матеріалу.*

Наукові праці, які додатково відображають наукові результати дисертації

1. Круцевич ТЮ, Лазарева ЕБ, Федоренко СН, Кормильцев ВВ. Влияние программы физической реабилитации с использованием средств фитнеса на показатели периферической гемодинамики лиц с вертеброгенной патологией. Вісник Запорізького національного університету. Фізичне виховання та спорт. 2013;1(10):103-7. *Особистий внесок здобувача полягає в узагальненні результатів досліджень та інтерпретації кількісних даних.*

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ 26

ВСТУП 27

РОЗДІЛ 1 АНАЛІЗ СУЧАСНИХ ПІДХОДІВ ДО РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ НА АМБУЛАТОРНОМУ ЕТАПІ 38

1.1. Організація ефективної реабілітаційної допомоги населенню як актуальна проблема сьогодення 38

1.2. Потреба дорослого населення України в організації служби медичної реабілітації на амбулаторному етапі 42

1.3. Теоретичні та методологічні аспекти організації надання реабілітації населенню України в сучасних умовах 54

1.3.1. Реабілітація: сучасні принципи та підходи 55

1.3.2. Міжнародний досвід організації системи реабілітаційної допомоги 59

1.4. Умови надання реабілітаційної допомоги населенню України на сучасному етапі 73

1.5. Проблема створення та функціонування сучасних реабілітаційних центрів в Україні 77

Висновки до розділу 1 82

РОЗДІЛ 2 МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ 84

2.1. Методи дослідження.....84

2.1.1. Загально-наукові методи дослідження 84

2.1.2. Контент-аналіз медичних карт та документації 88

2.1.3. Міжнародна класифікація функціонування 88

2.1.4. Методика встановлення типів ставлення до хвороби 88

2.1.5. Опитувальник Health Status Survey SF-36 88

2.1.6. Опитувальник EQ-5D-5L 89

2.1.7. Опитувальник щодо обмежень у трудовій діяльності 90

2.1.8. Опитувальник оцінки терапевтичного альянсу 92
2.1.9. Опитувальник задоволеності пацієнта фізичною терапією 92
2.1.10. Методи математичної обробки даних 93
2.2. Організація дослідження 94
РОЗДІЛ 3 РЕЗУЛЬТАТИ АНАЛІЗУ ОЦІНКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ, ОБМЕЖЕНЬ У ТРУДОВІЙ ДІЯЛЬНОСТІ, ТЕРАПЕВТИЧНОГО АЛЬЯНСУ ТА ЗАДОВОЛЕНОСТІ ОСІБ З УРАЖЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ ВПРОДОВЖ АМБУЛАТОРНОЇ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ 98
3.1. Особливості групування пацієнтів відповідно до Міжнародної класифікації функціонування 98
3.2. Особливості групування пацієнтів за типом ставлення до хвороби 99
3.3. Результати аналізу якості життя за SF-36 у групах пацієнтів за локалізацією порушення 100
3.4. Результати аналізу якості життя за SF-36 у групах пацієнтів за психотипом 106
3.5. Результати аналізу динаміки якості життя за SF-36 у групах пацієнтів 112
3.6. Аналіз якості життя за EQ-5D-5L у групах пацієнтів за локалізацією порушення 124
3.7. Результати аналізу якості життя за EQ-5D-5L у групах пацієнтів за психотипом 127
3.8. Результати аналізу динаміки якості життя за EQ-5D-5L у групах пацієнтів 132
3.9. Результати аналізу обмежень у трудовій діяльності у групах пацієнтів за локалізацією порушення 140
3.10. Результати аналізу обмежень у трудовій діяльності у групах пацієнтів за психотипом 144
3.11. Результати аналізу динаміки показників обмежень у трудовій діяльності за WLQ у групах пацієнтів 149
3.12. Результати аналізу показників оцінки терапевтичного альянсу 159

3.13. Результати аналізу показників задоволеності фізичною терапією у групах пацієнтів 169

3.14. Результати кореляційного аналізу показників.....174

Висновки до розділу 3 178

РОЗДІЛ 4 ОБҐРУНТУВАННЯ ТА РОЗРОБКА СИСТЕМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ДЛЯ ОСІБ З УРАЖЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ НА АМБУЛАТОРНОМУ ЕТАПІ.....180

4.1. Основи організації центру з надання послуг фізичної терапії для осіб з ураженнями опорно-рухового апарату.....180

4.2. Особливості розробки системи фізичної терапії пацієнтів з ураженнями опорно-рухового апарату на амбулаторному етапі.....187

4.2.1. Структура управління процесом фізичної терапії осіб з ураженнями ОРА, яка ґрунтується на складових діяльності фізичного терапевта..... 194

4.3. Особливості менеджменту у мотивації персоналу з надання послуг фізичної терапії для пацієнтів з ураженнями опорно-рухового апарату на амбулаторному етапі 213

4.4. Система менеджменту процесу фізичної терапії у ланці «фізичний терапевт – пацієнт» у центрі фізичної терапії для осіб з ураженнями опорно-рухового апарату 229

Висновки до розділу 4 263

РОЗДІЛ 5 ЕФЕКТИВНІСТЬ ВПЛИВУ ВПРОВАДЖЕНОЇ СИСТЕМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА ПОКАЗНИКИ ВІДНОВЛЕННЯ ОСІБ З УРАЖЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ НА АМБУЛАТОРНОМУ ЕТАПІ265

5.1. Результати аналізу показників якості життя за SF-36 та їх динаміки у групах стандартної та розробленої систем.....266

5.2. Результати аналізу показників якості життя за EQ-5D-5L та їх динаміки у групах пацієнтів, які долучалися до програм фізичної терапії за стандартною та розробленою системою.....290

5.3. Результати аналізу показників обмежень у трудовій діяльності та їх динаміки у групах пацієнтів, які долучалися до програм фізичної терапії за стандартною та розробленою системою 307

5.4. Порівняльний аналіз оцінок терапевтичного альянсу у групах пацієнтів, які долучалися до програм фізичної терапії за стандартною та розробленою системою.....325

5.5. Порівняльний аналіз показників задоволеності фізичною терапією у групах пацієнтів, які долучалися до програм фізичної терапії за стандартною та розробленою системою 351

Висновки до розділу 5 362

РОЗДІЛ 6 АНАЛІЗ І УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ.....364

ВИСНОВКИ.....380

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....387

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ВООЗ - Всесвітня організація охорони здоров'я

ВАШ – візуально-аналогова шкала

ЄС – Європейський Союз

ЗОРА – захворювання опорно-рухового апарату

МКФ – Міжнародна класифікація функціонування

МОЗ – Міністерство охорони здоров’я

МР – медична реабілітація

ООН – Організація Об'єднаних Націй

ОРА – опорно-руховий апарат

США – Сполучені Штати Америки

ЯЖ – якість життя

ТЗР -технічні засоби реабілітації

ЦБІ - Централізований банк даних з питань інвалідності

CBR - community-based rehabilitation, реабілітація на базі громади

PTPSQ - Physical Therapy Patient Satisfaction Questionnaire, Опитувальник задоволеності пацієнта фізичною терапією

WLQ – Work Limitations Questionnaire, Опитувальник обмежень у трудовій діяльності

ВСТУП

Актуальність. Захворювання та травми опорно-рухового апарату (ОРА) негативно впливають на показники здоров’я, що обумовлено їх широкою поширеністю серед різних груп населення і значними негативними соціальними наслідками: тимчасовою чи стійкою втратою працездатності, зниженням якості життя [115, 235].

Дані Центру медичної статистики щодо динаміки поширеності захворювань кістково-м'язової системи в Україні демонструють невтішну тенденцію до їх зростання [13]. В структурі хвороб кістково-м'язової системи серед дорослого населення переважають деформуючі дорсопатії та артрози [235]. Суттєве соціально економічне значення відіграють професійні захворювання опорно-рухового апарату (ОРА) [200]. Серед дітей, відповідно до статистичних даних МОЗ України, захворювання ОРА займають третє місце після серцево-судинних й онкологічних захворювань [86, 186].

У комплексі заходів, спрямованих на вирішення цієї проблеми, важливе місце посідає фізична терапія [322]. Цей метод реабілітації є важливим для поліпшення якості життя пацієнтів з найпоширенішими діагнозами ортопедичного профілю [18, 136, 179]. Про необхідність удосконалення стандартів надання послуг фізичної терапії при ортопедичних захворюваннях та залучення фізичних терапевтів, їх першочергову роль у призначенні інтервенцій повідомляють і закордонні дослідники [247, 268, 282].

Особливості фізичної терапії дорослих та дітей із захворюваннями ОРА досить детально описані у роботах вітчизняних і закордонних учених [9, 102, 186]. Повідомляється про застосування широкого кола інтервенцій фізичної терапії при болю у шиї [257, 269]; болю у колінах з порушеннями рухливості та ураженням хрящової тканини [352, 365]; пошкодженнях зв'язок [414] та патологіях сухожиль [356]; болю у плечових суглобах, зокрема при адгезивному капсуліті [248, 256, 329]; остеоартрозі кульшового суглоба [253, 272]; болях у

спині [263, 270] та інших порушеннях ОРА. Розглядаються питання рівня доказовості ефективності фізичної терапії [390, 271].

Проблема відновлення здоров'я пацієнтів з захворюваннями ОРА залишається актуальною. Потребують вирішення питання вдосконалення організаційного забезпечення реабілітаційного процесу, етапності здійснення реабілітаційних заходів [18, 63, 135] в умовах сімейної лікарської амбулаторії, поліклініки, багатопрофільної лікарні, санаторію тощо. Водночас, на сучасному етапі реформування охорони здоров'я в Україні потребує вдосконалення система надання послуг фізичної терапії з метою підвищення якості життя, досягнення максимальної медичної ефективності та соціальної реінтеграції [9].

У дослідженнях [59] відзначається, що фізична реабілітація/ фізична терапія є відкритою соціальною системою, яка складається з таких елементів (підсистем), як мета, пацієнт та фахівець з фізичної терапії. Така система належить до складу метасистеми охорони здоров'я, яка формує її середовище.

В Україні існує проблема зв'язку між фахівцями системи фізичної терапії та метасистеми охорони здоров'я, тобто лікарями та фізичними терапевтами [61].

Якість фізичної терапії та її ефективність при травмах та захворюваннях ОРА на всіх етапах її надання залежить від особливостей організації реабілітаційної допомоги, у тому числі й на амбулаторному етапі [20], а також організаційних та людських ресурсів, серед яких виділяють структуру лікувально-реабілітаційного закладу, кількість та кваліфікацію персоналу [59].

Відомо, що фізична терапія в амбулаторних умовах характеризується використанням широкого набору засобів та методик, котрі варіюються залежно від типу патології та програми реабілітації [322]. Розробка програм фізичної терапії пацієнтів із захворюваннями та травмами ОРА потребує чіткої етапності, зокрема виконання реабілітаційного обстеження, встановлення реабілітаційного діагнозу, формулювання прогнозу, втручання та оцінювання результатів впливу [62, 127, 272, 329].

Для формування системи надання послуг фізичної терапії на амбулаторному етапі є необхідним визначення втручань, які спрямовані на усунення порушень функції, обмежень активності та участі, пов'язаних із найбільш поширеними патологічними станами опорно-рухового апарату, і підтримуються найкращими в даний час доказами [10]. Але розробка алгоритмів реабілітаційних втручань на амбулаторному етапі все ще залишається недостатньо вивченою.

Таким чином, реформування системи охорони здоров'я вимагає модифікації сучасної системи надання послуг фізичної терапії з урахуванням актуальних підходів до вибору заходів та оцінки ефективності.

Зв'язок роботи з науковими планами і темами. Роботу виконано відповідно до «Зведеного плану НДР у сфері фізичної культури та спорту на 2011–2015 рр.» за темою 4.4. «Удосконалення організаційних і методичних основ програмування процесу фізичної реабілітації при дисфункціональних порушеннях у різних системах організму людини» (номер державної реєстрації 0111U001737) та 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» (номер державної реєстрації 0116U001609). Роль автора полягала у систематизації теоретичних відомостей про актуальність потреби розвитку в Україні систем фізичної терапії на рівні держави та окремих закладів, міжнародний досвід організації таких систем, методологічних аспектів надання реабілітаційних послуг та фізичної терапії в Україні, у розробці та впровадженні заходів щодо поліпшення структури системи фізичної терапії на рівні закладу, управління процесом фізичної терапії та оцінки ефективності, у доповненні методичних основ побудови програм фізичної терапії та модифікації їх змісту.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати, розробити та апробувати систему фізичної терапії осіб з ураженнями опорно-рухового апарату на амбулаторному етапі реабілітації.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати стан досліджуваної проблеми, узагальнити вітчизняний і світовий досвід та сучасні підходи до організації реабілітаційних послуг для осіб із порушеннями опорно-рухового апарату на амбулаторному етапі.

2. Визначити рівні якості життя, обмежень у трудовій діяльності та їх динаміку впродовж амбулаторної фізичної терапії осіб з ураженнями опорно-рухового апарату залежно від локалізації порушення та типу ставлення до хвороби, а також особливості формування терапевтичного альянсу та задоволеність пацієнта фізичною терапією.

3. Обґрунтувати організаційно-методичні засади системи фізичної терапії осіб з ураженнями опорно-рухового апарату на амбулаторному етапі згідно з положеннями біопсихосоціальної моделі та Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я.

4. Розробити та впровадити комплекс заходів щодо модифікації організаційної структури системи амбулаторної фізичної терапії осіб з ураженнями опорно-рухового апарату на рівні окремого закладу.

5. Проаналізувати динаміку та відмінності досліджуваних показників у групах пацієнтів та оцінити ефективність впливу впроваджених змін у змістовну та організаційну структуру системи фізичної терапії осіб з ураженнями опорно-рухового апарату на амбулаторному етапі.

Об'єкт дослідження – система фізичної терапії осіб з ортопедичними порушеннями на амбулаторному етапі.

Предмет дослідження – зміст та організаційна структура системи фізичної терапії осіб з ураженнями опорно-рухового апарату на амбулаторному етапі.

Методологія дослідження. У процесі дослідження використані положення теорії функціональних систем П. К. Анохіна, А. К. Гайтона; теорії взаємодії в ієрархічних системах М. О. Бернштейна; теорії й методики фізичного виховання Т. Ю. Круцевич, Л. П. Матвеєва; підходи до формування здоров'язберігаючих технологій для різних верств населення В. О. Кашуби,

О. В. Андрєєвої; ключових принципів та підходів Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ); теорії якості життя, пов'язаної зі здоров'ям (С. Ордвей, Ф. Осборн, Ф. Конверс, У. Роджерс, D. F. Karnovsky); теорії ієрархії потреб А. Маслоу, мотивації за теорією Д. Мак-Грегора, потреби участі, влади за Д. Мак Клелланд, мотивації за теорією Ф. Герцберга. Підґрунтя структури дослідження становлять об'єкт, проблемні умови й проблемні цілі процесу амбулаторної фізичної терапії у осіб з ураженнями опорно-рухового апарату. Для розуміння складності проблеми щодо функціонування системи фізичної терапії було використано принцип системності. Для визначення особливостей управління процесом фізичної терапії на різних ланках системи застосовували біопсихосоціальну модель, орієнтовану на розкриття цілісності об'єкта й виявлення різноманітних типів зав'язків між функціональними, соціальними та психологічними особливостями пацієнта з метою укладання їх в одну схему управління.

Методи дослідження були використані відповідно до об'єкта, предмета, мети й завдань роботи. Аналіз і систематизація спеціальної, психолого-педагогічної та науково-методичної літератури, нормативних і програмно-методичних документів й інформаційних ресурсів мережі Інтернет дозволив у повному обсязі визначити сутність й структуру фізичної терапії, оцінити актуальність і значимість проблеми покращення системи надання послуг фізичної терапії особам з ортопедичними порушеннями на амбулаторному етапі, обґрунтувати тему, завдання та вибір методів дослідження. Компаративний метод використали з метою зіставлення та аналізу зарубіжного й вітчизняного досвіду з досліджуваної проблеми. Абстрагування, логіко-теоретичний аналіз, історичний аналіз, контент-аналіз теоретичних і методичних робіт (монографій, навчальних посібників, методичних матеріалів), системний підхід, прогнозування застосували для визначення основних положень системи фізичної терапії на амбулаторному етапі. Теоретичне прогнозування використовували для визначення ймовірності зміни явищ, що вивчається. Це дало можливість виявити

перспективи подальшого розвитку системи фізичної терапії осіб з ураженнями опорно-рухового апарату на амбулаторному етапі.

Контент-аналіз медичних карт та документації проводився з метою визначення віку, статі та особливостей анамнезу. МКФ застосовувалася з метою кодування наявних проявів захворювань опорно-рухового апарату у відповідних доменах, зокрема «структура» та «функція». Методика встановлення типів ставлення до хвороби (ТОБОЛ) використовувалася для визначення наявності чи відсутності порушень психічної і соціальної адаптації, особливостей спрямованості реагування на хворобу. На підґрунті показників МКФ та ТОБОЛ було здійснено наступне групування пацієнтів.

Оцінка загальної якості життя проводилася з використанням опитувальників Health Status Survey (форма SF-36) та EuroQol (форма EQ-5D-5L). Опитувальник EQ-5D-5L надає можливість окреслити проблеми, пов’язані з можливістю переміщення індивідуума в просторі; догляду за собою, виконання звичної повсякденної діяльності, оцінити можливості пацієнта у виконанні роботи, в тому числі по дому, навчанні, в його участі в справах сім’ї, проведенні дозвілля; навчання; визначити наявність болю або дискомфорту, а також окремих психологічних проблем на індивідуальному рівні. Для кількісної оцінки обмежень у трудовій діяльності за чотирма шкалами («управління часом», «фізичні вимоги», «розумові та міжособистісні вимоги», «вимоги до виробництва») застосовувався опитувальник Work Limitations Questionnaire. З метою оцінки рівня формування терапевтичного альянсу застосовувався Опитувальник оцінки робочого альянсу (Working Alliance Inventory). За допомогою Опитувальника задоволеності пацієнта фізичною терапією (Physical Therapy Patient Satisfaction Questionnaire) оцінювався ряд сторін задоволеності пацієнта від системи надання послуги фізичної терапії. Дані кожного етапу дослідження були оброблені відповідними математико-статистичними методами.

Наукова новизна дослідження полягає в обґрунтуванні теоретичних наукових положень щодо формування змісту та організації фізичної терапії

тематичних пацієнтів, які в сукупності вирішують важливу наукову проблему відновлення якості життя осіб з ортопедичними порушеннями на амбулаторному етапі і мають цінність для практичної діяльності. У результаті наукових досліджень:

- уперше науково обґрунтовано та розроблено організаційно-методичні засади системи фізичної терапії осіб з ураженнями опорно-рухового апарату на амбулаторному етапі з урахуванням біопсихосоціальної моделі та основних положень Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я;
- уперше розроблено кількарівневу структуру управління процесом фізичної терапії осіб з ортопедичними порушеннями, яка ґрунтується на складових діяльності фізичного терапевта: обстеження основних функціональних можливостей пацієнта, планування реабілітаційних заходів, застосування стратегій фізичної терапії, методів, засобів та технік, спрямованих на профілактику ускладнень, покращення здоров'я, відновлення рухових функцій пацієнта та зменшення обмежень у трудовій діяльності;
- уперше визначено складові задоволеності процесом відновлення особами з ортопедичними порушеннями, розроблено засади менеджменту фізичної терапії на амбулаторному етапі у ланці «фізичний терапевт – пацієнт», що враховували типологічні характеристики надавачів та споживачів послуг фізичної терапії і сприяли формуванню терапевтичного альянсу між пацієнтом та фізичним терапевтом;
- уперше розроблено процедуру залучення членів міждисциплінарної команди до співпраці із застосуванням можливостей телемедицини з метою визначення цілей, супроводу та контролю процесу відновлення осіб з ортопедичними порушеннями в умовах амбулаторного реабілітаційного центру;
- уперше отримано дані про відмінність у показниках якості життя і обмежень у трудовій діяльності, оцінці терапевтичного альянсу та рівня задоволеності фізичною терапією осіб з ураженнями опорно-рухового апарату

впродовж фізичної терапії на амбулаторному етапі залежно від типу ставлення до хвороби та локалізації пошкодження;

- розширено теоретичні уявлення щодо доцільності та перспективності застосування методів менеджменту і мотивування у керуючих впливах на ланках системи «керівник – фізичний терапевт» та «фізичний терапевт – пацієнт»;
- доповнено й розширено знання про погіршення показників якості життя та збільшення обмежень у трудовій діяльності осіб з порушеннями ортопедичного профілю, вплив типу ставлення до хвороби на результативність і економічну ефективність фізичної терапії, психологічну та соціальну складові якості життя;
- дістали подальшого розвитку знання про вплив терапевтичного альянсу на результативність терапії;
- дістало подальшого розвитку положення про позитивний вплив засобів фізичної терапії на покращення якості життя, зменшення обмежень у трудовій діяльності осіб з ураженнями опорно-рухового апарату.

Практична значущість дослідження. Впровадження розробленої системи амбулаторної фізичної терапії осіб із ураженнями ОРА на рівні закладу, доповнення методичних основ побудови програм фізичної терапії, модифікація їх змісту відповідно до науково обґрунтованих клінічних настанов за нозологіями, впровадження у діяльність центру основних складових діяльності фізичного терапевта: обстеження основних функціональних можливостей пацієнта, планування реабілітаційних заходів, застосування стратегій фізичної терапії, методів, засобів та технік, та доповнення критеріїв оцінки ефективності сприяли поліпшенню динаміки показників якості життя, зменшенню обмежень у трудовій діяльності, формуванню терапевтичного альянсу впродовж амбулаторної фізичної терапії у осіб з ураженнями опорно-рухового апарату, а також підвищенню задоволеності фізичною терапією. Розроблений комплекс заходів для покращення системи фізичної терапії може використовуватись на базах спеціалізованих реабілітаційних центрів, санаторіїв, фізкультурно-оздоровчих центрів.

Результати досліджень впроваджені у роботу медичного центру «Феско» (м. Бровари), відділення «Центр травматології, ортопедичної реабілітації та нейрохірургії» КНП «Броварська багатопрофільна клінічна лікарня», відділення реабілітації ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України», відділення реабілітації Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, Першого клінічного госпіталю при Державному університеті міста Тяньцзінь (КНР). Основні положення дисертаційної роботи були використані для вдосконалення курсів лекцій, практичних та семінарських занять для студентів спеціальності 227 Фізична терапія, ерготерапія Національного університету фізичного виховання і спорту України, Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського, Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка, Ужгородського національного університету, що підтверджено актами впровадження.

Особистий внесок автора у спільних публікаціях полягає у теоретичній розробці та обґрунтуванні основних ідей і положень дисертаційного дослідження, здійсненні наукових розвідок, теоретичному аналізі спеціальної науково-методичної літератури за темою роботи; реалізації дослідження; у розробці та реалізації комплексу заходів щодо розробки системи амбулаторної фізичної терапії осіб з ураженнями опорно-рухового апарату на рівні закладу та її управління на різних ланках, доповненні методичних основ побудови програм фізичної терапії та розширенні їх змісту; у виконанні основного обсягу теоретичної роботи, аналізі, інтерпретації та узагальненні даних дисертаційної роботи.

Кандидатську дисертацію з теми «Фізична реабілітація хворих з вертеброгенними рефлекторними синдромами попереково-крижового відділу» захищено у 2012 році. Її матеріали в тексті докторської дисертації не використано.

Апробація результатів досліджень. Основні положення дисертації, її висновки та результати презентовано на міжнародних і вітчизняних науково-

практичних конференціях: Міжнародних науково-практичних конференціях «Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві» (Луцьк, 2016–2018); VI Міжнародному медичному конгресі «Впровадження сучасних досягнень медичної науки у практику охорони здоров'я України» (Київ, 2017); Міжнародних наукових конференціях «Актуальні проблеми спортивної медицини» (Київ, 2018–2019); Clinical Affairs Medical Business Unit, attended the Educative Workshop to study «HiToP-Therapy» (Rimbach, Germany, 2019); XII–XIII Міжнародних конференціях «Молодь та олімпійський рух» (Київ, 2019–2020); IV Міжнародній науково-практичній конференції «Science, society, education: topical issues and development prospects» (Харків, 2020); Міжнародній науково-практичній інтернет-конференції, приуроченій Всесвітньому дню науки, «Оздоровчо-рекреаційна рухова активність у сучасному суспільстві» (Чернівці, 2020); Міжнародній науковій конференції «Розвиток наукової думки постіндустріального суспільства: сучасний дискурс» (Миколаїв, 2020); II Міжнародній науково-практичній конференції «Актуальні проблеми сучасної науки та освіти» (Львів, 2020); I Міжнародній науково-практичній інтернет-конференції «Інтеграція освіти, науки та бізнесу в сучасному середовищі: зимові диспути» (Дніпро, 2020); Всеукраїнській практичній конференції «Фізична реабілітація верхньої кінцівки» (Бердичів, 2018); I Національному конгресі фізичної та реабілітаційної медицини «Фізична та реабілітаційна медицина в Україні: практичне впровадження мульти-професійної реабілітації в закладах охорони здоров'я» (Київ, 2019); на щорічних науково-методичних конференціях кафедри фізичної реабілітації (2015–2018) і кафедри фізичної терапії та ерготерапії НУФВСУ (2018–2019).

Публікації. За темою дисертаційної роботи опубліковано 28 наукових праць. Основні положення дисертаційної роботи викладено в 23 наукових працях, з них 1 стаття у науковому періодичному виданні іншої держави, яке включено до міжнародної наукометричної бази Scopus, 1 стаття у науковому періодичному виданні України, яке включено до міжнародної наукометричної бази Web of Science, 21 стаття у фахових виданнях України, з яких 14 включено

до міжнародної наукометричної бази; 4 публікації мають апробаційний характер, 1 – додатково відображає наукові результати дисертації.

Структура й обсяг дисертації. Дисертаційна робота включає вступ, шість розділів, висновки, список використаних джерел та додатки. Загальний обсяг дисертації становить 458 сторінок. Робота містить 44 таблиці та 66 рисунків. У бібліографії подано 417 наукових джерел.

РОЗДІЛ 1
АНАЛІЗ СУЧАСНИХ ПІДХОДІВ ДО РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ НА АМБУЛАТОРНОМУ ЕТАПІ

1.1. Організація ефективної реабілітаційної допомоги населенню як актуальна проблема сьогодення

Незважаючи на успіхи медичної науки, впровадження сучасних медичних технологій, в більшості розвинених промислових країн зберігаються несприятливі тенденції, які характеризуються збільшенням частки важкої хронічної патології в структурі захворюваності населення та зростанням ускладнень захворювань, що займають провідні місця серед причин смерті та інвалідизації населення [81]. Така ситуація змушує людство переглянути підходи до розуміння та збереження здоров'я, як найвищої цінності.

Здоров'я має виняткове значення у житті кожної людини, кожної сім'ї та суспільства у цілому. Здоров'я та благополуччя населення є ключовими факторами економічного та соціального розвитку країни. Гарне здоров'я нації є неоціненним ресурсом держави. Здоров'я сприяє підвищенню продуктивності праці, формуванню більш ефективних трудових ресурсів та більш здоровому старінню; скорочує витрати, пов'язані з хворобою та соціальною допомогою, а також витрати, пов'язані з наданням медичної допомоги; сприяє зменшенню втрат податкових надходжень у бюджет. Міжнародний досвід показує, що найбільш перспективним шляхом для забезпечення здоров'я та благополуччя населення є злагоджена робота усіх секторів держави, яка скерована на соціальні та індивідуальні детермінанти здоров'я. У Європейському регіоні ВООЗ з 2012 р. діють Основи європейської політики «Здоров'я-2020» як стратегічна платформа, заснована на цінностях, орієнтована на конкретні дії, з можливістю адаптації до конкретних реалій [92]. Цим документом країни Європейського регіону ВООЗ визнають право кожної людини на здоров'я,

незалежно від етнічної належності, статі, віку, соціального положення та платіжеспроможності. До основних цінностей відносяться справедливість, стійкість, якість, прозорість, підзвітність, захист людської гідності та право на участь у прийнятті рішень. Нова європейська політика щодо здоров'я вимагає критичного перегляду існуючих механізмів управління охороною здоров'я, удосконалення політики охорони здоров'я, розвитку структур громадського здоров'я, пріоритету надання медико-санітарної допомоги, впливу на провідні чинники ризику. Стратегічними задачами політики Здоров'я-2020, вирішення яких може дати реальні позитивні результати, є: покращення здоров'я для всіх і скорочення нерівності в показниках здоров'я; удосконалення лідерства та колективного керівництва в інтересах здоров'я. Основи політики Здоров'я-2020 включають чотири пріоритетні напрямки стратегічних дій: інвестування в здоров'я на всіх етапах життя та розширення прав і можливостей громадян; вирішення найбільш актуальних проблем регіону; зміцнення систем охорони здоров'я, які мають бути орієнтованими на людину, потенціалу системи громадського здоров'я, готовності до надзвичайних ситуацій, епіднагляду та реагування; підвищення «міцності» місцевих громад та створення підтримуючого середовища. Вказані чотири пріоритетні напрямки стратегічних дій взаємопов'язані і доповнюють один одного. Таким чином, реалізація визначених ВООЗ чотирьох пріоритетів вимагає використання комплексних підходів стратегічного керівництва, яке сприяє підвищенню рівня здоров'я, соціальної справедливості та благополуччя. Таке керівництво повинне скеровуватися на впровадження позитивних змін, сприяти інноваціям і бути орієнтованим на вкладання ресурсів у зміцнення здоров'я і профілактику хвороб [242].

Україна належить до країн Європейського регіону із незадовільними показниками здоров'я. Стан здоров`я населення України можна вважати кризовим: з 1991 р. смертність в країні перевищує народжуваність; середня тривалість життя, очікувана при народженні, є чи не найнижчою за всі останні десятиліття; різниця у середній тривалості життя при народженні між

чоловіками і жінками у багатьох регіонах країни досягає 10 і більше років, що перевищує біологічну розбіжність і відображає надсмертність чоловіків [28, 63, 166]. Поширеними є поведінкові фактори нездоров'я: вживання тютюну та алкоголю, ожиріння, низький рівень фізичної активності, високий рівень стресів. Крім того, населення з низькими прибутками, навіть за необхідності, відкладає звернення у медичний заклад через страх фінансової кризи у зв'язку з необхідністю оплати за медичну допомогу [243].

Такий стан речей вказує на необхідність реформування системи охорони здоров'я, що здійснюється в Україні з 2016 року. Метою реформи є створення системи охорони здоров'я, яка здатна відповідати на реальні потреби людей, забезпечувати доступні та якісні послуги і гарантувати фінансовий захист у разі хвороби [242, 243].

Одним з важливих аспектів означеної проблеми є проблема створення ефективної системи реабілітаційних закладів в Україні та системи професійної підготовки фахівців, що працюють у сфері відновлення здоров'я і працездатності людей в центрах реабілітації, що є дуже складною та актуальною для українського суспільства [191, 245, 31, 116].

В сучасних умовах цілий ряд причин обумовлює підвищення ролі організації реабілітаційної допомоги населенню.

Так, О. Яремчук, І. Берлінець [245] зростання ролі медичної реабілітації у житті людства пояснюють такими факторами, як: глобальне постаріння людства, збільшення кількості населення із зниженою фізичною функціональністю; зростання питомої ваги осіб із хронічними захворюваннями; поява осіб із хворобами у стані ремісії чи реконвалесценції, які раніше були невиліковними, що вказують на потребу переорієнтації національних систем охорони здоров'я на зростаючі потреби суспільства у реабілітаційній допомозі.

Окрім зазначених вище, А.А. Свінцов зі співав. [184], виділяють наступні причини, що обумовлюють підвищення ролі реабілітації в сучасних умовах:

- високі показники захворюваності з тимчасовою втратою працездатності;
- високий рівень інвалідності;

- необхідність оптимізації використання ліжкового фонду стаціонарів;
- розвиток високотехнологічних методів лікування і реабілітації;
- необхідність медичної і психологічної реабілітації осіб з преморбідним станами, а також здорових осіб, що працюють в екстремальних або шкідливих умовах праці;
- недоступність санаторно-курортної допомоги для значної частини пацієнтів;
- необхідність складання індивідуальних програм реабілітації.

Такі фактори, як проведення Операції об'єднаних сил, а також реформування національної системи охорони здоров'я в Україні посилюють зростаючу актуальність цієї проблематики [245].

Серед перерахованих вище факторів привертають увагу зростання питомої ваги осіб із хронічними захворюваннями та високі показники захворюваності з тимчасовою втратою працездатності, оскільки вирішення даних проблем має беззаперечну економічну вигоду для держави.

Питання покращення стану здоров'я населення працездатного віку як головного трудового потенціалу країни потребують особливої уваги, оскільки від цього залежать показники економічного, соціально-культурного розвитку та національної безпеки держави. Саме працюючі особи здійснюють основний внесок в економічний і соціальний розвиток країн. Їх здоров'я визначається не тільки тими ризиками, які присутні на робочому місці, але й соціальними та індивідуальними факторами, а також доступом до медико-санітарних послуг. Незважаючи на наявність ефективних медико-санітарних заходів щодо профілактики професійних ризиків, охорони та зміцнення здоров'я на робочому місці, стан здоров'я працюючих і ступінь їх схильності до професійних ризиків варіюють у широких межах, як між країнами, так і всередині країн [242].

Розвиток сучасної реабілітаційної допомоги дає змогу більшому відсотку осіб із тимчасовою частковою непрацездатністю повністю відновити свій функціональний стан і виконувати свої функції у повному обсязі. Тобто, держава, здійснюючи ефективні реабілітаційні заходи для своїх громадян

(особливо працездатного віку), що їх потребують, прямо знижує свої соціальні витрати на них, а також опосередковано збільшує кількісно чисельність категорії платників податків [245].

Окрім того, необхідно враховувати, що в умовах ринкової економіки відновлення працездатності працівника не тільки забезпечує зростання продуктивності праці і збільшення обсягу продукції, що випускається, але і є найважливішою умовою забезпечення якості життя індивіда і запорукою соціальної стабільності [184].

У зв'язку з цим, цілком очікуваним є зростання потреб в реабілітації не тільки серед осіб похилого віку, які страждають на тяжкі хронічні захворювання, а й серед працюючого населення.

1.2. Потреба дорослого населення України в організації служби медичної реабілітації на амбулаторному етапі

Для вивчення потреби дорослого населення в організації служби медичної реабілітації хворих на амбулаторному етапі головним джерелом є відомості про захворюваність населення за класами, групами хвороб і окремих захворюваннях за МКХ-10. Науково обґрунтовані дані про потреби населення країни в реабілітаційній допомозі хворим та особам з інвалідністю можуть служити підставою для перспективного планування розвитку мережі лікувально-профілактичних закладів, їх медичної спеціалізації, раціонального використання ліжкового фонду, медичних кадрів, немедикаментозних методів лікування, підвищення ефективності лікування хворих [37, 79].

Найбільш поширеною причиною хронічної інвалідності в усьому світі є порушення ОРА. Всесвітня організація охорони здоров'я (2003, 2004) підкреслила тягар патології опорно-рухового апарату та його зростання на 25% за останні десятиліття. В структурі захворюваності ОРА найбільше значення приділяється остеоартрозу (ОА); запальному артриту; болю у спині; кістково-м'язовій травмі, включаючи спортивні травми; кристалічному артриту (подагра і

хвороба пірофосфату кальцію) і метаболічним захворюванням, головним чином остеопорозу [13]

У структурі поширеності хвороб серед працездатного населення України хвороби кістково-м’язової системи та сполучної тканини посідають п’яте місце (5,55%) після хвороб системи кровообігу (23,93%), хвороб органів дихання (18,92%), хвороб органів травлення (10,70%) та хвороб сечостатевої системи (7,89%) та мають динаміку підвищення поширеності протягом останніх років (на 0,37% у 2016 році порівняно з 2015 роком) [242].

Згідно з даними О.Я.Андрійчук, І.М. Григуса [13] та А.В. Іпатова зі співавторами [96] за останнє десятиліття патології кістково-м'язової системи піднялися з четвертого на третє рангове місце у структурі первинного виходу дорослого населення на інвалідність. При цьому спостерігається стійке зростання первинної інвалідності як внаслідок травм опорно-рухового апарату, так і внаслідок захворювань кістково-м’язової системи [96].

Захворювання ОРА є основним професійним захворюванням серед робітників Євросоюзу, становлячи понад 59 % профзахворювань із показником поширеності понад 2,5 % серед працівників, що становить понад 4 млн осіб [250]. В США професійні захворювання ОРА в секторі виробництва та галузі послуг становлять разом близько половини всіх випадків захворювань опорно-рухового апарату [286]. За даними О.Є. Фартушної, А.В. Басанець [202], професійні захворювання опорно-рухового апарату, що характеризуються тривалою втратою працездатності та високою частотою розвитку інвалідності серед працюючих, значно поширені і в Україні: кількість випадків зареєстрованих професійних захворювань ОРА в Україні щорічно зростає, посідаючи за частотою серед усіх інших професійних захворювань друге місце після пневмоконіозу. Особливо високою частота професійних захворювань ОРА була у 2006 році, вона становила 1490 випадків на рік. Важливо підкреслити, що професійні захворювання опорно-рухового апарату набувають все більшої питомої ваги в патології осіб не тільки старшої, але й середньої вікової групи, у той час як проспективні демографічні дослідження прогнозують подвоєння

кількості хворих до 2020 року [298]. Захворювання кістково-суглобового апарату істотно погіршують якість життя людей через постійний біль, порушення функціональної активності, втрату свободи руху, обтяжуючи тим самим життя не тільки самого хворого і його сім'ї, а й суспільства в цілому [203, 275, 284, 393].

Професійні захворювання ОРА пов'язані з високими витратами роботодавців та держави на оплату лікарняних листків непрацездатності та інвалідності, компенсаційні виплати постраждалим, через зниження продуктивності праці [246, 254]. У деяких країнах ЄС до 40 % компенсаційних виплат працівникам пов'язані з професійними захворюваннями ОРА. Медіана непрацездатності в США та країнах ЄС при професійних захворюваннях ОРА становить 8 днів порівняно з 6 днями непрацездатності внаслідок усіх інших професійних хвороб [286].

За даними літератури, економічні збитки внаслідок захворювань ОРА є досить високими [249]. На частку хвороб ОРА щорічно припадає майже 70 мільйонів відвідувань кабінету лікаря в Сполучених Штатах. При цьому загалом щорічно в системі охорони здоров'я США реєструються 130 мільйонів випадків захворювань ОРА (амбулаторних, стаціонарних та в рамках швидкої допомоги). Майже 1 млн працівників тимчасово втрачають працездатність унаслідок даного захворювання. У США економічний тягар професійних захворювань ОРА, що вимірюється компенсацією витрат, втратами у заробітній платні та продуктивності, становить 45– 54 млрд доларів щорічно. При цьому страхові виплати компенсації працівникам у Сполучених Штатах через ЗОРА становлять 15 млрд доларів щорічно [254].

Серед захворювань опорно-рухового апарату, що є найбільш частими причинами тимчасової втрати працездатності та інвалідності в населення працездатного віку, виділяють остеоартрози (ОА) великих суглобів та вертеброгенні больові синдроми.

Так, згідно за даними різних авторів, розповсюдженість ОА в загальній популяції коливається від 5 до 18% [346]. ОА є причиною великої кількості

звернень за медичною допомогою і основним показанням до призначення лікарських препаратів (приблизно 3000 дол. на рік на 1 пацієнта) [410]. В даний час витрати на лікування ОА в США коливаються від 15,5 до 26,6 млрд дол. на рік, при цьому дослідники прогнозують збільшення вартості лікування захворювання в найближчому майбутньому в кілька разів [380].

Біль у спині, або дорсалгія – одна з найбільш частих скарг у загальномедичній практиці. За даними різних авторів зустрічається приблизно у 40-75–80-84% загальної популяції. У віці від 20 до 64 років він турбує 24% чоловіків і 32 % жінок. Дорсалгія входить до трійки лідерів серед основних причин тимчасової втрати працездатності [378] та зумовлює значні економічні витрати, пов'язані з лікуванням, а також з погіршенням якості життя даного контингенту хворих [35].

Однією з провідних причин високого рівня інвалідизації населення України внаслідок захворювань ОРА О.Я. Андрійчук, І.М. Григус [13] вважають неефективну реабілітацію.

Ряд авторів [126, 127, 114, 20, 78] вказують на недоліки надання реабілітаційної допомоги хворим із хронічними захворюваннями ОРА на постклінічному, або амбулаторному етапі лікування, що не дозволяє досягти тривалої ремісії та стійкого ефекту відновного лікування.

Ефективності медичної реабілітації при травмах та захворюваннях ОРА, в тому числі економічній ефективності, приділялася велика увага в ряді робіт вітчизняних та закордонних авторів. Ряд дослідників показали, що кошти, витрачені на здійснення реабілітації, багаторазово відшкодовуються за рахунок скорочення періодів тимчасової та стійкої втрати працездатності [108, 123].

Так, Е.А. Вальчук [44, 42] встановлено високу медичну, соціальну та економічну ефективність медичної реабілітації (МР). За даними автора, позитивні результати (одужання та поліпшення) становили в окремих контингентів хворих від 96,7 до 98,9%, більшість, після курсу МР, повернулися на колишню роботу (85,4%), відзначено суттєве зменшення термінів тимчасової

непрацездатності [44]. Покращилися показники первинного виходу на інвалідність.

Досвід А.А. Грандо свідчить про те, що терміни непрацездатності у хворих, які пройшли лікування в звичайних амбулаторно-поліклінічних умовах, скоротилося в середньому при переломах променевої кістки на 12 днів, малогомілкової кістки - на 18 днів, великогомілкової кістки - на 22 дня [66].

За даними О.Н. Щепетовой [238], реабілітація хворих з наслідками травм і захворювань опорно-рухового апарату сприяла одужанню 97% хворих, відновленню працездатності - у 78%. Період адаптації хворих до праці після виходу на роботу скоротився з 1-2 місяців до 5-7 днів, показник первинного виходу на інвалідність з приводу травми зменшився з 1,34 до 0,5 на 10000 працюючих.

Досить сказати, що М.В. Щербаков [236] наводить дані, згідно з якими 75% хворих виписуються з відділень реабілітації з повним одужанням або з поліпшенням клініко-функціональних показників здоров'я.

За даними Н.В. Данилової [74], серед осіб, які постраждали від нещасного випадку на виробництві, при своєчасно наданій реабілітаційній допомозі повністю відновлювалася працездатність у 36,8% пацієнтів, тоді як при несвоєчасному призначенні відновлювальних заходів повне відновлення працездатності досягалося лише в 9,1% випадків. Планове повторення курсів з виконанням індивідуальної програми реабілітації дозволило досягти відновлення працездатності у 77,3% хворих.

Характерним є те, що С.В. Ходарев у своїй роботі [225] також показав високий ефект реабілітації: у 89,5% пацієнтів при остеохондрозі хребта спостерігався повний регрес симптоматичних проявів або значне їх зменшення, у 87,3% постраждалих відзначалася повне відновлення функцій при травмах опорно-рухового апарату.

За даними Н.Н. Лукьянової, з числа хворих, які отримали реабілітацію, з одужанням були виписані 19,6% пацієнтів, з поліпшенням - 47,9% і без змін - 32,5% хворих [132].

У лонгітудинальному дослідженні K. Pieber et al. [377] вивчали довгострокові ефекти багатопрофільної реабілітаційної програми протягом 6 місяців у пацієнтів з хронічним болем в поперековому відділі хребта. Результати дослідження показали, що комплексні амбулаторні реабілітаційні програми можуть викликати стійке поліпшення м'язової сили, зменшення болю, покращення функціонування та якості життя у пацієнтів з хронічним болем в попереку. Було також виявлено, що ці покращення зберігаються до наступної оцінки через 18 місяців після припинення втручання.

Ефективність постклінічної реабілітації в осіб, які були виписані з лікарні після тотального ендопротезування кульшового суглоба досліджували C.L. Coulter et al. [276]. До систематичного огляду було включено п'ять досліджень, що включали 234 учасника. Достатньо даних для мета-аналізу було отримано тільки для показників сили стегна та коліна, швидкості ходьби і довжини дистанції. Постклінічна реабілітація, заснована на застосуванні фізичних вправ, покращила силу м’язів стегна на 16 Нм (95% ДІ від 10 до 22), швидкість ходьби на 6 м / хв (95% ДІ 1 до 11) і довжину дистанції на 20 кроків / хв (95% ДІ від 8 до 32)). Функціонування та якість життя не могли бути мета аналізовані через недостатність даних та неоднорідність заходів, але функціональні заходи мали тенденцію на користь групи фізіотерапевтичної реабілітації.

Переваги амбулаторної реабілітації пацієнтів після переломів стегна аналізували H.H. Handoll et al., 2011 [305]. Автори зробили висновки про те, що загалом комплексні реабілітаційні програми, засновані на застосуванні вправ, мають значний позитивний вплив на різні функціональні можливості пацієнта. Однак, неоднорідність у розробці досліджень в літературі (тобто, невідповідні методи, втручання та результати), пов'язані з амбулаторними реабілітаційними програмами для пацієнтів після переломів стегна, ускладнює визначення оптимального часу, інтенсивності та тривалості амбулаторних реабілітаційних програм для цієї групи пацієнтів.

В цілому ж, докази з літератури свідчать про те, що відвідування амбулаторної реабілітаційної програми після перелому стегна дозволило

поліпшити наступне: мобільність та / або фізичну працездатність [362 -396]; силу [362, 255, 323, 305, 307, 395, 396], баланс [362, 255, 323, 395, 396], емоційний стан, пов'язаний з падінням [307]; самооцінку фізичної функції або здоров'я [255, 265, 395, 396]. Встановлено, що амбулаторна реабілітація після перелому стегна знижує потребу в допоміжних засобах [255, 392], знижує залежність у повсякденній діяльності [392], знижує рівень смертності [392].

Цікавість представляють дані ряду авторів про те, що витрати на утримання хворих у відділеннях для доліковування в 1,5-2 рази нижче, ніж у відповідних основних відділеннях стаціонару. Так, було підраховано, що вартість лікування в центрі реабілітації м. Лондона становить приблизно 1/6 вартості лікування одного хворого в клінічній лікарні та ¼ вартості лікування одного хворого в звичайній лікарні. У центрі реабілітації м. Клактон (Великобританія), розрахованому на лікування 80 стаціонарних і 20 амбулаторних хворих, було підраховано, що вартість лікування одного хворого в центрі в 2 рази менше, ніж в лікарні [161].

Ррезультати огляду оцінки економічної ефективності реабілітації осіб із патологією ОРА представили C. Krauth, T. Bartling. На підставі комплексного дослідження літератури було визначено 17 досліджень щодо економічної ефективності реабілітації в Німеччині. В амбулаторній реабілітації (зі схожою ефективністю зі стаціонарним доглядом) продемонстровано значне потенційне заощадження у програмі на 25-35% [337].

Метою дослідження N.Kennedy et al. [331] було порівняння клінічної та економічної ефективності стаціонарної та амбулаторної реабілітації пацієнтів з активним ревматоїдним артритом. Був використаний одноцентровий, рандомізований проект. Дані реєструвалися на початковому етапі, після лікування та через 6 місяців. Основним критерієм ефективності була шкала вимірювання впливу артриту. Було також проведено оцінку ряду інших показників активності, функціональності та якості життя. Вимірювалися всі прямі та непрямі витрати. У дослідженні було рандомізовано 47 суб'єктів. Не було виявлено стійких істотних відмінностей між двома групами для первинних

або вторинних заходів наприкінці лікування або після спостереження. При цьому загальні витрати на стаціонарне лікування (81 590 євро) були більш ніж у три рази вищими, ніж загальні амбулаторні витрати (25 450 євро).

Порівняльний аналіз витрат на стаціонарну та амбулаторну реабілітацію при захворюваннях опорно-рухового апарату провели J. Zeidler зі співаторами [417] та зробили висновок про те, що амбулаторна реабілітація здається кращою альтернативою порівняно зі стаціонарною реабілітацією з економічної точки зору.

Дослідження G. Sakalauskienė зі співавторами [386] свідчить про те, що мультидисциплінарну амбулаторну реабілітацію можна розглядати як ефективне лікування. Проте автори зазначають необхідність впровадження специфічних, добре адаптованих інструментів оцінки ефективності результатів багатопрофільної амбулаторної реабілітаційної терапії.

За даними літератури, реабілітація особливо актуальна для хворих з ураженням опорно-рухового апарату в зв'язку з тим, що причиною інвалідності у цього контингенту хворих в 23-26% випадків є не анатомічні, а функціональні порушення [1, 6, 29, 36, 113].

Поряд з тяжкістю захворювання факторами, що збільшують ймовірність настання інвалідності, є і недооцінка ролі функціонального відновного лікування, що часто визначає неповноцінність застосовуваних комплексів без використання ерготерапії, фізичної терапії, психотерапії, а також відсутність наступності між різними установами охорони здоров'я, що займаються реабілітацією [120, 388].

Зважаючи на хронічний перебіг більшості основних захворювань ОРА та високий рівень інвалідизації хворих, розвиток системи надання реабілітаційної допомоги на амбулаторному етапі є обов’язковою передумовою підвищення ефективності реабілітаційного процесу даного контингенту хворих, до того ж амбулаторна реабілітація може мати більшу економічну ефективність.

Відповідно до сучасних уявлень, найбільшу ефективність мають мультидисциплінарні програми реабілітації, що підтверджується даними ряду

систематичних оглядів, присвячених проблемі реабілітації при хронічному болю в спині [355, 325, 326, 303] та при захворюваннях суглобів [333, 297].

Для реалізації мультидисциплінарного підходу найбільш сприятливими є умови спеціальних реабілітаційних закладів.

Слід підкреслити, що велике значення для розвитку і планування відновного лікування та реабілітації має чітке уявлення про потребу населення в цих видах медичної допомоги [23].

Велике значення нормативів обумовлюється тим, що з їх допомогою визначаються об'ємні величини для розвитку всіх галузей охорони здоров'я, в тому числі медичної реабілітації, структура ліжкового фонду та склад відвідувань населенням амбулаторно-поліклінічних установ з приводу медичної реабілітації.

Питання вивчення потреби населення в реабілітації знаходить своє відображення в роботах ряду авторів [69, 72, 232, 279].

Так, за даними Н.А. Шестакової і співавторів [231], з числа осіб, що звертаються в поліклініку 14-15% хворих потребують реабілітації, причому близько 80% з них становлять особи з наслідками ушкоджень опорно-рухового апарату.

Орієнтовні показники потреби в спеціалізованих реабілітаційних ліжках були розроблені А.А. Архангельською [16], яка вважала, що питома вага ліжок для реабілітації в кардіології повинна становити 42%, в кардіохірургії - 51%, в травматології - 65%, в ортопедії - 55%, в неврології - 56%.

Згідно з розрахунками В.П. Павлова [160], для хірургічного лікування і реабілітації артрологічних хворих необхідно 100 ліжок на 6-8 млн. жителів.

Викликає труднощі визначення контингенту для переводу в відділення для доліковування. На думку деяких дослідників, доліковуванню підлягають приблизно 30% хворих [177]. У Мінську в міській та обласній лікарнях переводять на доліковування 20% хворих терапевтичного профілю і приблизно 60% хірургічного профілю [232].

Згідно з даними В.А. Міняєва з співавт. [139], серед міського населення найбільше потребують проведення реабілітаційних заходів постраждалі з травмами - 70,1%. Він показав, що відновне лікування в позалікарняних умовах потрібно 12% від загального числа первинних хворих, які звернулися в травмпункти, і всім пацієнтам після виписки з лікарень.

Особливості розподілу потреби дорослого населення сільських районів у відновному лікуванні за класами хвороб та її структуру за основними лікарськими спеціальностями вивчав Е.А. Вальчук [42, 44]. За його даними, у структурі контингентів хворих, які потребують МР, основну частку складають хворі терапевтичного профілю (46,6%), кардіологічного (19,3%), неврологічного (18,8%), хірургічного та травматологічного (6,9%) профілів.

Потребу в амбулаторній реабілітації хворих неврологічного профілю вивчали А.Н. Бєлова з співав. [30]. Вони встановили, що після курсу стаціонарного лікування на доліковування в поліклініку з неврологічних відділень було направлено 15-30% хворих, з нейрохірургічного - 62%. Зазвичай це були хворі з тривалим анамнезом захворювання, корінцевим характером синдромів чи ті, що перенесли дискектомію. На амбулаторну реабілітацію після стаціонарного лікування повинні бути спрямовані 38,7-44,3% хворих із вертеброгенними захворюваннями, 27-33% хворих, що перенесли мозковий інсульт, 60-70% хворих на посттравматичну енцефалопатію, хворі, які перенесли гостру травму головного та спинного мозку, в 55 -65% випадків вимагали проведення реабілітації в спеціалізованих спінальних центрах в стаціонарних умовах.

Потребу в медичній реабілітації хворих з травмами і захворюваннями кисті, визначили Новіков О.В. і співавтори [148, 149]. Вона становить 4,95%, для хворих з травмами - 7,56%, для хворих з ортопедичною патологією - 6,44% на 1000 дорослого населення.

За даними зарубіжної літератури у Великобританії з 3 млн. чоловік з фізичними вадами 1 млн. потребує різних видів реабілітаційної допомоги через центральний параліч, захворювання і травми спинного мозку, ревматичні

артрити, дегенеративні захворювання нервової та м'язової систем, остеоартрози, інсульт, травми, захворювання органів серцево-судинної системи і дихання.

При визначенні чисельності хворих, які потребують всіх видів реабілітації в умовах стаціонару, ВООЗ пропонує виходити з показника 20-25% від загального числа хворих, а в умовах поліклініки - з подвоєного показника [176].

Проте аналіз наявних досліджень даного питання демонструє, що нормативи, покладені в основу об'ємних показників охорони здоров'я, частіше за все були середніми і при їх зіставленні не враховувалася захворюваність різних демографічних груп населення. Одночасно рекомендовані для практичного використання нормативи не завжди були пов'язані з кадровими та фінансовими можливостями органів охорони здоров'я на плановані відрізки часу і істиною потребою населення в різних видах медичної допомоги, зумовленої його захворюваністю [34]. На думку І.Д. Богатирьова, відмінності, які були отримані авторами в рівні потреб населення в медичній реабілітації, пояснюються різними підходами авторів до показань для медичної реабілітації та неоднорідними даними про захворюваність населення [34].

Таким чином, наявні з цього питання дані є мало порівняними в зв'язку з відмінностями в тлумаченні понять і термінів, які використовуються з даної проблеми і тому - у визначенні контингентів, які підлягають реабілітації. Крім того, в літературі не завжди наводяться відносні показники, частіше вказується абсолютне число хворих з різними видами патології, що обмежує нормальну фізичну активність, або осіб з інвалідністю, які налічуються в тій чи іншій країні; наводиться процентний склад осіб, які лікуються в окремих центрах тощо. Несумісність даних зумовлена й тим, що в одних публікаціях наводиться число осіб з тими чи іншими дефектами, які знижують їх працездатність і в зв'язку з цим потребують реабілітації, без вказівки, проходили вони її чи ні, в інших дається фактичне число реабілітованих і їх склад, без вказівки числа осіб, що потребували реабілітації тощо. Видається неможливим також однозначно відповісти на питання про те, які контингенти хворих та осіб з інвалідністю потребують реабілітації.

Вирішення питання про потреби населення в реабілітації ускладнюється зміною підходів до визначення інвалідності, що відбулись в Україні протягом останніх років. У 2018 році відзначалася дев’ята річниця ратифікації Україною Конвенції про права осіб з інвалідністю, згідно з якою, держави, що ратифікували Конвенцію, повинні гарантувати людям з особливими потребами їх невід'ємне право на життя, рівність перед законом, доступ до фінансових ресурсів і власності, а також захист від дискримінації та зловживань. В рамках імплементації Конвенції в українське законодавство наразі існує План заходів на виконання рекомендацій Комітету ООН з прав осіб з інвалідністю, який уряд прийняв у грудні 2016 року. Він був розроблений після першої доповіді України про виконання Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю на період до 2020 року. Також Україна приєдналася до виконання Глобального плану ВООЗ з інвалідності «Краще життя для людей з інвалідністю» на 2014-2021 рр. Однією з рекомендацій Комітету ООН з прав осіб з інвалідністю визначено удосконалення механізму збирання та обробки даних про осіб з інвалідністю в усіх сферах життєдіяльності. Отже, проблема статистичного обліку та збору інформації з питань, пов'язаних з інвалідністю, є актуальною і для України. Згідно із Законом України «Про реабілітацію інвалідів в Україні», інформаційні ресурси в сфері реабілітації осіб з інвалідністю формуються у вигляді Централізованого банку даних з питань інвалідності (ЦБІ). На підставі даних цих ресурсів органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування здійснюють соціальний моніторинг, планування і прогнозування потреб осіб з інвалідністю в технічних та інших засобах реабілітації (ТЗР), виробах медичного призначення та реабілітаційних послугах. Органи влади забезпечують доступ осіб з інвалідністю до інформаційних ресурсів відповідно до законодавчо визначених прав цих людей на реабілітацію, наявних можливостей для отримання реабілітаційних засобів і послуг, сертифікованої продукції протезно-ортопедичних підприємств тощо. Функції з координації діяльності операторів банку даних усіх рівнів та контроль за створенням і функціонуванням ЦБІ покладаються на Міністерство соціальної політики

України, яке аналізує стан його наповнення в частині забезпечення осіб з інвалідністю санаторно-курортними путівками, автомобілями, ТЗР, виплати грошових компенсацій на бензин, ремонт, технічне обслуговування автомобілів, транспортне обслуговування, компенсації вартості санаторно-курортної путівки та самостійного санаторно-курортного лікування. Незавершеність формування ЦБІ як єдиної системи збору та узагальнення статистичних даних щодо чисельності людей з інвалідністю та їхніх потреб та відсутність належної взаємодії усіх користувачів банку роблять проблематичним його функціонування в актуальному режимі. Внаслідок незабезпечення інформаційного доступу до ЦБІ та обміну інформаційними даними в автоматизованому режимі його користувачам, працівники медико-соціальних експертних комісій (МСЕК) та лікарсько-консультативних комісій (ЛКК) інколи не мають можливості для завантаження даних індивідуальних програм реабілітації осіб з інвалідністю (ІПР), що не дозволяє визначити актуальну потребу в реабілітаційних заходах та відстежити їхню результативність. Не ведеться облік людей з інвалідністю та заходів, які вони отримують і в яких мають потребу, невідомі реальні масштаби бар'єрів, що заважають нормальній життєдіяльності вказаних осіб [230, 300].

1.3. Теоретичні та методологічні аспекти організації надання реабілітації населенню України в сучасних умовах

Теоретичні та методологічні аспекти організації надання реабілітації розглядалися рядом вітчизняних і зарубіжних вчених, серед яких необхідно відзначити роботи О. Бісмак [32], Л. Вакуленко, В. Клапчука [41], В. Крупи [116], Ю. Лляного [129], О. Соколової [191] та інші, K. Szawlowski [397], Shahani B.T. [391] та інші. У роботах зазначених авторів визначено поняття медичної, професійної, соціальної реабілітації та відновного лікування.

Основні етапи, аспекти та організаційні засади реабілітації, а також відповідність основних етапів реабілітації певним видам медичної допомоги

були відображені в роботах таких авторів, як Л.М. Клячкин [107]., К.В. Лядов [133, 134] і ряд інших.

Розробленість стаціонарного і амбулаторного етапів реабілітації, а також різноманітні форми організації реабілітаційної допомоги в амбулаторно-поліклінічних закладах були проаналізовані в роботах таких вчених, як: В.А. Єпіфанов [82], А.А. Калінінська [83], В.З. Кучеренко [125], К.В. Лядов [134], О.Н. Щепетова [239].

Проте більшість з вказаних робіт апелюють до традицій організації реабілітаційного процесу, що склалися за часів Радянського союзу, не відповідають сучасним умовам реформування системи охорони здоров'я, що відбувається в Україні, і тому втрачають свою актуальність.

Медична реабілітація хворих та осіб з інвалідністю унаслідок травм і хвороб ОРА є важливою й актуальною проблемою на державному рівні. Реабілітаційний потенціал цього контингенту хворих у багатьох випадках є досить високим, але використовується недостатньо, про що свідчать високі показники інвалідності.

Однак, в сучасній літературі є лише поодинокі роботи, що описують систему організації реабілітації на амбулаторному етапі при патології ОРА в сучасних умовах.

1.3.1. Реабілітація: сучасні принципи та підходи

Вважається, що вперше термін "реабілітація" був офіційно використаний на конгресі, присвяченому питанням власне реабілітації пацієнтів, хворих на туберкульоз у 1946 р. у Вашингтоні [99]. За іншою версією [191, 403], цей термін у медичній літературі з'явився у 1903 р. у книзі Ф. Буса «Система общего попечительства над больными». У сучасній науковій літературі й у нормативно-правових актах різних рівнів трапляються різні трактування терміну «медична реабілітація».

За визначенням Комітету експертів з реабілітації ВООЗ (1963 р.), реабілітація – це процес, «метою якого є запобігання інвалідності під час лікування захворювання і допомога хворому в досягненні максимальної

фізичної, психічної, професійної, соціальної та економічної повноцінності, на яку він буде здатний у межах наявного захворювання» [116].

У 1980 р. Комітет ВООЗ дав уточнене визначення медичної реабілітації – це активний процес, метою якого є досягнення повного відновлення порушених внаслідок захворювання або травми функцій, або, якщо це нереально, – оптимальна реалізація фізичного, психічного і соціального потенціалу інваліда, найбільш адекватна інтеграція його в суспільстві. За визначенням Міжнародної організації праці (МОП), під реабілітацією необхідно розуміти відновлення здоров'я осіб із обмеженими фізичними і психічними можливостями з метою досягнення максимальної їх повноцінності з фізичної, психічної, професійної та соціальної позиції. Отже, основним завданням реабілітації є запобігання інвалідності в період лікування хвороби, попередження ускладнень і погіршення стану здоров'я в гострий період захворювання [31].

Фахівець із реабілітаційної медицини К. Віннер (1973 р.), дає таке визначення реабілітації: "це цілеспрямована діяльність колективу фахівців у медичному, технічному, фізичному, соціальному, економічному та педагогічному аспектах з метою відновлення здоров'я, нормалізації і зміцнення порушених здібностей людини і повернення її до активної участі у суспільно-трудовій діяльності" [129].

Австралійська медична асоціація експертів із реабілітації під терміном "реабілітація" розуміє процес, який забезпечує найвищий можливий рівень відновлення втрачених із тієї чи іншої причини функцій і здібностей, що досягається за допомогою розвитку фізичних компенсаторних механізмів і психологічного врегулювання за допомогою використання медичних, фізкультурних, інженерних, освітніх і професійних служб [31].

Сучасні вітчизняні дослідники подають такі трактування терміну «медична реабілітація»:

– суспільно необхідне функціональне й соціально-трудове відновлення хворих та інвалідів, що здійснюється комплексним проведенням медичних, психологічних, педагогічних, професійних, юридичних, державних, суспільних

й інших заходів, за допомогою яких можна повернути потерпілих до звичайного життя і праці, відповідно до їх стану [116];

– складний багатофакторний процес, який враховує різноманітні, тісно пов'язані і взаємодоповнюючі види, серед яких виділяють медичну, фізичну, психологічну, соціальну, професійну, економічну, педагогічну, спортивну, побутову, технічну, оздоровчу та правову реабілітацію [129];

– сукупність заходів, що допомагають особам, які мають або у яких можуть виникнути обмеження життєдіяльності, досягнути та підтримувати оптимальний рівень функціонування у взаємодії з навколишнім середовищем, соціальну інтеграцію та незалежність [169];

– система державних, соціально-економічних, психологічних, медичних, професійних, педагогічних заходів, спрямованих на відновлення здоров'я людини, її працездатності і соціального статусу, яка базується на біологічних (здатності організму пристосовуватись до певних умов функціонування в результаті компенсаторно-відновлювальних процесів), соціально-економічних (корисності для суспільства праці інвалідів, які мають, як правило, глибокі професійні знання і великий життєвий досвід), психологічних (властивості особистості до відчуття престижу і бажання відчути корисність і цінність своєї праці), морально-етичних (принцип високого гуманізму, притаманний суспільству) та науково-методичних (сучасні досягнення медицини, тісно пов'язані з досягненнями суміжних наук, розвитком техніки, які забезпечують комплексне вирішення і значний прогрес у відновній і замісній терапії) основах [41].

Сучасна система реабілітації базується на соціальній та правозахисній моделі інвалідності, визначеній Конвенцією ООН про права осіб з інвалідністю та МКФ, прийнятій ВООЗ у 2001 році. Україна, приєднавшись до Конвенції, взяла на себе зобов'язання імплементувати її підходи. Водночас МОЗ нашої країни задекларовано запровадження в практику системи охорони здоров'я та реабілітації МКФ [141]. Конвенція про права осіб з інвалідністю визначила інвалідність як поняття, яке еволюціонує та є результатом взаємодії, яка

відбувається між людьми, що мають порушення здоров'я, і соціальними та середовищними бар'єрами і яка заважає їхній повній та ефективній участі в житті суспільства нарівні з іншими [157]. Стаття 26 цього міжнародного договору безпосередньо стосується абілітації й реабілітації: 1. Держави-учасниці вживають, зокрема за підтримки з боку інших осіб з інвалідністю, ефективних і належних заходів, для того щоб надати особам з інвалідністю можливість для досягнення й збереження максимальної незалежності, повних фізичних, розумових, соціальних та професійних здібностей і повного включення й залучення до всіх аспектів життя. Із цією метою держави-учасниці організовують, зміцнюють та розширюють комплексні абілітаційні та реабілітаційні послуги й програми, особливо у сфері охорони здоров'я, зайнятості, освіти й соціального обслуговування таким чином, щоб ці послуги та програми: а) починали реалізуватися якомога раніше й ґрунтувалися на багатопрофільній оцінці потреб і сильних сторін індивіда; б) сприяли залученню та включенню до місцевої спільноти й до всіх аспектів життя суспільства, мали добровільний характер і були доступними для осіб з інвалідністю якомога ближче до місць їхнього безпосереднього проживання, зокрема в сільських районах. 2. Держави-учасниці заохочують розвиток початкового й подальшого навчання спеціалістів і персоналу, які працюють у сфері абілітаційних і реабілітаційних послуг. 3. Держави-учасниці заохочують наявність, знання та використання допоміжних пристроїв і технологій, що стосуються абілітації й реабілітації, та призначені для осіб з інвалідністю [157]. Таким чином, ключовими складовими системи реабілітації повинні бути: багатопрофільна оцінка потреб особи з інвалідністю; спрямування послуг із реабілітації та абілітації на якнайбільшу незалежність та включення особи з інвалідністю до усіх сфер життя суспільства, зокрема і в питаннях допоміжних та інших засобів; добре підготовлений персонал та фахівці сфери реабілітації; абілітаційні та реабілітаційні послуги повинні надаватись якнайраніше для особи, яка їх потребує, та якнайближче до місця проживання, зокрема у сільській місцевості. МКФ, видана ВООЗ у 2001 році, покликана доповнити попередню класифікацію

захворювань. Згідно із класифікацією, система охорони здоров'я та реабілітації, готуючи оцінку, зокрема потреб особи із порушеннями здоров'я керується не лише станом захворювання, але й зовнішніми чинниками, як – то: середовищними перешкодами; соціальним становищем та інше [138]. Таким чином, МКФ покликана поєднати медичне та соціальне визначення інвалідності. Крім того, ВООЗ започаткувала міжнародну програму «Реабілітація на рівні громади», серед напрямів якої: охорона здоров'я, освіта, самозабезпечення, соціальні питання та просування прав та можливостей [175].

1.3.2. Міжнародний досвід організації системи реабілітаційної допомоги

Ідея створення служб реабілітаційної допомоги в світі має досить тривалу історію. При цьому як в нашій країні, так і в зарубіжних країнах еволюція допомоги людям з різними видами порушень проходила одні й ті ж етапи.

У XIX столітті почався розвиток спеціальних інтернатів і притулків для людей з порушеннями, які лікарі визнавали невиліковними. Утримання пацієнтів в таких установах фінансувалося за залишковим принципом, а допомога фактично обмежувалася доглядом за хворими; перший етап надання послуг з реабіліації E. Helander [367] називає «Забудь та приховай» (Forget and Hide). Після закінчення першої світової війни в госпіталях США вперше з'явилися палати для відновного лікування, а в 1922 році була створена перша в світі міжнародна неурядова організація, діяльність якої була спрямована на розробку проблем реабілітації хворих і постраждалих. З 1960 року ця організація носить назву «Міжнародна спілка реабілітації непрацездатних» (International Society for Rehabilitation of the Disabled).

Після другої світової війни, в зв'язку з появою великої кількості осіб з інвалідністю, у багатьох країнах, перш за все в США і Великобританії, стала розвиватися система медичної та соціальної допомоги і виплати державної допомоги. Згодом ця система поширилася і на людей, які страждають на різні захворювання. Вже з початку 60-х років XX століття склалося уявлення, що потреба в реабілітації виникає у людей головним чином з приводу захворювань

[119]. Такий підхід узгоджується з уявленнями про необхідність реабілітації на ранніх стадіях захворювань, коли можна запобігти порушенням функцій організму і зберегти здоров'я пацієнта. Разом з тим, розширення поняття «інвалідность» призвело до того, що в кінці XX ст. 15% жителів США, за даними E. Helander [367], вважали себе людьми з обмеженнями і спеціальними потребами.

У цей період було створено велику кількість реабілітаційних установ різного профілю; однією з перших таких установ був організований в 1946 р реабілітаційний центр при госпіталі Бельвю Нью-Йоркського університету. Велика увага приділялася правильній та своєчасній діагностиці порушень. Організація допомоги базувалася, як і раніше, на біологічній моделі і розвивалася за принципом створення спеціальних установ для людей з різними видами порушень. Такий підхід, названий E. Helander [119] «Обстежуй та розділяй» (Screen and Segregate), на думку Е. Клочкової та ін. [105], характеризує сучасний стан реабілітаційної допомоги в країнах пострадянського простору.

В останні десятиліття отримала розвиток нова модель інвалідності - соціальна, в основу якої покладено концепцію рівних прав і рівних можливостей для всіх членів суспільства і концепцію нормалізації життя людей з функціональними порушеннями [337]. Новий підхід вперше був запропонований в 1980 році, коли ВООЗ опублікувала Міжнародну класифікацію функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я [138]. Соціальна концепція інвалідності була остаточно сформульована в Стандартних правилах зі створення рівних можливостей для осіб з обмеженнями життєдіяльності, які були прийняті на 48-й сесії Генеральної асамблеї ООН в 1993 р

Реабілітація в розвинених країнах здійснюється в стаціонарних і амбулаторних медичних установах і так званих денних клініках [296]. До стаціонарних установ належать реабілітаційні центри та реабілітаційні відділення великих лікарень [309].

У США велика увага приділяється координації всіх служб, які здійснюють відновне лікування, і раціональному розподілу функцій між ними. У 1980-х рр. було сформовано мережу спеціалізованих медичних закладів за схемою: первинна діагностика - спеціалізоване обстеження - інтенсивна терапія-доліковування і реабілітація - реадаптація і соціально-медичний патронаж. Отримали розвиток різного роду амбулаторії, консультативно-діагностичні центри, комплексні центри реабілітації та ін. [229].

Стаціонарне відновне лікування хворих після інфаркту міокарда, гострих порушень мозкового кровообігу (ГПМК) і черепно-мозкових травм здійснюється головним чином в реабілітаційних лікарнях. Їх ліжкова потужність, як правило, невелика - не більше як 100 ліжок; тривалість перебування пацієнта на ліжку становить в середньому 22-25 днів [266]. У багатьох великих багатопрофільних лікарнях є відділення ранньої реабілітації. Крім того, набула поширення практика оренди стаціонарних ліжок у лікарень для відновного лікування.

При організації реабілітаційних підрозділів в США звертається увага на їх окупність. Управління реабілітаційного обслуговування США підкреслює, що на кожну тисячу доларів, витрачену на реабілітацію особи з інвалідністю, може бути повернуто громаді 35 тис. доларів в процесі праці реабілітованої особи з інвалідністю. Але навіть при таких умовах тільки 50% осіб з інвалідністю працездатного віку надається право працювати [359]. У зв'язку з цим активно ведеться діяльність з професійної реабілітації осіб з інвалідністю, контрольована Президентською радою з працевлаштування інвалідів; в рамках цієї діяльності розробляються цільові програми зі співпраці центрів спеціальної підготовки інвалідів з підприємствами, політика з проблем осіб з інвалідністю розробляється особливим урядовим органом - Національною радою з інвалідності, члени якої призначаються президентом. Мета ради полягає в тому, щоб зробити осіб з інвалідністю повноцінними членами суспільства. Медична реабілітація осіб з інвалідністю передбачена в рамках програм «Medicare», «Medicaid», що фінансуються федеральним урядом.

Що стосується хронічних хворих і людей похилого віку, то основною метою їх відновного лікування є підтримання здоров'я і поліпшення здатності до повсякденної діяльності [359]. Як приклад автор наводить об'єднання двох лікарень в Мілуокі в геріатричний центр, який надає допомогу при гострих і хронічних захворюваннях, амбулаторну первинну допомогу на дому, і виконує функції реабілітаційного центру денного перебування. Пацієнти доставляються до цієї установи спеціальним транспортом три рази на тиждень.

Канада є першою країною, що включила до своєї конституції положення про рівність осіб з інвалідністю. В процесі реабілітації осіб з інвалідністю беруть участь особливі фахівці - ерготерапевти і реабілітаційні медсестри, діяльність яких спрямована на визначення індивідуальних потреб осіб з інвалідністю і компенсацію обмежень життєдіяльності. Одним з основних завдань відновного лікування фахівці вважають максимально повну участь осіб з інвалідністю в житті суспільства і виробничому процесі [341-273].

У Великобританії законодавчо закріплено впровадження елементів реабілітації в діяльність усіх лікарень. У великих багатопрофільних лікарнях з’являються спеціальні реабілітаційні палати [367]. Для кожного пацієнта розробляється індивідуальна програма реабілітації. Так, реабілітація хворих, які перенесли ГПМК, здійснюється командою, до складу якої входять лікар-невролог-реабілітолог, середні медичні працівники (медсестри, фізичні терапевти, ерготерапевти), психолог, логопед і соціальні працівники. Крім того, в країні діє мережа спеціалізованих і комплексних центрів реабілітації. Визнана економічна доцільність об'єднання лікарень, будинків по догляду та інших установ, які здійснюють реабілітацію, в великі комплекси. Законодавство про осіб з інвалідністю існує в Великобританії з 1944 року. Інвалідність трактується через поняття рівності та недискримінації. Сполучене королівство взяло на себе зобов’язання вивести систему послуг на такий рівень незалежності осіб з інвалідністю, наскільки це можливо. Національне законодавство передбачає безоплатність послуг з охорони здоров’я: «Послуги надаються у зв’язку із потребою, а не можливістю платити» [319]. Вартість допоміжних засобів, які

коштують менше 1000 фунтів, теж покривається за рахунок місцевого органу влади. Раніше Уряд Англії здійснював проект «Трансформовані послуги та обладнання у громаді», який передбачав надання засобів та найпростіших побутових приладів. За новою моделлю місцеві соціальні або медичні органи виписують ваучер на придбання простого допоміжного засобу, який особа може обміняти. Водночас, особа з інвалідністю може поповнити відповідний ваучер на суму, необхідну для придбання більш складнішого засобу [319]. Національний інститут охорони здоров'я та клінічної майстерності відповідає за формування навчальних посібників, зокрема і реабілітації після перенесеного захворювання [319]. Діє така форма, як реабілітація осіб з інвалідністю на дому, незважаючи на її високу затратність і великі вимоги до персоналу.

Швеція визначає поняття щодо осіб з інвалідністю керуючись МКФ. Однак існують різні контекстуальні визначення інвалідності у національному законодавстві: недискримінаційному, соціальному та сфери будівництва [320]. Законодавство країни передбачає відповідальність основного фахівця сфери здоров'я за надання особі реабілітації, допомоги та допоміжних технологій, що сприятимуть поліпшенню її можливостей. Водночас особа з порушеннями здоров'я бере на себе відповідальність за здійснення абілітаційного / реабілітаційного процесу та за потреби може розраховувати на допомогу інших фахівців медичної чи соціальної сфери [185].

Фінансування допоміжних технологій передбачено Законом про послуги у сфері здоров'я. Надання засобів залежить від особливостей засобу: для використання вдома або зовні, як–то у школі; для щоденного використання або для допомоги чи лікування. За це відповідають керівники медичних закладів через муніципальні ради. Тарифікація відрізняється в залежності від округу. Особа повинна мати можливість вільно обирати потрібний їй засіб. Допоміжні засоби перевіряються та замовляються медичними центрами первинних послуг охорони здоров'я, клініками та спеціалізованими медичними центрами, як-то: слуху, зору, ортопедії, інше. Перевірка та оцінка допоміжних засобів здійснюється за рахунок державних коштів. Шведський інститут допоміжних

технологій залучається до проведення відповідних досліджень щодо розвитку нових технологій та засобів для людей з інвалідністю. Крім того, інститут проводить навчання навичок користування та здійснює міжнародне співробітництво в частині допоміжних технологій [320].

У Німеччині в основі законодавства про осіб з інвалідністю лежить ідея про те, що реабілітація та подальше працевлаштування осіб з інвалідністю є економічно вигіднішими, ніж постійне забезпечення їх пенсіями і посібниками. У країні діє «Кодекс соціального права», основними положеннями якого є: надання всіх видів необхідної допомоги кожній особі з інвалідністю або особі, якій загрожує інвалідність, незалежно від причини; інтеграція осіб з інвалідністю у суспільство; втручання на самій ранній стадії, коли повинні бути вжиті всі заходи для зменшення масштабів наслідків інвалідності; принцип надання індивідуальної допомоги, орієнтованої на потреби конкретної особи з інвалідністю.

Норми законів спрямовані на реабілітацію осіб з інвалідністю із застосуванням механізмів страхування, причому фінансування процесу інтеграції особи з інвалідністю в трудове життя має пріоритет перед пенсійним фінансуванням. Питання медичної, соціальної та професійної реабілітації осіб з інвалідністю вирішуються комплексно, в можливо більш ранні терміни, з послідовним переходом від одних заходів до інших, показаним на більш пізньому етапі. Чітко визначені показання для реабілітації осіб з інвалідністю в певних установах і клініках. В процесі реабілітації виражене прагнення до того, щоб особа з інвалідністю якомога раніше стала самостійною. Законодавчо визначено заходи заохочення професійної реабілітації осіб з інвалідністю [185, 382].

Поряд з реабілітаційними відділеннями лікарень в Німеччині функціонують комплексні центри, в яких здійснюється стаціонарне та амбулаторне відновне лікування [328]. Одним з найбільших є Кельнський реабілітаційний центр, який обслуговує пацієнтів з усієї території країни. В даному закладі здійснюється медична, психологічна та трудова реабілітація

хворих. Розроблено метод поетапного відновного лікування пацієнтів, в рамках якого передбачаються попередня навантажувальна терапія, підвищення працездатності в кваліфікаційному відділенні зі ступінчастим збільшенням навантажень, тренування і тривалі навантаження у відділенні ерготерапії і на завершальному етапі - переведення пацієнта на роботу в клініці або за її межами за розробленими програмами, що передбачають зростання робочих навантажень [382]. Для пацієнтів працездатного віку в країні функціонують центри професійної перепідготовки [335].

У Німеччині існує близько 200 спеціалізованих центрів, що займаються реабілітацією пацієнтів із захворюваннями опорно-рухового апарату, серця і судин, цукровим діабетом та ін., отримала розвиток реабілітація геріатричних хворих [336-407].

У Фінляндії на законодавчому рівні закріплена інтеграція реабілітаційної діяльності в сферу соціального захисту населення, охорони здоров'я, зайнятості, соціального страхування, освіти, а також сформовані механізми їх співпраці і кооперування. Особлива увага приділяється професійній реабілітації осіб з інвалідністю. Фінансування реабілітації здійснюється за рахунок соціального страхування. У період проходження реабілітації особа з інвалідністю отримує спеціальну реабілітаційну допомогу за рахунок коштів соціального страхування.

Питання реабілітації осіб з інвалідністю та надання їм медичної допомоги в Фінляндії знаходяться в компетенції місцевих органів влади, при цьому держава компенсує їм значну частину витрат. Підрозділи реабілітації функціонують, як правило, в складі територіальних центрів охорони здоров'я. Так, в громаді Sippo, крім амбулаторії, стаціонару загального профілю, є відділення на 40 ліжок для проведення відновного лікування престарілим пацієнтам після перенесених інсультів. Особам з інвалідністю компенсуються витрати на придбання пристосувань, необхідних для реабілітації (крісла-колісного, милиць та ін.) і лікування з фондів страхової медицини [76]. Нерідко для розміщення державних замовлень з відновлювального лікування використовуються приватні реабілітаційні центри [185].

Цікавим є досвід організації служби відновного лікування в Польщі. У 1969 р. була розроблена перша в країні програма реабілітації, згідно з якою в усіх воєводствах створені реабілітаційні консультації, в рамках районного та міських об'єднань охорони здоров'я організовані стаціонарні і амбулаторні реабілітаційні відділення. У великих містах працюють воєводські центри реабілітації на базі поліклінічних та стаціонарних реабілітаційних установ. Кожен лікар отримав можливість використовувати методи реабілітації хворим, що потребують цього. На допомогу їм об'єднання охорони здоров'я створили реабілітаційні групи, здатні технічно вирішувати питання реабілітації. Ця модель була визнана в 1970 р ВООЗ гідною наслідування [397]. Інвалідність у Республіці Польща визначається як неможливість виконувати соціальні функції через порушення здоров’я. Для визначення інвалідності враховуються фізичні, психічні та соціальні можливості функціонування організму особи. Оцінку проводить комісія, на рівні повіту, яку сформовано із лікаря та іншого фахівця, яким може бути психолог, соціальний робітник, консультант із супроводу в працевлаштуванні, педагог або інший лікар. У документах стосовно інвалідності зазначаються рекомендації щодо зайнятості, працевлаштування на спеціальних підприємствах для осіб з інвалідністю, професійного навчання, участі у програмах працетерапії, надання протезно-ортопедичних засобів, допоміжних або інших технічних засобів. Важливим компонентом рекомендації є отримання допомоги на місцевому рівні – соціальна допомога, особистий догляд, лікувально-реабілітаційні послуги. Крім того, надаються рекомендації щодо постійного або тривалого догляду чи сторонньої допомоги. Ці рекомендації слугують обґрунтуванням для отримання соціальної допомоги в грошовій та / або натуральній формі, передбаченій для осіб з інвалідністю [162].

У законодавстві Чеської Республіки відсутнє уніфіковане визначення інвалідності та особи з інвалідністю. Ці визначення вживаються залежно від контексту в антидискримінаційному законодавстві щодо рівності прав. Законодавство про працю апелює до визначення ступеня втрати працездатності (перший, другий, третій). Для цілей соціального законодавства інвалідність

означає такі порушення: фізичні, сенсорні, ментальні, мовні, навчальні та поведінкові [318]. Люди з інвалідністю є невід'ємною частиною національної системи страхової медицини, яка в майбутньому має використовувати інструменти, які б зменшували залежність від медичного втручання та посилювали би його ефективність та результативність. Розвиватиметься не лише раннє втручання, подальше медичне обслуговування та інтеграція допомоги в системі медичних та соціальних послуг, але й будуть підтримуватися заходи попередньої реабілітації та терапевтичні заходи для людей з інвалідністю та осіб із хронічними захворюваннями. Передбачається й вторинне втручання через політику дотацій таким особам на подальше навчання. Передбачається, що це дозволить зекономити державні ресурси [318]. Щороку, Міністерство охорони здоров'я Чехії оголошує грантові програми для організацій осіб з інвалідністю та хронічно хворих осіб із тематики навчання користувачів медичної допомоги серед зазначених груп [318].

Чеське законодавство про охорону здоров'я передбачає, що пацієнта мусять інформувати про всі доступні медичні та соціальні послуги, які можуть поліпшити його стан здоров'я, зокрема медичну, соціальну та трудову реабілітацію. Послуги із соціальної та медичної реабілітації, спрямовані на набуття навичок самообслуговування та максимальної незалежності, надаються різними недержавними провайдерами, серед яких організації людей з інвалідністю, медичні інституції. Послуги надаються як в амбулаторних умовах, так і за місцем проживання особи [95]. Складові соціальної реабілітації визначаються Законом «Про соціальні послуги». Ці послуги включають: тренінги із навичок самодопомоги; навчання навичкам незалежності та діям щодо соціальної інклюзії; посередництво в контактах із соціальним середовищем; освітня і заохочувальна діяльність; допомога в реалізації прав. Додатково центри соціальної реабілітації надають послуги із консультування, особистої гігієни, харчування та побутової допомоги. Фінансуються послуги за рахунок субсидій із організацій Міністерства соціальної політики. Для користувачів базова соціальна реабілітація є безкоштовною. Оплачуються лише

видатки, пов’язані із проживанням, харчуванням та допомогою в особистій гігієні [95]. Допоміжні засоби одноразово можна придбати за рахунок муніципалітетів. Видатки на їх придбання перебувають за межами медичної системи допомоги [318].

У Чеській республіці реабілітація хворих та осіб з інвалідністю здійснюється в реабілітаційних центрах та відділеннях лікарень. Однією з найбільших установ є центр комплексної реабілітації в Північній Моравії, в структуру якого входять інститут соціального забезпечення осіб з фізичними вадами і клініка реабілітації [394]. У республіці існують станції відновного лікування при поліклініках і лікарнях, де застосовуються фізіотерапевтичні методи, фізична терапія і ерготерапія.

Держава Ізраїль, визначаючи термін особи з інвалідністю, виходить із стійких довготривалих порушень здоров’я, які перешкоджають участі в суспільному житті. Водночас у спеціальних правових актах можуть використовуватись інші контекстуальні визначення [317]. У страховій медицині країни наявні можливості фінансової підтримки для оплати страхових внесків для осіб з інвалідністю. Щорічне обстеження за відповідними стандартами дозволяє виявляти порушення здоров’я на ранньому етапі [317]. Урядом фінансується широкий спектр послуг стосовно реабілітації та абілітації через Міністерство охорони здоров’я, оборони та інститут страхування. Ці послуги спрямовані на досягнення максимальної незалежності особи. Вживаються заходи щодо інформування про послуги із реабілітації, які здійснює Національний інститут страхування. Реабілітаційний відділ цього інституту здійснює й підготовку та підвищення кваліфікації фахівців реабілітаційних установ. Щорічно проводяться навчальні програми, зокрема з урахуванням відгуків від координаторів реабілітаційної роботи [317]. Міністерство охорони здоров’я відповідальне за сприяння в забезпеченні допоміжних засобів. Витрати на такі засоби (зокрема для осіб із порушеннями руху – візки, моторизовані візки, спеціальне взуття, тростини) покриваються за рахунок внесків особи та державних коштів. Причому, уряд поступово зменшує частку особистого внеску

особи. Певна фінансова підтримка надається й для придбання автомобілів та витрат пов’язаних із їх експлуатацією [317]. Реабілітаційні послуги та допоміжні засоби надаються й через Міністерство оборони для осіб, що набули інвалідність внаслідок бойових дій. Спектр допоміжних засобів є достатньо широким. Такі засоби надаються безкоштовно [317].

В даний час все більшого значення в більшості держав набуває загальна геронтологічна реабілітація, яку автори визначають як комплекс фізіотерапевтичних, санітарно-освітніх заходів, групової психотерапії, власне заходів реабілітації, соціального консультування [159, 374].

Велика увага в зарубіжних країнах приділяється розробці реабілітаційних технологій. Фахівці виділяють наступні напрямки: регульовані системи для посадки і розташування хворого, система комунікації, сенсорні пристрої, індивідуальні засоби пересування. Поряд з перерахованими заходами звертають увагу на роль ерготерапії і психологічної адаптації хворих після складних оперативних втручань [287].

В сучасних умовах у країнах Європейського Союзу система реабілітації передбачає отримання людьми з інвалідністю послуг за місцем проживання в рамках звичайних соціальних служб і служб охорони здоров’я. Медико-соціальна реабілітація людей з інвалідністю здійснюється як у спеціалізованих реабілітаційних клініках, стаціонарних реабілітаційних центрах, так і в амбулаторних умовах, у денних установах та вдома. Передбачено організацію як спеціалізованих (медичних, оздоровчих, професійних), так і комплексних центрів реабілітації (Німеччина, Велика Британія, Данія). До того ж спостерігається тенденція у переорієнтації проведення медико-соціальної реабілітації людей з інвалідністю із стаціонарних форм на амбулаторні, денні установи та реабілітацію вдома, незважаючи на високу витратність реабілітаційних послуг та великі вимоги до персоналу (Ні меччина, Велика Британія, Данія, Ірландія, Франція). Перехід на здійснення медичної реабілітації вдома або в умовах денного відвідування медичних установ передбачає підвищення ефективності реабілітаційних заходів особи [56]. Так, у Данії

поширено денні лікувально-профілактичні заклади для дітей з інвалідністю. Досвід цієї країни показує, що перебування саме у таких установах ефективніше, ніж лікування в амбулаторних умовах. Але в разі тяжких захворювань або травм медична реабілітація здійснюється у клінічних стаціонарних умовах, а потім у оздоровчих центрах особи [56]. Одночасно з проведенням політики деінституалізації реабілітаційної підтримки у країнах ЄС відбувається скорочення ролі урядів та інших державних органів у реабілітаційній діяльності. Основними її учасниками стають здебільшого реабілітаційні організації приватного сектора та люди з інвалідністю. Це сприяє орієнтації реабілітаційного процесу не на наявний асортимент необхідних товарів і послуг, а на потреби кожної конкретної особи [56]. Наприклад, у таких країнах, як Німеччина, Велика Британія, Бельгія, медичні реабілітаційні установи є недержавними та працюють в умовах жорсткої конкуренції. У Франції медична реабілітація проводиться як у спеціалізованих державних, муніципальних або приватних лікарнях, так і вдома. В Ірландії послуги медичної реабілітації та догляду за людьми з інвалідністю надають як державні, так і недержавні заклади на основі державного замовлення. Вільна конкуренція таких закладів сприяє поліпшенню якості медико-соціальної реабілітації [56].

У багатьох країнах світу (включаючи і країни, що розвиваються) центри відновного лікування організовуються за місцем проживання (community based rehabilitation, або реабілітація на рівні громади). Даному напрямку приділяється найсерйозніша увага на міжнародному рівні. Програми реабілітації на рівні громади для підтримки людей з обмеженими можливостями включають в себе п'ять основних напрямків: зміцнення здоров'я, профілактика, медична допомога, реабілітація, допоміжні пристосування для інвалідів. Стратегія ВООЗ, орієнтована на реабілітацію в громаді, здійснюється в 90 країнах [296-342]. Модель community-based rehabilitation (CBR) істотно доповнює функціонуючу систему комплексної реабілітації. До реалізації програм CBR залучаються не тільки працівники охорони здоров'я, а й адміністрація, працівники освітніх

установ, соціального захисту, транспорту та ін., сім'ї хворих і все місцеве населення.

У деяких країнах ЄС роль місцевих громад та добровільних організацій у проведенні реабілітаційних заходів визначено на законодавчому рівні. Так, у Франції з 1986 року на місцевому рівні створюються служби медичної діяльності та центри соціальних акцій, які сприяють незалежності людей з інвалідністю у громаді, координують діяльність реабілітаційних установ незалежно від їхніх форм власності (державні, приватні, муніципальні). У Фінляндії відповідають за організацію забезпечення реабілітації людей із фізичними або ментальними порушеннями здоров'я насамперед комуни (общини). В Ірландії широку участь у проведенні реабілітаційних заходів беруть добровільні організації, зокрема у реалізації програм реабілітації осіб із психосоціальними порушеннями. Тут функціонують центри незалежного життя, в яких навчають самостійності [56]. Для системи медичної реабілітації Англії підготовлено рекомендації «Трансформація послуг на рівні громади – амбіції, дія, досягнення», призначені для лікарів щодо формування типу послуг для якнайбільшої самостійності особи з інвалідністю. Ці рекомендації підкреслюють важливість міждисциплінарних та міжвідомчих груп для надання безпосередніх послуг особі на рівні громади [319].

Фінансове забезпечення медичної реабілітації людей з інвалідністю в країнах ЄС переважно здійснюється коштом медичного та соціального страхування. У Данії всі видатки на реабілітацію людей з інвалідністю бере на себе держава68. У Німеччині та Франції особа має право вибору установ і засобів реабілітації та транспортних засобів, і передбачено можливість їх надання не в натуральній формі, а як цільову грошову допомогу. Її можна витрачати на свій розсуд особи [56]. У країнах ЄС велика увага також приділяється інформаційному забезпеченню системи реабілітації. Так, у Німеччині на замовлення Федерального міністерства праці та соціальних справ створена та експлуатується протягом останніх 10 років інформаційно-довідкова система Rehadat, яка містить 10 банків даних з питань, що стосуються медико-

соціальної реабілітації. Розроблені та постійно оновлюються банки даних щодо спеціалізованих медичних реабілітаційних центрів, технічних засобів реабілітації, підприємств, які застосовують працю людей з інвалідністю, спеціальних майстерень для осіб із глибокими порушеннями здоров’я та щодо спеціального облаштування робочих місць, реабілітаційних фондів, організацій, установ, сервісних служб, наукових розробок та навчальних семінарів у цій сфері. Ця система безкоштовно надає через інтернет необхідну інформацію людям з інвалідністю, лікарям, усім працівникам у сфері медико-соціальної реабілітації [56].

Професійна реабілітація в країнах ЄС спрямована на розвиток і максимізацію професійного потенціалу людей з інвалідністю, незалежно від рівня обмежень та ступеня порушення здоров’я. Наприклад, у Франції різні аспекти питання професійної реабілітації людей з інвалідністю відображено в семи законах, які регламентують комплексність медико-соціальної реабілітації, включення до її складу якісної підготовки та перенавчання з урахуванням фізіологічних можливостей організму, організацію працевлаштування особи [56].

Таким чином, основними установами відновного лікування за кордоном є спеціалізовані багатопрофільні і комплексні реабілітаційні центри для амбулаторних і стаціонарних хворих, що організовуються в лікарнях і амбулаторних закладах за місцем проживання, в денних клініках, центрах охорони здоров'я, денних профілакторіях та ін.

Створено реабілітаційні консультації, станції відновного лікування, реабілітаційні групи, проводиться реабілітація на дому, на рівні громад. До участі в реабілітації, особливо на рівні громади, залучається місцеве населення. На цьому рівні реабілітаційні заходи часто виходять за межі діяльності закладів охорони здоров'я. Ставиться завдання раннього початку реабілітації, максимально повного відновлення працездатності пацієнтів, інтеграції осіб з інвалідністю в соціальне і трудове життя. Відзначається висока окупність реабілітаційних заходів.

Характерною особливістю міжнародної практики надання реабілітаційних послуг є функціонування системи охорони здоров'я та соціальної підтримки. У більшості окреслених країн, реабілітаційні послуги включені у систему медичного страхування із відповідними формами відшкодування. Отримання ж послуг поступово зосереджується ближче до місць проживання осіб з порушеннями здоров'я. Щодо допоміжних засобів, то їх забезпечення теж відрізняється: від часткового відшкодування вартості до забезпечення за рахунок держави або місцевих органів.

Перераховані вище форми і методи організації реабілітації мають практичну цінність і можуть бути використані при розробці системи медичної реабілітації хворих та осіб з інвалідністю в Україні.

1.4. Умови надання реабілітаційної допомоги населенню України на сучасному етапі

У 2015 році були опубліковані основні висновки з оцінювання системи реабілітації в Україні, ініційованого бюро ВООЗ в Україні та проведені дорадчою групою з питань реабілітації, із Міжнародної спілки фізичної та реабілітаційної медицини (ISPRM), в результаті чого було визначені нагальні проблеми системи реабілітації в Україні та запропоновано основні дії та проекти для покращення здоров'я, функціонування та якості життя для всіх осіб з обмеженнями життєдіяльності в Україні [158].

В цілому результати оцінки показали невідповідність реабілітаційної системи України міжнародним стандартам. Більше того, на думку Мойси Б. [142], правове забезпечення не відповідає міжнародним зобов'язанням, які взяла на себе Україна [112].

Потреба отримання реабілітаційних послуг стосується значної кількості населення України. Йдеться, по-перше, про осіб з інвалідністю, кількість яких у загальній структурі населення суттєво зросла [165]. Високий показник інвалідності зумовлюється цілим комплексом причин: недосконалістю чинної системи охорони здоров'я, недостатньою безпекою та охороною праці,

травматизмом на дорогах, погіршенням якості харчування та питної води, старінням населення, наявністю різноманітних катаклізмів екологічних, природних, воєнних, зокрема проведенням Антитерористичної операції (далі – АТО) та ін.[24]. Поза системою реабілітації, декларованою для осіб з інвалідністю, опинились особи із порушеннями здоров'я, яким не формалізовано статус інваліда однієї із груп. В Україні практично відсутня міжвідомча координація сфер охорони здоров'я, освіти та соціального захисту в питаннях реабілітації людей з інвалідністю, а створена система реабілітації не задовольняє потреби осіб з інвалідністю в отриманні послуг, особливо в сільській місцевості. Чинній реабілітаційній галузі бракує комплексної системи оцінки потреб, міждисциплінарної роботи у наданні послуг та безпосередньої їх спрямованості на клієнта [24]. Неналежним залишається й рівень забезпечення осіб із інвалідністю допоміжними засобами та засобами медичного призначення. За окремими категоріями осіб з інвалідністю перелік таких засобів потребує перегляду. Особи із порушеннями здоров'я, які потребують відповідних засобів, але яким формально не встановлено групи інвалідності не зможуть розраховувати на державну підтримку для їх придбання.

Систему реабілітації в Україні складають Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні», Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», значна кількість нормативно-правових актів Кабінету Міністрів України (КМУ), відомчі документи, зокрема Мінсоцполітики та Міністерства охорони здоров'я України (МОЗ) [91, 89]. Правові документи, що регламентують питання реабілітації, готувалися в різний час, а отже, мають часто різну термінологію та передбачають неоднакові підходи до забезпечення реабілітаційними послугами.

У 2017 році було створено проект закону України «Про систему реабілітації в Україні», що мав набути чинності 1 січня 2019 року та регулювати структуру, принципи організації та функціонування системи реабілітації в Україні [169].

Реалізація даного закону в Україні буде означати розвиток системи реаблітації у відповідності до сучасних міжнародних норм, але для забезпечення реалізації даного закону ще є необхідними ряд кроків, зокрема приведення законів України у відповідність із цим Законом; забезпечення прийняття нормативно-правових актів, спрямованих на реалізацію цього Закону; фінансове забезпечення відповідних видатків; впровадження державної програми розвитку системи реабілітації осіб з інвалідністю та порядку розміщення державного замовлення на надання реабілітаційних послуг особам з інвалідністю, дітям з інвалідністю.

В цілому, можна відзначити наступні позитивні зміни в системі надання реабілітаційної допомоги в Україні за останні роки [136]:

- у МОЗ України створено окремий відділ медичної реабілітації та паліативної медицини.
- у липні 2015 р. громадські організації «Українське товариство фізичної та реабілітаційної медицини», «Всеукраїнське товариство нейрореабілітації», «Українська асоціація фізичної терапії» підписали меморандум про співпрацю, що дає потужний поштовх у формуванні командного підходу та системного залучення міжнародних освітніх та науково-практичних ресурсів.
- 10 серпня 2016 року Міністерство економічного розвитку та торгівлі України Наказом №1328 внесло зміни №5 у Національний класифікатор України ДК 003:2010, зокрема під кодом 2229.2 «інші професіонали в галузі медицини (крім сестринської справи та акушерства)» внесено професійні назви «фізичний терапевт» та «ерготерапевт».
- Створення проекту закону України «Про систему реабілітації в Україні».
- Затверджено і введено в дію наказом Міністерства освіти і науки України від 19.12.2018р. № 1419 Стандарт вищої освіти України: перший (бакалаврський) рівень, галузь знань 22 «Охорона здоров'я», спеціальність 227 «Фізична терапія, ерготерапія», що буде сприяти підготовці кваліфікованих кадрів в галузі реабілітації.

Водночас, існують певні фактори, що можуть трактуватися як негативні для розвитку системи реабілітації в Україні а саме: висока вартість якісних реабілітаційних послуг; низький рівень заробітної плати фахівців соціальної сфери, що інколи призводить до нестачі кваліфікованих кадрів, дефіциту відповідальності та низької якості послуг; відсутність структурних підрозділів відновного лікування на всіх етапах реабілітації в усіх регіонах України, що передбачає важливу умову правильної організації системи реабілітації: доступність цієї галузі всім верствам населення. Створення нових структурних реабілітаційних підрозділів стаціонарного й амбулаторного типу тягне за собою низку питань, по-перше, економічного характеру; застаріла матеріально-технічна база; штатні розклади комунальних установ охорони здоров'я не можуть забезпечити потрібний склад міждисциплінарної бригади та потребують кардинальних трансформацій; брак соціального підґрунтя медичної реабілітації, власне медико-соціальна реабілітація хворих та постраждалих, а в подальшому — осіб з інвалідністю. Ця умова потребує співпраці різних відомств, міністерств із медичного забезпечення та соціального захисту громадян [136].

Значною проблемою функціонування системи реабілітації є розпорошеність останньої між кількома Міністерствами, що через відсутність координації призводить до відсутності цілісності реабілітаційного процесу [158] Мінсоцполітики, реалізуючи повноваження щодо соціального захисту осіб з інвалідністю, координує діяльність пов'язану із отриманням окремих реабілітаційних послуг, забезпеченням технічними та іншими засобами реабілітації. Крім того, це міністерство через затвердження типових нормативних документів координує діяльність стаціонарних закладів соціального захисту (інтернатні заклади), які окрім догляду повинні надавати й реабілітаційні послуги. МОЗ реалізує політику у сфері медичної реабілітації, і зокрема в сфері забезпечення засобами медичного призначення [168] Міністерство освіти і науки України (МОН) затверджує навчальні програми із підготовки фахівців у сфері реабілітації [158]. До повноважень Міністерства оборони, зокрема, належить: «здійснення заходів, спрямованих на реалізацію

соціально-економічних і правових гарантій військовослужбовцям, членам їх сімей та працівникам Збройних Сил, особам, звільненим у запас або відставку, а також членам сімей військовослужбовців, які загинули (померли), пропали безвісти, стали інвалідами під час проходження військової служби або потрапили в полон у ході бойових дій (війни) чи під час участі в міжнародних операціях з підтримання миру і безпеки» [168]. Крім того, Міністерство «організовує медичне забезпечення Збройних Сил у мирний час та особливий період, розробляє і здійснює комплекс профілактичних, лікувальних, санаторно-курортних та реабілітаційних заходів, спрямованих на збереження і здоров'я військовослужбовців Збройних Сил та організовує санаторно-курортне лікування військовослужбовців та ветеранів військової служби, членів їх сімей, ветеранів війни, працівників Збройних Сил та інших категорій громадян, яким надано право на користування закладами охорони здоров'я Міноборони». Практично Міноборони забезпечує формальне підтвердження статусу ветерана та підтверджує факт отримання ним інвалідності внаслідок участі у бойових діях. У відомчих закладах охорони здоров'я (госпіталі) надаються реабілітаційні заходи військовослужбовцям, зокрема ветеранам. Крім того, через відповідні заклади надається й санаторно-курортне лікування» [168]. За інформацією оціночної місії ВООЗ, недостатня координація між окремими міністерствами, що реалізують політику у сфері реабілітації та відповідно між різними реабілітаційними послугами призводить до недостатньої результативності, зокрема у забезпеченні допоміжними засобами [158].

1.5. Проблема створення та функціонування сучасних реабілітаційних центрів в Україні

Потреба отримання реабілітаційних послуг, що стосується значної кількості населення України, свідчить про необхідність створення та розвитку нових реабілітаційних закладів.

Аналіз діяльності закладів охорони здоров'я показав, що не зважаючи на скорочення мережі лікарняних закладів системи МОЗ України у 2016 році,

водночас спостерігалось зростання закладів надання амбулаторно-поліклінічної допомоги. Водночас, аналізуючи показник повної реабілітації осіб з інвалідністю, слід відзначити, що протягом останнього десятиліття намітилась стійка негативна тенденція до його зниження: у 2007 р. він складав 3,2, у 2008-2009 рр. – 3,1, у 2010 р. – 2,7, у 20142015 рр. – 2,3, у 2016 р. – 2,22; у 2017 р. він знизився ще на 0,15, склавши 2,07 на 100 переоглянутих [230].

Тож, не дивлячись на те, що наразі створена розгалужена мережа реабілітаційних установ різних форм власності та відомчої належності, які надають послуги людям з інвалідністю, проте це не дає змоги повною мірою забезпечити їх належними реабілітаційними послугами. Станом на 01.01.2017 у сфері управління Мінсоцполітики та органів соціального захисту населення налічувалось 152 реабілітаційні установи для осіб з інвалідністю та дітей з інвалідністю, у тому числі 8 з них безпосередньо підпорядковані Міністерству (державна власність). За минулий рік у таких установах проходили реабілітацію понад 19,0 тис. осіб з інвалідністю та дітей з інвалідністю, зокрема у державних реабілітаційних установах – 3,8 тис. осіб з інвалідністю та дітей з інвалідністю [140].

Проте, цифри, що наводяться в офіційних звітах, не відображають реальної потреби у реабілітаційних послугах, а також не відстежується якість та ефективність таких послуг. Як правило, послуги оцінюються за такими критеріями, як «кількість одержувачів послуг», «кількість наданих послуг», «обсяг фінансування» тощо. Не згадується про якість послуг, орієнтування послуг на індивідуальні потреби людей з інвалідністю та рівень задоволення цих потреб [63]. Медична реабілітація й далі залишається успадкованою від часів СРСР із великими центрами, які більше підходять для санаторно-курортного лікування. На цьому, зокрема, наголошувала й оціночна місія ВООЗ, кажучи, що: «Існують кілька реабілітаційних послуг, проте немає систематичного плану реабілітаційних послуг в закладах надання допомоги на гострому, підгострому та довготривалому етапах. Переважно реабілітаційні заклади працюють так, як це було запроваджено в Радянському Союзі, проте

було створено декілька сучасних реабілітаційних закладів. Проте вони є новими поодинокими зразками і не представляють всю систему охорони здоров'я в цілому. Це призводить до значної нестачі реабілітаційних послуг, а також до зайняття ліжко-місць та неефективного використання ресурсів у лікарнях (для лікування гострих станів) [158].

Таким чином, розвиток діяльності реабілітаційних установ є однією з нагальних проблем сучасної системи реабілітації в Україні.

Проблеми організації діяльності реабілітаційних закладів було присвячено чимало робіт як вітчизняних, так і закордонних авторів, що вивчали здебільшого питання організації надання реаблітаційної допомоги на різних етапах лікування [63], діяльності фізіотерапевтичних кабінетів і відділень в центрах медичної реабілітації та санаторно-курортних закладах [164], деякі аспекти організації діяльності закладів соціальної реабілітації в системі освіти України [88], проблеми, пов'язані з медичною реабілітацією та соціальною адаптацією дітей з особливими потребами у спеціалізованих реабілітаційних центрах [38], роботи центрів професійної реабілітації неповносправних [з], організації та роботи центрів комплексної реабілітації хворих, неповносправних та поранених в бойових діях [32].

У проекті Закону про систему реабілітації в Україні (2017) надається наступне визначення: реабілітаційний заклад – юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, що здійснює реабілітацію осіб з обмеженнями життєдіяльності;

До реабілітаційних закладів належать:

1) реабілітаційні лікарні, лікувально-реабілітаційні центри для дітей та дорослих системи охорони здоров'я, які надають реабілітаційну допомогу в підгострому та довготривалому реабілітаційних періодах, незалежно від форми власності;

2) центри раннього втручання, незалежно від форми власності та підпорядкування;

3) амбулаторні реабілітаційні заклади, які надають реабілітаційну допомогу в підгострому та довготривалому реабілітаційних періодах для дітей та дорослих системи охорони здоров'я, незалежно від форми власності,

4) центри психологічної реабілітації;

5) центри реабілітації залежних, незалежно від форми власності;

6) заклади системи медико-соціальної експертизи, що забезпечують організацію довготривалої реабілітаційної допомоги особам зі стійким обмеженням життєдіяльності;

7) дошкільні навчальні заклади: будинки дитини, дошкільні навчальні заклади (ясла-садки) компенсуючого типу, дошкільні навчальні заклади (ясла-садки) комбінованого типу, дошкільні навчальні заклади (центри розвитку дитини);

8) загальноосвітні навчальні заклади для осіб, які потребують соціальної реабілітації: спеціальні школи (школи-інтернати) I-III ступенів, санаторні школи (школи-інтернати) I-III ступенів, школи соціальної реабілітації, навчально-реабілітаційні центри;

9) протезно-ортопедичні підприємства незалежно від підпорядкування і форми власності;

10) установи соціального обслуговування осіб з обмеженнями життєдіяльності (дітей з обмеженнями життєдіяльності) незалежно від відомчого підпорядкування, типу і форми власності;

11) навчальні та науково-дослідні заклади, незалежно від підпорядкування, які беруть участь у здійсненні державної політики у сфері реабілітації та підготовці кадрів для системи реабілітації;

12) заклади рекреаційної спортивної реабілітації;

13) заклади культури та інші заклади, у тому числі засновані громадськими об'єднаннями осіб з обмеженнями життєдіяльності, осіб з інвалідністю та фахівців реабілітації.

Реабілітаційні заклади підлягають ліцензуванню та акредитації в порядку, визначеному Кабінетом Міністрів України.

Оскільки реабілітаційні установи державної та комунальної форм власності на сьогодні не здатні задовільнити потреби населення в реабілітаційних послугах, все більшої актуальності набуває створення та розвиток реабілітаційних закладів приватної форми власності [169].

В Україні підприємницька діяльність із надання реабілітаційних послуг реалізовується відповідно до Законів України «Про підприємництво», «Основи законодавства України про охорону здоров'я», Господарського кодексу України [90, 65].

Відповідно до загальних принципів підприємництва [65, 22], при організації роботи реабілітаційного центру відбувається: вільний вибір видів діяльності та самостійне формування її програми – спеціалізація на профілі пацієнтів (травматологія, неврологія, кардіологія та ін.), на етапі відновлення, створення алгоритму технологій чи програм реабілітації і їх змісту, підбір засобів реабілітації; залучення на добровільних засадах до реалізації підприємницької діяльності майна та коштів юридичних осіб і громадян; самостійний вибір постачальників обладнання, витратних матеріалів, а також вибір споживачів – пацієнтів; установлення цін відповідно до законодавства; вільний найм працівників, котрі спеціалізуються на наданні реабілітаційних послуг; залучення й використання матеріально-технічних, фінансових, трудових, природних та інших видів ресурсів, використання яких не заборонено або не обмежено законодавством [22].

Підприємницька ідея щодо створення реабілітаційного центру має враховувати низку факторів, зокрема особливості організації реабілітаційного процесу в державі загалом, у певному регіоні та серед цільової групи пацієнтів (майбутніх клієнтів), рівень попиту та наявні пропозиції на ринку, можливості покращення ефективності і якості надання реабілітаційних послуг, що, зі свого боку, збільшує задоволеність пацієнтів та якість їхнього життя, конкурентоспроможність реабілітаційного центру на ринку [22-75].

Багато науковців зазначають, що створення реабілітаційних установ, їх змістовне, організаційне, методичне, матеріальне та кадрове наповнення

здійснюється за різними відомчими концептуальними підходами, які іноді суперечать один одному. Повноцінний розвиток сучасної системи корекційно-реабілітаційних служб гальмується недооцінкою ролі реабілітаційної теорії. У літературних джерелах та періодичних публікаціях в основному міститься недостатньо структурована практична інформація у режимі «обміну досвідом» без фундаментального наукового осмислення та методологічного узагальнення. Це призвело до суперечності між наявною реабілітаційною практикою і теорією [63, 183]. Більшість з функціонуючих в Україні установ навіть не пристосовані для прийому маломобільних груп населення і не має потрібної спеціалізації [166, 167]. Все вище викладене свідчить про необхідність наукового обґрунтування організаційних засад діяльності реабілітаційних центрів, що сприятиме підвищенню ефективності надання реабілітаційних послуг населенню.

Висновки до розділу 1

В сучасних умовах цілий ряд причин обумовлює підвищення ролі організації реабілітаційної допомоги населенню. Так, в останні роки спостерігають чітку тенденцію до зростання загальної та первинної захворюваності населення. Спостерігається стійке зростання важких хронічних захворювань, тривале лікування яких передбачає етап відновного лікування. Стрімкий розвиток високотехнологічних методів лікування, необхідність оптимізації використання ліжкового фонду стаціонарів, недоступність дорогої санаторно-курортної допомоги для значної частини пацієнтів, необхідність складання індивідуальних програм реабілітації також підвищують роль реабілітації в сучасних умовах.

Реабілітація осіб із хронічними захворюваннями ОРА залишається актуальною проблемою. Саме за допомогою проведення комплексних заходів медичної, професійної, соціальної реабілітації, з використанням сучасних методів можливо як попередити інвалідність, так і зменшити її тяжкість.

Зважаючи на хронічний перебіг більшості основних захворювань ОРА та високого рівня інвалідизації хворих, розвиток системи надання реабілітаційної допомоги на амбулаторному етапі є обов'язковою передумовою підвищення ефективності реабілітаційного процесу даного контингенту хворих, до того ж амбулаторна реабілітація може мати більшу економічну ефективність.

В умовах реформування системи охорони здоров'я державою фактично не здійснюється моніторинг результативності отриманих реабілітаційних послуг та ефективності діяльності існуючих реабілітаційних установ, проте медико-статистичні показники первинної інвалідності та показників реабілітації осіб з інвалідністю свідчать про низьку ефективність зазначених закладів.

У літературі досить широко розглядаються питання організаційно-методичних основ фізичної терапії та фізичної реабілітації при різноманітних захворюваннях і травмах. Запропоновано варіанти комбінування засобів та методів у програмах реабілітації, проте проблеми й особливості організації реабілітаційних, реабілітаційно-оздоровчих центрів у сучасних ринкових умовах, формування їх структури та взаємодії структурних елементів залишаються поза увагою.

Матеріали розділу представлені у роботах: [12, 146, 153, 204, 205, 218, 220, 289]

РОЗДІЛ 2
МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Методи дослідження

З метою повного вирішення поставлених завдань було обрано наступні методи дослідження:

- теоретичні методи дослідження (аналіз і систематизація спеціальної, психолого-педагогічної та науково-методичної літератури, нормативних і програмно-методичних документів й інформаційних ресурсів мережі Інтернет; компаративний та історичний аналіз; абстрагування; прогнозування; логіко-теоретичний аналіз; системний підхід).
- емпіричні методи дослідження (контент-аналіз медичних карт та документації; Міжнародна класифікація функціонування (МКФ); методика встановлення типів ставлення до хвороби ТОБОЛ; методи дослідження загальної якості життя (опитувальники Health Status Survey SF-36 та EQ-5D-5L);

Опитувальник щодо обмежень у трудовій діяльності (Work Limitations Questionnaire, WLQ); Опитувальник оцінки терапевтичного альянсу; Опитувальник задоволеності пацієнта фізичною терапією).

- методи математичної статистики.

2.1.1. Загально-наукові методи дослідження

У процесі дослідження використані положення теорії функціональних систем П. К. Анохіна, А. К. Гайтона; теорії взаємодії в ієрархічних системах М. О. Бернштейна; теорії й методики фізичного виховання Т. Ю. Круцевич, Л. П. Матвеєва; підходи до формування здоров'язберігаючих технологій для різних верств населення В. О. Кашуби, О. В. Андрєєвої; ключових принципів та підходів Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ); теорії якості життя, пов'язаної зі здоров'ям С. Ордвей, Ф. Осборн, Ф. Конверс, У. Роджерс, D. F. Karnovsky; теорії ієрархії потреб

А. Маслоу, мотивації за теорією Д. Мак-Грегора, Ф. Герцберга, потреби участі, влади за Д. Мак Клелланд.

Підґрунтя структури дослідження становлять об’єкт, проблемні умови й проблемні цілі, мета діяльності реабілітаційного закладу, його політика, спрямована на підвищення якості послуг, соціально-психологічні і емоційні потреби працівника та пацієнта, міжособистісна взаємодія у процесі роботи й управління фізичною терапією осіб з ураженнями опорно-рухового апарату на амбулаторному етапі. Для розуміння складності проблеми щодо функціонування системи фізичної терапії було використано принцип системності, а основні проблеми розглядалися в розвитку, взаємозв'язку і взаємозумовленості, вчення про комплексний вплив на людину єдиної системи реабілітації, яка забезпечує розширене відтворення психофізичного стану, якості повсякденного та соціального життя. Для визначення особливостей управління процесом фізичної терапії на різних ланках системи застосовували біопсихосоціальну модель, орієнтовану на розкриття цілісності об’єкта й виявлення різноманітних типів зав’язків між функціональними, соціальними та психологічними особливостями пацієнта з метою укладання їх в одну схему управління.

В основі реалізованого нами методологічного підходу лежить уявлення, згідно з яким фізична терапія не існує і не розвивається самостійно, а знаходиться в тісному взаємозв'язку зі станом і тенденціями розвитку системи освіти, політики, економіки, науки і культури, охорони здоров'я, соціальної політики і ін. Тільки з урахуванням цих взаємозв'язків і при розгляді реабілітації, як однієї з багатьох складових частин життя суспільства, можна здійснити природний і всебічний аналіз стану справ в цій галузі, сформулювати проблеми, мету, завдання і шляхи подальшого вдосконалення.

При системному аналізі було встановлено, що менеджмент персоналу, котрий надає послуги фізичної терапії, посідає важливе місце у підвищенні якості послуг та, відповідно, поліпшенні динаміки стану пацієнта.

Для розробки засад використання мотиваційного потенціалу фізичного терапевта як управлінської ланки застосовано ключові положення теорій мотивації та трактування видів потреб і мотивів. Розроблена система фізичної терапії у ланці «фізичний терапевт – пацієнт» враховувала типологічні характеристики фізичних терапевтів, як працівників, та пацієнта, як споживача послуг фізичної терапії. Зокрема, ключовими аспектами у комунікації та у впливі на відносини «фізичний терапевт – пацієнт» було: дотримання етичних норм, урахування ставлення пацієнтів до хвороби і психотип їх особистості, особливості сприйняття інформації та комунікативна компетентність фахівців у забезпеченні взаємодії з пацієнтом.

Саме ця вихідна позиція, яка спирається на методологію системних досліджень, визначила підхід до формування наукової проблеми, розробці гіпотез, вибору засобів і методів дослідження, відбору та інтерпретації фактів, виявлення закономірностей, формулювання висновків і практичних рекомендацій.

Вибір методів дослідження визначався необхідністю системного вивчення різних аспектів предмета дослідження, отримання достовірних даних, коректної математичної обробкою матеріалів дослідження.

Аналіз і систематизація спеціальної, психолого-педагогічної та науково-методичної літератури, нормативних і програмно-методичних документів й інформаційних ресурсів мережі Інтернет дозволив у повному обсязі визначити сутність й структуру фізичної терапії, оцінити актуальність і значимість проблеми покращення системи надання послуг фізичної терапії особам з ортопедичними порушеннями на амбулаторному етапі, обґрунтувати тему, завдання та вибір методів дослідження. Компаративний метод використали з метою зіставлення та аналізу зарубіжного й вітчизняного досвіду з досліджуваної проблеми. Абстрагування, логіко-теоретичний аналіз, історичний аналіз, контент-аналіз теоретичних і методичних робіт (монографій, навчальних посібників, методичних матеріалів), системний підхід, прогнозування застосували для визначення основних положень системи фізичної терапії на амбулаторному етапі.

Було вивчено сучасні вітчизняні та зарубіжні літературні джерела, котрі присвячені фізичній терапії осіб з ураженнями опорно-рухового апарату , особливостей організації систем та реалізації програм фізичної терапії, принципів застосування засобів фізичної терапії при м’язові-скелетних порушеннях. Результати вивчення спеціальних науково-методичних та документальних матеріалів дозволили отримати уявлення про стан досліджуваного питання, узагальнити експериментальні дані, що стосуються фізичної терапії осіб з ураженнями опорно-рухового апарату , визначити мету та задачі дослідження, дібрати адекватні методи дослідження. У процесі роботи над дисертаційним дослідженням було проведено аналіз 417 джерел наукової та спеціальної літератури, з них 171 англомовних.

Критичний аналіз дозволив вивчити сильні та слабкі сторони, а теоретичне прогнозування ймовірність змін явищ, що вивчалися. Це дало можливість виявити перспективи подальшого розвитку системи фізичної терапії осіб з ураженнями опорно-рухового апарату на амбулаторному етапі, що регламентують застосування засобів фізичної терапії з урахуванням проявів порушення, типу ставлення до хвороби і індивідуального процесу відновлення пацієнта.

Реалізація поставлених завдань передбачає розробку науково-теоретичних положень, які розкривають сутність і зміст реабілітаційної та управлінської діяльності осіб з ураженнями опорно-рухового апарату згідно з положеннями біопсихосоціальної моделі та Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров’я. Науково-методичне обґрунтування та організація дослідження здійснювалися на загальнонаукових та методологічних принципах: системності - вивчення об'єкта, як системи, розкриття його цілісності і створення інтегральної теоретичної моделі; детермінізму - об'єктивної взаємозв'язку і взаємозумовленості явищ природи і суспільства, які вивчаються; єдності теоретичного та емпіричного матеріалу, що характеризують цілісність наукових досліджень і практичного впровадження.

2.1.2. Контент-аналіз медичних карт та документації

Контент-аналіз медичних карт та документації був застосований з метою отримання даних щодо віку, статі, підтвердження діагнозу та віднесення пацієнта до групи за локалізацією порушення, встановлення наявності інших захворювань.

2.1.3. Міжнародна класифікація функціонування

Міжнародна класифікація функціонування [378] використовувалася з метою кодування наявних проявів захворювань опорно-рухового апарату у відповідних доменах, зокрема «структура» та «функція» та наступного групування пацієнтів.

2.1.4. Методика встановлення типів ставлення до хвороби

Методика встановлення типів ставлення до хвороби (ТОБОЛ) використовувалася для групування пацієнтів відповідно до наявності чи відсутності порушень психічної і соціальної адаптації, особливостей спрямованості реагування на хворобу [240, 98, 226].

2.1.5. Опитувальник Health Status Survey SF-36

Оцінка якості життя проводилася з використанням міжнародного стандартизованого опитувальника SF-36.

До опитувальника SF-36 входить 36 питань, котрі розподілені на 8 шкал. Способи і час заповнення: анкета заповнюється пацієнтами самостійно чи за допомогою інтерв'ю, також можливо використання онлайн версії [2]. При аналізі результатів розглядаються шкали [222, 402, 381]:

- 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 (33; General Health - GH);

Окрім того, виділяють два сумарних показника:

- ❖ Фізичний статус (ФС);
- ❖ Психічний статус (ПС).

Ці два показника також мають визначений алгоритм розрахунку (при підрахунку значень використовуються Z-оцінки, що відповідають нормам, отриманим для генеральної сукупності США) [402, 381].

У літературних джерелах також наявні інші варіації перекладу назв розглянутих шкал. Проте, оскільки існує робота щодо адаптації опитувальника [222], був використаний варіант перекладу з адаптованого опитувальника.

Результат кожного показника виражають у балах від 0 до 100 після процедури перекодування відповідно до керівництва [402, 381]. Краща якість життя відповідає вищому балу.

2.1.6. Опитувальник EQ-5D-5L

Опитувальник складається з 2-х частин. Перша частина являє 5 розділів, які дають можливість окреслити проблеми, пов'язані з можливістю переміщення індивідуума в просторі; догляду за собою, виконання звичної повсякденної діяльності, оцінити можливості пацієнта у виконанні роботи, в тому числі по дому, навчанні, в його участі в справах сім'ї, проведенні дозвілля; навчання; визначити наявність болю або дискомфорту, а також окремих психологічних проблем на індивідуальному рівні [5, 11].

До п’яти розділів входить: 1. Мобільність; 2. Догляд за собою; 3. Звична повсякдення діяльність; 4. Біль / дискомфорт; 5. Тривога / депресія.

У початковій версії опитувальника кожен розділ дозволяє оцінити вираженість оцінюваної проблеми в балах: «1 бал» - немає порушень, «2 бали» -

є помірні, «3 бали» - виражені порушення. Нова версія EQ-5D-5L відрізняється від попередньої можливістю оцінки кожного розділу за 5-бальною шкалою: від відсутності проблеми (1 бал) до крайньої її виразності (5 балів) [11]. Вираженість порушень являє індивідуальний EQ-5D -5L профіль ЯЖ (наприклад 22231).

Друга частина опитувальника є ВАШ-«термометр здоров'я» (візуально-аналогова шкала). Це 20-сантиметрова вертикальна градуйована лінійка, на якій «0» означає найгірший, а «100» - самий гарний стан здоров'я [5, 11].

Результати пацієнта рекомендують представляти у вигляді профілю, що описує стан здоров'я по п’яти шкалам, індексу здоров'я - зваженого коефіцієнта, співставленого з населенням, і кількісного значення загального стану здоров'я, оціненого за ВАШ - «термометром» [11].

Результати групи рекомендують представляти також у вигляді таблиці з частотою або часткою повідомлених проблем для кожного рівня для кожного виміру, окрім того можливе порівняння груп за віком та ступенями захворювання [379].

Опитувальник заповнюється респондентами або пацієнтами самостійно за 2-3 хвилини, що зазвичай не викликає труднощів. Оцінка стану здоров'я та ЯЖ проводиться на момент обстеження [11].

2.1.7. Опитувальник щодо обмежень у трудовій діяльності

Опитувальник щодо обмежень у трудовій діяльності (Work Limitations Questionnaire, WLQ) являє собою просту у використанні анкету, що вимірює ступінь до якої працюючі особи відчувають обмеження на роботі через їх проблеми зі здоров'ям і пов'язані зі здоров'ям втрати продуктивності [350, 347].

WLQ має 25 пунктів, які передбачають оцінку респондентом рівню складності або здатності виконувати певні вимоги до роботи [348, 350]. Вимоги до роботи, які містяться в елементах WLQ, мають чотири особливості:

1) вони зустрічаються серед різних робочих місць;

2) багато різних фізичних і емоційних проблем зі здоров'ям можуть перешкоджати їх діяльності;

3) вони вважаються важливими для роботи з точки зору працівника;

4) проблеми, що їх виконують, часто пов'язані з продуктивністю [348, 347].

Питання WLQ об'єднані у чотири шкали [350, 347]:

- «управління часом»;
- «фізичні вимоги»;
- «розумові та міжособистісні вимоги»;
- «вимоги до виробництва».

Шкала «управління часом» містить п'ять пунктів, що стосуються складності управління часом та вимог до планування. Шкала «фізичні вимоги» (6 пунктів) охоплює здатність людини виконувати завдання, пов'язані з фізичною силою, рухом, витривалістю, координацією та гнучкістю. Шкала «розумові та міжособистісні вимоги» має дев'ять пунктів, які стосуються когнітивних завдань роботи та соціальної взаємодії на робочому місці. Четверта шкала «вимоги до виробництва», яка містить п'ять пунктів, що стосуються зменшення кількості роботи та якості [348, 349, 347].

Так наявні п’ять варіантів відповідей, котрі оцінюються [349, 350]:

- увесь час (100%) ;
- більшість часу;
- певну частину часу (приблизно 50%);
- незначну частину часу;
- ніколи (0%).

Окрім того є відповідь «не стосується моєї роботи».

Застосовується 5-бальна шкала Лікерта, яка варіюється від 1(«ніколи») до 5 («увесь час»), а для питань шкали «фізичні вимоги» навпаки.

Оцінка кожної шкали (WLQ Scale Score) розраховується відповідно до інструкції [413]. Так кожній шкалі оцінка варіюється від 0 до 100 і представляє звітну кількість часу за попередні два тижні респондентів.

Відповідно більший відсоток (бал, індекс) відповідає гіршому результату, більшому обмеженню у трудовій діяльності.

Показник WLQ Index Score розраховувався відповідно до інструкції [413] з використанням коефіцієнтів.

Крім того, використовуючи алгоритм розрахунку WLQ Productivity Loss Index (WLQ At-Work Productivity Loss Score) [413], результат WLQ Index Score можна перетворити в оцінку втрати продуктивності. Це також можливо зробити за допомогою таблиці [350]. Максимально досяжний WLQ Index Score (з усіма шкалами на рівні 100%) становить 28,6%, а максимально досяжна втрата продуктивності - 24,9%.

2.1.8. Опитувальник оцінки терапевтичного альянсу

З метою оцінки рівня формування терапевтичного альянсу застосовувався опитувальник Working Alliance Inventory (Оцінка робочого альянсу, WAI). Загалом опитувальник був створений для оцінки елементів робочої співпраці у всіх формах відносин пов’язаних з допомогою [366, 314].

Для пацієнта використовувалася форма SF Hatcher Client, котра складається з 12 питань. Ці питання розділені на три групи: пункти «ціль»; пункти «завдання»; пункти «взаємовідносини».

Для фахівців (фізичних терапевтів) використовувалася форма SF Hatcher Therapist, котра складається з 10 питань.

Для кожного питання застосовується 5-бальна шкала Лікерта, яка варіюється від 1 бала («рідко») до 5 («завжди»). Відповідно максимальна оцінка у групах питань для пацієнта складає 20 балів.

Більший бал відповідає кращому результату.

2.1.9. Опитувальник задоволеності пацієнта фізичною терапією

Опитувальник задоволеності пацієнта фізичною терапією (Physical Therapy Patient Satisfaction Questionnaire, PTPSQ-I) був розроблений у 2000 році. Анкета складається з 26 пунктів і розділена на 2 частини [404].

Перша частина містить 6 пунктів, що стосуються демографічної інформації про пацієнта (наприклад, вік, стать, місце розташування проблеми опорно-рухового апарату), а також деякі джерела інформації про реферал та будь-яку попередню допомогу в цьому закладі [404].

У дослідженні була використана друга частина опитувальника до якої входять 20 пунктів, котрі входять до доменів задоволеності пацієнтів [299]: лікування (5 питань); конфіденційність (1 питання); зручність призначення часу (2 питань); вартість (2 питань); платежі (1 питання); простота планування зустрічі (1 питання); планування (2 питання); час очікування (1 питання); ввічливий персонал (1 питання); РТ ввічливий (1 питання); загальна задоволеність (3 питання).

Кожному твердженню відповідає бал від 0 до 4. Оцінка PTPSQ отримується шляхом додавання всіх балів питань, крім не позначених або відсутніх, і поділу суми на максимально можливий бал (кількість питань другої частини помножена на 4, що відповідає найвищому балу за кожне питання). Потім коефіцієнт перетворюється на відсоток задоволеності [404, 299]. Аналогічно розраховуються і оцінки доменів.

2.1.10. Методи математичної обробки даних

Математична обробка числових даних дисертаційної роботи проводилась за допомогою методів варіаційної статистики.

Аналіз відповідності виду розподілу кількісних показників закону нормального розподілу перевіряли за критерієм Шапіро-Уілка (W).

Переважна більшість досліджуваних показників не відповідали закону нормального розподілу на всіх етапах дослідження. Так для показників, котрі мали розподіл відмінний від нормального, розраховували медіану (Me), верхній і нижній квартилі (25%; 75%), а також додатково середнє значення ($\bar{x}$) та середньоквадратичне відхилення (S). Для кількісних показників з нормальним розподілом результатів, розраховували $\bar{x}$ та S, а також значення Me (25%; 75%). Ці розрахунки виконувались, оскільки показники з нормальним розподілом при

початковому обстеженні надалі могли змінити вид розподілу і для оцінки динаміки значень показника на етапах застосовували непараметричні критерії.

Для оцінки значущості різниці, при наявності нормального розподілу результатів досліджень, використовували t-критерій Стьюдента (для незалежних чи для залежних груп), а для показників, що мали розподіл відмінний від нормального, використовували U-критерій Манна-Уітні (для незалежних груп) та критерій Вілкоксона (для залежних груп).

Оскільки більшість досліджуваних показників не відповідали закону нормального розподілу, з метою виявлення зв'язків між показниками проводили непараметричний кореляційний аналіз. Застосовувався ранговий коефіцієнт кореляції за Спірменом (ρ). Коефіцієнти кореляції перевірялися на значущість відносно нуля за допомогою двостороннього критерію по Р. А. Фішеру на основі t-розподілу на рівнях p=0,05; p=0,01 і p=0,001.

Також використовувався аналіз таблиць взаємної спряженості (співзалежності) та критерій Крамера.

При статистичній обробці приймали надійність P=95 %, деякі результати були отримані на більш високому рівні надійності P=99 %.

Для математичної обробки числових даних дисертації використовували прикладні програми Statistica 7.0. та IBM SPSS Statistics 21.

2.2. Організація дослідження

Дослідження проводилося в 4 етапи за період лютий 2013 – травень 2020 року. У дослідженні взяли участь 248 пацієнтів (середній вік склав 43,53 ± 9,00 ($\overline{x} \pm S$) років, а граничні показники віку становили 24 та 63 роки) з ортопедичними порушеннями, котрі проходили курс фізичної терапії у медичному центрі «Феско» (м. Бровари) з лютого 2013 року до листопада 2018 року.

У констатувальному дослідженні взяли участь 113 пацієнтів. Вікові та статеві особливості пацієнтів представлені у Додатку В.

У формувальному дослідження взяли участь 135 пацієнтів. Вікові та статеві особливості пацієнтів представлені у Додатку Г.

Розроблену систему та програму фізичної терапії пацієнтів з ортопедичними порушеннями на амбулаторному етапі було впроваджено у реабілітаційний процес в Медичному центрі «Феско» (м. Бровари).

Дослідження проводили в чотири етапи.

На першому етапі дослідження (лютий 2013 р. – травень 2015 р.) проведено аналіз науково-методичної літератури, що дозволило з'ясувати загальний стан та ступінь науково-практичної розробки проблеми, визначити мету і завдання роботи, терміни проведення досліджень, обрати методи оцінки стану пацієнтів та ефективності їх взаємодії зі стандартною системою фізичної терапії медичного центру. Було організовано та почато реалізацію констатувальної частини дослідження за участю 113 пацієнтів, що дозволило отримати показники якості життя, обмежень у працездатності та їх динаміку впродовж курсу фізичної терапії, а також взаємодію пацієнтів з системою фізичної терапії у формі критеріїв терапевтичного альянсу та задоволеності фізичною терапією.

На другому етапі (червень 2015 р. – квітень 2016 р.) був продовжений аналіз науково-методичної літератури, проаналізовані показники якості життя, обмежень у працездатності, критеріїв терапевтичного альянсу та задоволеності фізичною терапією серед 113 пацієнтів, які залучалися до програм фізичної терапії у 2013–2015 роках з визначенням впливу локалізації порушення та типу ставлення до хвороби. Базуючись на отриманих результатах, були розроблені та здійснені заходи для модифікації системи фізичної терапії, зокрема в організації системи, управлінні та змістовному наповненні програм для пацієнтів.

На третьому етапі *дослідження* (травень 2016 р. – грудень 2018 р.) отримані досліджувані показники у пацієнтів, котрі проходили курс фізичної терапії після розробки системи; здійснено аналіз динаміки показників у 135 пацієнтів, які залучалися до програм фізичної терапії у 2016–2018 роках.

На четвертому етапі дослідження (січень 2019 р. – травень 2020 р.) було порівняно ефективність стандартної та розробленої систем фізичної терапії за допомогою методів математичної статистики. Було проведено аналіз та узагальнення результатів дослідження, сформульовано висновки, представлено основні результати досліджень на наукових конференціях, дисертаційну роботу оформлено та підготовлено до захисту у спеціалізованій вченій раді.

Дослідження виконували за схемою:

1. При поступленні проводилася консультація з лікарем (а за розробленою системою фізичної терапії осіб з ураженнями ОРА й фізичним терапевтом), відбувалося кодування стану пацієнта за МКФ та визначення типу ставлення до хвороби, проводилися оцінка показників якості життя та обмеження працездатності (табл. 2.2). Спостереження проводили впродовж обстеження та усього курсу фізичної терапії. Спостерігали за руховою активністю пацієнта, його ставленням до хвороби, особливостями будови його тіла та показниками фізичного стану.

Таблиця 2.1

Схема застосування методів дослідження

Методи дослідження	Термін	
	До курсу фізичної терапії	Після курсу фізичної терапії
МКФ	+	
методика встановлення типів ставлення до хвороби ТОБОЛ	+	
SF-36	+	+
EQ-5D-5L	+	+
WLQ	+	+
WAI		+
PTPSQ-I		+

2. Після цього пацієнт проходив курс фізичної терапії.

У стандартній системі фізичної терапії курс складався з 12-15 відвідувань центру. Впродовж такого курсу пацієнти отримували заняття з фізичним терапевтом тривалістю 40-60 хв. (терапевтичні вправи та механотерапія за

комплексом призначеним лікарем), фізіопроцедури (магнітотерапія, електороміостимуляція за призначенням лікаря) та процедури масажу (7-8 процедур впродовж курсу). Тривалість курсу - 5-6 тижнів.

3. При заключному обстеженні пацієнтів використовували опитувальники SF-36, EQ-5D-5L, WLQ, WAI, PTPSQ-I. На завершальному етапі дослідження на основі порівняння початкових і заключних результатів здійснювали оцінку ефективності систем фізичної терапії.

РОЗДІЛ 3
РЕЗУЛЬТАТИ АНАЛІЗУ ОЦІНКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ, ОБМЕЖЕНЬ У ТРУДОВІЙ ДІЯЛЬНОСТІ, ТЕРАПЕВТИЧНОГО АЛЬЯНСУ ТА ЗАДОВОЛЕНОСТІ ОСІБ З УРАЖЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ ВПРОДОВЖ АМБУЛАТОРНОЇ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

З метою проведення аналізу роботи центру фізичної терапії для осіб з ураженнями опорно-рухового апарату та виявлення можливостей покращення системи надання послуг було розглянуто якість життя та її динаміку впродовж стандартного курсу фізичної терапії, рівень обмеження працездатності та його динаміку, критерії терапевтичного альянсу та рівень задоволеності пацієнта. Для формування груп та дослідження відмінностей між ними застосовувалася МКФ та опитувальник визначення типу ставлення до хвороби. Було проаналізовано дані 113 пацієнтів, котрі проходили курс фізичної терапії у Медичному центрі «Феско» за 2013-2015 роки. До вибірки включалися пацієнти, котрі заповнили повністю та належним чином анкети після надання дозволу на збір, зберігання та обробку даних, а також працювали не менше 15 годин на тиждень, не мали коморбідних станів та пройшли курс повністю з гарною систематичністю.

3.1. Особливості групування пацієнтів відповідно до Міжнародної класифікації функціонування

Відповідно до результатів використання МКФ було визначено, що пацієнтів доцільно згрупувати за структурою котра уражена, оскільки лише для пацієнтів групи Г1 характерним було порушення у локомоторній функції (код b77функції стереотипу ходьби). До Г1 ввійшли пацієнти з наступними кодами МКФ: s740 - структура тазового поясу; s750 - структура нижньої кінцівки; s760 - структура тулуба (зокрема s76002 Lumbar vertebral column та s76003 Sacral vertebral column).

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 - функції стабільності суглоба; b730 - функції м'язової сили; b735 - функції м'язового тонусу; b740 - функції м'язової витривалості.

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 при оцінці доменів якості життя, котрі відповідають за діяльність та участь відповідно до МКФ, а також інші досліджувані показники. Проте слід відмітити, що у діяльності та участі ці групи можуть мати відмінності у діяльності та участі де суттєву роль буде грати наявність болю, рівень сили, рухливість у поперековому відділі тулуба, поясі нижніх кінцівок та самих нижніх кінцівках.

Враховуючи зазначені погляди на об'єднання пацієнтів у групи, слід відмітити, що до Г1 потрапило 55 пацієнтів, а до Г2 – 58 пацієнтів.

3.2. Особливості групування пацієнтів за типом ставлення до хвороби

Методика визначення типів відношення до хвороби використовувалася для перевірки поглядів на наявність впливу особистості пацієнта на результативність лікування, реабілітації та задоволеність ними [240].

Відповідно до літературних даних [98, 226], а саме про віднесення до «раціональних» типів реакції гармонійного, ергопатичного та анозогностичного, було проведене розділення загальної вибірки на Г+ (n=58) та Г– (n=55), 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–. Розподіл груп на рис. 3.1.

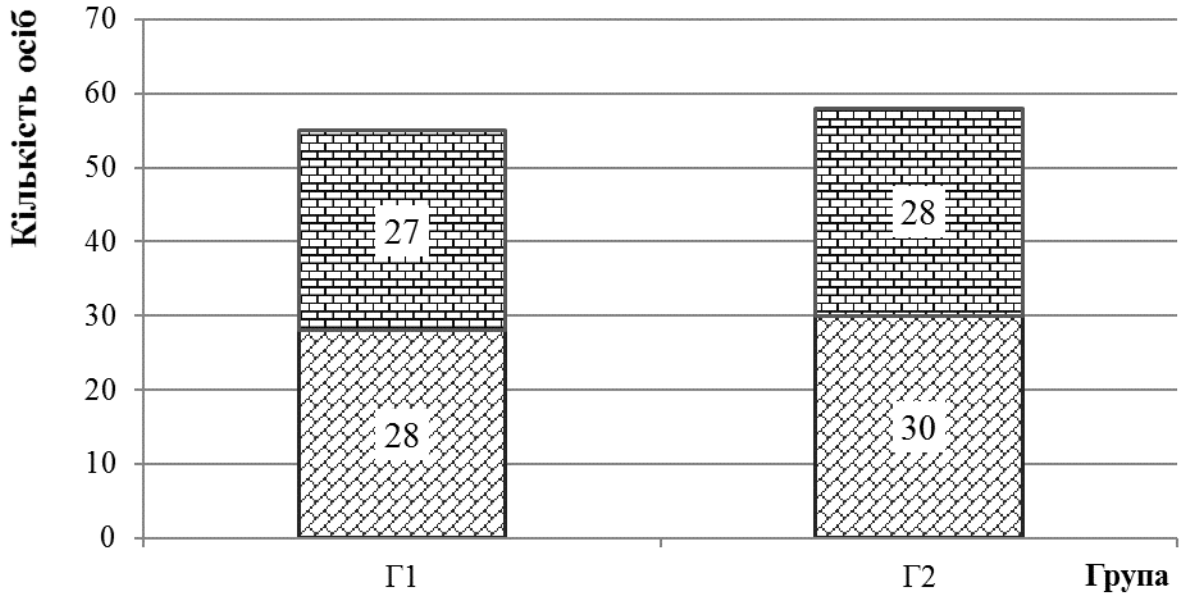


Рис. 3.1. Розподіл пацієнтів у групах з порушенням у нижній (Г1) та верхній частині тіла (Г2):

- нераціональні психотипи відношення до хвороби;
- раціональні психотипи відношення до хвороби

Аналіз таблиць взаємної спряженості (співзалежності) та критерію Крамера не виявив статистично значимої залежності між статтю та розподілом за психотипом у групах ($p>0,05$). Аналіз розподілу пацієнтів за типом ставлення до хвороби не встановив достовірних відмінностей між групами Г1+ та Г2- при порівнянні розподілу типів ставленням до хвороби у групах ($p>0,05$), а також не встановлено відмінностей між групами Г1- та Г2- ($p>0,05$). Особливості розподілу представлені у Додатку Д.

3.3. Результати аналізу якості життя за SF-36 у групах пацієнтів за локалізацією порушення

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. 3.1 вказані як $\bar{x}$±S, так і Me (25%; 75%). Порівняння груп відбувалося з врахуванням наявності відповідності розподілу результатів нормальному

Таблиця 3.1

Показники якості життя за SF-36 пацієнтів з ураженнями опорно-рухового апарату 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)**
	$\bar{x}$±S	47,1±13,77	62,6±8,02
Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності	Me(25%;75%)	50 (25;50)	50(25;50)
	$\bar{x}$±S	42,3±21,98	41,8±22,65
Біль	Me(25%;75%)	40 (22;50)	41(31;54,3)
	$\bar{x}$±S	37,7±15,59	40,8±15,37
Загальне здоров'я	Me(25%;75%)	60 (55;65)	60(55;70)
	$\bar{x}$±S	58,3±11,23	60,5±11,98
Життєздатність	Me(25%;75%)	50 (45;55)	55(45;60)
	$\bar{x}$±S	51,6±7,63	54,1±8,64
Соціальне функціонування	Me(25%;75%)	50 (37,5; 75)	50(37,5;75)
	$\bar{x}$±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)
	$\bar{x}$±S	32,1±22,19	32,2±21,59
Психічне здоров'я	Me(25%;75%)	52 (44; 60)	50(42;58)
	$\bar{x}$±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)**
	$\bar{x}$±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)
	$\bar{x}$±S	39,6±5,72	37,6±5,99

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

Першою шкалою опитувальника SF-36 є «фізичне функціонування» (Physical Functioning - PF) відображає ступінь обмеження фізичним станом можливостей виконання фізичних навантажень (зокрема ходьба, нахил, підйом сходами, перенесення та пересування предметів). Низькі показники за цією шкалою відображають обмеженість фізичної активності пацієнта його станом

здоров'я [222]. Відповідно до визначення інших авторів [128] шкала Physical Functioning трактується як «фізична активність» (ФА) і розглядається, як суб'єктивна оцінка респондентом об'єму свого буденного фізичного навантаження (10 запитань). Зв'язок між балом та рівнем обмеження обернений, тому чим вищий показник, тим менший рівень обмеження фізичного функціонування. Рівень показника шкали «фізичного функціонування» серед здорового населення України відповідно до результатів дослідження [222] наближався до максимальних значень (84,8 ± 5,0 балів).

Аналіз оцінки шкали «фізичне функціонування» (табл. 3.1), виявив середньостатистичний результат у Г1 на рівні 47,1±13,77 балів, показники Me (25%; 75%) становили 40 (35; 60) балів; а у Г2 – 62,6±8,02 бали та 60 (55;70) відповідно. Таким чином можна стверджувати, що показник шкали «фізичне функціонування» був кращим у Г2.

Обмеження фізичних можливостей при захворюваннях та травмах опорно-рухового апарату призводить до суттєвого впливу рівень повсякденної діяльності. У результаті цього пацієнти не виконують повноцінно свою звичайну зайнятість, що характеризується зменшенням показника шкали обмеження життєдіяльності за рахунок фізичних проблем (РФ, рольове функціонування). Ця шкала є суб'єктивною оцінкою респондентом ступеня обмеження своєї буденної діяльності внаслідок стану здоров'я за останні чотири тижні. Максимальний показник відповідає за відсутність обмежень у буденній життєдіяльності за рахунок фізичних проблем [128]. Отримані рівні у Г1 та Г2 не відрізнялися достовірно ($p>0,05$), а у загальній вибірці показник шкали «роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності» становив 42,0±22,23 балів при Me (25%; 75%) на рівні 50 (25;50) балів.

Шкала «біль» (Б) характеризує роль суб'єктивних больових відчуттів респондента в обмеженні його повсякденної діяльності (у тому числі роботу по дому і поза домом). Для цього показника характерний наступний зв'язок та трактування результатів: чим вищий показник, тим менше на думку респондента больові відчуття заважають його буденній діяльності [222], а

низькі показники за цією шкалою свідчать про те, що біль значно обмежує активність пацієнта [128].

За результатами статистичного аналізу (табл. 3.1) у Г1 та Г2 статистичні показники не відрізнялися достовірно (p>0,05), а у загальній вибірці показник шкали «біль» 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.

Шкала «загальне здоров’я» (General Health - GH) допомагає оцінити пацієнтам свій стан здоров'я зараз і перспективи лікування. Чим вище показник, тим краще респондент сприймає своє здоров’я у цілому, а чим нижчий бал за цією шкалою, тим нижча оцінка стану здоров'я [128, 222]. Таким чином, прямий зв’язок між отриманим балом та рівнем загального здоров’я характерний для цієї шкали.

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. Суб’єктивна оцінка пацієнтом свого життєвого тонусу (енергія, жвавість та ін.) відображається у шкалі «життєздатність» (Vitality – VT, ЖЗ). Ця шкала

характеризує відчуття пацієнтом повноти сил і енергії або, навпаки, знесилення. Вищий показник шкали відповідає вищій оцінці пацієнтом свого життєвого тонусу, а низькі бали відображають стомленість пацієнта та зниження життєвої активності [128, 222].

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. 3.1).

Бал шкали «соціальне функціонування» (Social Functioning - SF) визначається рівнем обмеження соціальної активності (спілкування) фізичним або емоційним станом [128]. За визначенням інших робіт [222] шкала Social Functioning перекладається як «Соціальна активність» і відповідає суб'єктивній оцінці респондентом рівня своїх відносин з друзями, колегами по роботі, рідними за останні чотири тижні. Чим вищий бал, тим краще респондент оцінює рівень власних соціальних зв'язків; низькі бали відповідають значному обмеженню соціальних контактів, рівня спілкування у результаті погіршеного фізичного та/або емоційного стану [128, 222].

За результатами статистичного аналізу (табл. 3.1) 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.

Оцінка пацієнтом ступеня обмеження своєї буденної діяльності, обумовленою емоційними проблемами віддзеркалюється у шкалі «роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності» (Role Emotional, RE) [222]. Питання цієї шкали передбачають оцінку ступеня, в якому емоційний стан заважає виконанню роботи або іншої повсякденної діяльності (включаючи великі витрати часу та зменшення обсягу роботи, зниження її якості) [128]. Для цієї шкали характерний зворотний зв'язок — чим вище показник, тим менше на думку пацієнта, його емоційний стан має вплив на буденну діяльність; низькі

показники за цією шкалою інтерпретуються як обмеження у виконанні повсякденної роботи, обумовлене погіршенням емоційного стану [128, 222].

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.

Шкала «психічне здоров'я» (Mental Health - MH) відповідає за оцінку настрою, наявність депресії та тривоги, а також є загальним показником позитивних емоцій. Низькі показники свідчать про наявність депресивних, тривожних переживань, психічного неблагополуччя [128]. Для цієї шкали характерним є прямий зв'язок, а саме: чим вище бал шкали , тим кращий настрій був у респондента, тим більшу частину часу пацієнт почував себе спокійним та щасливим [222]. Відповідно до статистичного аналізу отриманих результатів шкали «психічне здоров'я» середньостатистичні показники у Г1 та Г2 не відрізнялися достовірно (p>0,05) і склали 51,6±10,46 та 49,5±10,44 балів відповідно, при значеннях Me (25%; 75%) на рівнях 52 (44; 60) та 50(42;58) балів відповідно. Середні значення у загальній вибірці склало 50,5±10,46балів, при Me (25%; 75%) - 50(42; 60) балів.

Значення Me (25%; 75%) загального показника «фізичний статус» (Physical health – PH) у досліджуваних пацієнтів (n=113) склали 41,1 (34,7; 44,9) балів при значеннях $\bar{x}$±S на рівні 39,8±6,63 балів. Враховуючи наявність достовірної відмінності між Г1 та Г2 (p<0,01) відзначимо статистичні показники у групах. Так у Г1 значення Me (25%; 75%) встановлені на рівні 39,2 (31,2; 43,2) бала, а показники $\bar{x}$±S склали 37,9±6,78 бали. Серед пацієнтів Г2 аналогічні показники склали 42,8 (36,9; 46,6) та 41,7±5,98 бали. Таким чином 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. 3.1). Показники $\bar{x}$±S серед загальної вибірки виявлено на рівні 38,6±5,92 балів.

Так, серед обстежених груп 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. 3.1). Найбільша різниця між групами спостерігалася у шкалах «фізичне функціонування» та «фізичний статус» (рис. 3.2).

Рис. 3.2. Різниця середніх показників між

3.4. Результати аналізу якості життя за SF-36 у групах пацієнтів за психотипом

Враховуючи представлені результати аналізу показників ЯЖ за SF-36, було визначено необхідним дослідити отримані дані на наявність достовірних

різниць у групах залежно від психотипу. У таблиці 3.2 наведені результати порівняння Г+ та Г– , оскільки відмінності між цими групами аналогічні відмінностям при порівнянні Г1+ з Г1– та Г2+ з Г2–, а також більшість шкал достовірно не відрізнялись при порівнянні Г1+ та Г2+, Г1– та Г2–, а отримані відмінності будуть розглянуті більш детально. Порівняння груп відбувалося з врахуванням наявності відповідності розподілу результатів нормальному

Таблиця 3.2

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)
	$\bar{x}$±S	56,2±13,35	53,8±13,84
Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності	Me(25%;75%)	50(25;50)	50(25;50)
	$\bar{x}$±S	43,5±22,24	40,5±22,30
Біль	Me(25%;75%)	41(31;54,3)	40(22;50)
	$\bar{x}$±S	40,9±15,66	37,6±15,25
Загальне здоров'я	Me(25%;75%)	65(58,8;71,3)	55(45;60)*
	$\bar{x}$±S	64,8±10,55	53,7±9,92
Життєздатність	Me(25%;75%)	60(55;65)	45(45;50)*
	$\bar{x}$±S	58,4±5,95	47,1±6,06
Соціальне функціонування	Me(25%;75%)	56,3(37,5;75)	50(37,5;75)
	$\bar{x}$±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)*
	$\bar{x}$±S	45,9±16,31	17,6±16,79
Психічне здоров'я	Me(25%;75%)	59(55,5;64)	42(38;46)
	$\bar{x}$±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)
	$\bar{x}$±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)*
	$\bar{x}$±S	43,2±3,72	33,7±3,27

*Примітка. * – різниця між показниками груп статистично значуща $p<0,01$.*

Статистичний аналіз не виявив достовірних відмінностей у результатах груп Г+ та Г– за шкалою «фізичне функціонування» ($p>0,05$). Так значення

Me (25%; 75%) у Г+ та Г– склали відповідно 60 (50;65) та 55 (45;65) балів, а показники $\bar{x}$±S склали 56,2±13,35 балів та 53,8±13,84 балів відповідно.

Результати статистичного аналізу шкали «роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності» були аналогічними, а саме достовірних відмінностей у результатах груп Г+ та Г– не виявлено (p>0,05). Разом з тим, значення Me (25%; 75%) та $\bar{x}$±S у Г+ склали відповідно 50(25;50) та 43,5±22,24 балів, а аналогічні показники у Г– склали 50(25;50) балів та 40,5±22,30 балів відповідно.

Показники шкали «біль» були дещо гіршими у Г– , проте цієї різниці було недостатньо для констатування достовірної відмінності між групами (p>0,05). Показники Me (25%; 75%) та $\bar{x}$±S у Г+ склали відповідно 41(31;54,3) та 40,9±15,66 балів, а аналогічні показники у Г– становили 40(22;50) балів та 37,6±15,25 балів відповідно.

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 відношенням 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 відношенням до хвороби більш часто ніж пацієнти групи Г– почували себе бадьорими, повними сил та енергії, а рідше змученими та втомленими.

Показники шкали «соціальне функціонування» були дещо гіршими у Г–, проте цієї різниці було недостатньо для констатування достовірної відмінності між групами (p>0,05). Показники Me (25%; 75%) та $\bar{x}$±S у Г+ склали відповідно

56,3(37,5;75) та 56,3±21,49 балів, а аналогічні показники у Г– становили 50(37,5;75) балів та 53,6±21,06 балів відповідно.

Достовірна відмінність між Г+ та Г– виявлена за шкалою «роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності». Так у Г+ рівень шкали був ліпшим ($p<0,01$), а значення Me (25%; 75%) у Г+ та Г– склали 33,3 (33,3; 66,7) балів та 33,3 (0; 33,3) балів відповідно (табл. 3.2). Різниця між середніми значеннями груп склала 28,3 бала. Таким чином пацієнти з не раціональним відношенням 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». Так у Г+ значення шкали був кращими ($p<0,01$), а значення Me (25%; 75%) у Г+ та Г– склали 59(55,5;64) балів та 42(38;46) балів відповідно. Різниця між середніми значеннями груп склала 17,7 бала. Таким чином пацієнти з раціональним відношенням (Г+) до хвороби більш часто ніж пацієнти групи Г– почували себе спокійними і умиротвореними, щасливими, а рідше пригніченими та впавшим 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 $\bar{X}\pm S$ 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» (табл. 3.2). Так у Г+ рівень шкали був ліпшим ($p<0,01$), а значення Me (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.

Найбільша різниця між групами спостерігалася у шкалах «роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності», «психічне здоров'я»,«загальне здоров'я», «життєздатність» та «психічний статус» (рис. 3.3). Звертає на себе

увагу результат у «фізичному статусі», що можливо є наслідком особливостей розрахунку та використанням коефіцієнтів у формулах, котрі представлені у керівництвах до SF-36.

При порівнянні пацієнтів з раціональними психотипами було виявлено статистичні відмінності за шкалами «фізичне функціонування» (p<0,01) та «психічний статус» (p<0,05) між групами з ураженнями у нижній (Г1+) та верхній (Г2+) частинах тіла (табл. 3.3).

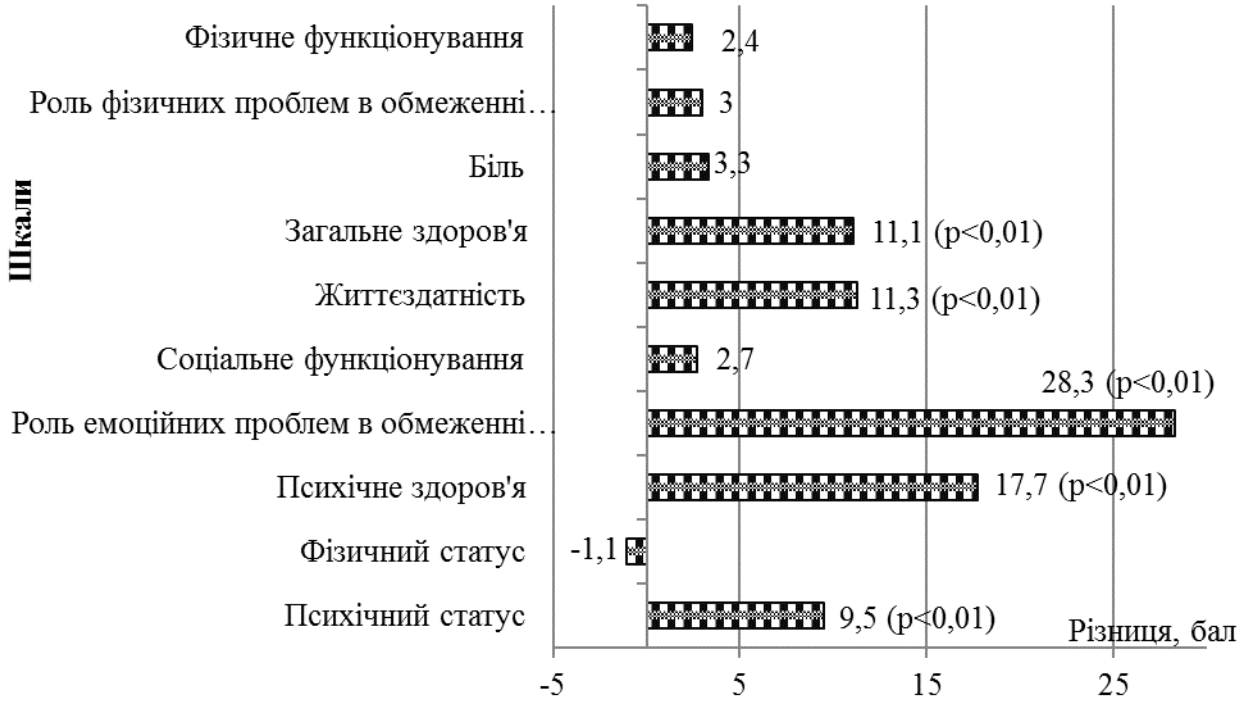


Рис. 3.3. Різниця середніх показників між результатами груп Г+ та Г– у шкалах якості життя за SF-36

Так за шкалою «фізичне функціонування» значення Me (25%; 75%) у Г1+ було нижчим ніж у Г2+, а самі статистичні показники були наступними - 50(36,25;60) балів у Г1+ та 62,5 (55; 70) балів у Г2+. Окрім того, незважаючи на незначну різницю середніх значень (2 бали), група Г1+ мала достовірно кращі показники загальної шкали «психічний статус» : Г1+ 44,3±3,35 та Г2+ 42,3±3,84 бали.

При порівнянні пацієнтів з не раціональними психотипами було виявлено статистичні відмінності за шкалами «фізичне функціонування» (p<0,01),

«фізичний статус» (p<0,05) та «психічний статус» (p<0,05) між групами з ураженнями у нижній (Г1–) та верхній (Г2–) частинах тіла (табл. 3.3). Так за шкалою «фізичне функціонування» значення $\bar{x}$±S у Г1– було нижчим ніж у Г2–, а самі статистичні показники були наступними - 45,2±13,48 балів у Г1– та 62,1±7,87 балів у Г2–.

Окрім того, група Г1– мала достовірно гірші показники загальної шкали «фізичний статус»: Г1– 38,1±6,71 балів та Г2- 42,6±5,77 бали.

Таблиця 3.3

Статистичні відмінності у групах з врахуванням двох факторів групування пацієнтів, бали

Показники якості життя		Групи	
		Г1+ (n=28)	Г2+ (n=30)
Фізичне функціонування	Me (25%; 75%)	50(36,25;60)	62,5(55; 70)**
	$\bar{x}$±S	48,9±14,03	63±8,26
Психічний статус	Me (25%; 75%)	44 (41,3; 47,1)	42,2(39,1;45,4)
	$\bar{x}$±S	44,3±3,35	42,3±3,84*
		Г1– (n=27)	Г2– (n=28)
Фізичне функціонування	$\bar{x}$±S	45,2±13,48	62,1±7,87**
Фізичний статус		38,1±6,71	42,6±5,77*
Психічний статус		34,8±2,95	32,7±3,29*

*Примітка. * – різниця між показниками груп статистично значуща p<0,05; ** – p<0,01; Г1+ - пацієнти з порушеннями у нижній частині з раціональним ставленням до хвороби; Г2+ - пацієнти з порушеннями у верхній частині з раціональним ставленням до хвороби; Г1- - пацієнти з порушеннями у нижній частині з нераціональним ставленням до хвороби; Г2- - пацієнти з порушеннями у верхній частині з нераціональним ставленням до хвороби.*

Аналогічно до висновків аналізу шкали «психічний статус» при порівнянні попередніх підгруп склалися висновки й у групах з не раціональними психотипами. Так, незважаючи на незначну різницю середніх значень (2,1 бали), група Г1– мала достовірно кращі показники загальної шкали «психічний статус» : Г1– 34,8±2,95 бали та Г2- 32,7±3,29 бали.

3.5. Результати аналізу динаміки якості життя за SF-36 у групах пацієнтів

Відзначимо, що усі показники опитувальника SF-36 достовірно покращилися впродовж стандартного курсу фізичної терапії ($p<0,01$; лише «роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності» у Г1+ при $p<0,05$)

У таблиці 3.4 відзначені заключні показники $\bar{x}\pm S$, Me (25%; 75%) та показник зміни середнього значення серед груп з порушеннями у нижній частині тіла та поперековому відділі відповідно до раціональних (Г1+) та не раціональних (Г1–) психотипів. Висвітлено результати порівняння заключних показників з врахуванням розподілу.

Таблиця 3.4

Показники якості життя за SF-36 при повторному анкетуванні груп пацієнтів з ураженням у нижній частині тіла, бали

Показники якості життя	Групи	$\bar{x}\pm S$	Δx	Me (25%; 75%)
Фізичне функціонування	Г1+	72,3±8,44**	23,4	72,5(65; 80)
	Г1–	64,6±9,29	19,4	65(60;70)
Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності	Г1+	62,5±17,35	17,9	75(50; 75)
	Г1–	52,8±20,02	13,0	50(25%;75%)
Біль	Г1+	65,3±6,74	25,6	60(60; 72)**
	Г1–	55,3±11,86	19,7	60(50; 61)
Загальне здоров'я	Г1+	72,5±9,08	8,4	75(70; 80)**
	Г1–	59,3±8,05	7,0	60(55; 65)
Життєздатність	Г1+	70,2±5,53	13,0	70(65; 75)**
	Г1–	53,9±5,60	8,1	55(50; 60)
Соціальне функціонування	Г1+	69,6±17,82	12,9	75(62,5; 87,5)
	Г1–	65,7±16,11	12,5	62,5(62,5; 75)
Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності	Г1+	53,6±16,58	7,1	66,7(33,3; 66,7)**
	Г1–	25,9±16,88	8,6	33,3(00; 33,3)
Психічне здоров'я	Г1+	67,3±5,64**	7,0	68(62,50; 71,5)
	Г1–	47,3±5,41	4,8	48(44; 52)
Фізичний статус	Г1+	47,2±4,13	9,5	48,2(44,3; 51)
	Г1–	45,6±5,37	7,5	46,6(40,5; 50,1)
Психічний статус	Г1+	46,0±3,58	1,7	47,2(42,8; 48,9)**
	Г1–	36,3±3,27	1,6	36,2(35,2; 38,3)

*Примітка. * – різниця між показниками груп статистично значуща на момент заключного обстеження $p<0,05$; ** – $p<0,01$.*

Зокрема, шкала «фізичне функціонування» статистично покращилася у обох групах ($p<0,01$). Приріст середніх значень шкали у Г1+ та Г1– відповідно склав 23,4 бала та 19,4 бала (табл. 3.4). Відповідно різниця у прирості склала 4 бала, що становить 20,6 % від приросту у Г1–. Слід відзначити, що приріст був статистично більшим у Г1+ ($p<0,05$). Отже, серед пацієнтів з раціональними психотипами приріст був достовірно кращим. Окрім того між заключними результатами груп встановлено статистично значиму відмінність, чого не спостерігалося при аналізі початкових результатів ($p<0,01$), а різниця середніх значень Г1+ та Г1– склала 7,7 балів.

Особливості динаміки шкали «роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності» виявилися зокрема у тому, що приріст середніх значень шкали у Г1+ та Г1– відповідно склав 17,9 бала та 13 балів. Відповідно різниця у прирості склала 4,9 балів, що становить 37,7 % від приросту у Г1–. Проте, незважаючи на те, що ця різниця у динаміці середнього значення була більш вираженою ніж у попередній шкалі, приріст не був достовірно кращим у одній з груп ($p>0,05$). Окрім того між заключними результатами Me (25%; 75%) груп за шкалою «роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності» не встановлено статистично значиму відмінність ($p=0,06$), хоча різниця середніх значень заключних результатів груп Г1+ та Г1– склала 9,7 балів.

Відповідно до результатів статистичного аналізу, особливості динаміки шкали «біль» виявилися у тому, що приріст середніх значень шкали у Г1+ та Г1– відповідно склав 25,6 бала та 19,7 балів. Таким чином, різниця у прирості склала 5,9 балів, що становить 29,9 % від приросту у Г1–. Але незважаючи на те, що зазначена динаміка середнього значення була більш вираженою у групі з раціональними психотипами, приріст (Δx) не був достовірно кращим у Г1+ ($p>0,05$). Водночас, між заключними результатами Me (25%; 75%) у групах за шкалою «біль» встановлено статистично значиму відмінність ($p<0,01$): Г1+ 60(60; 72) балів та Г1– 60(50; 61) балів. Різниця середніх значень заключних результатів Г1+ та Г1– склала 10 балів.

За результатами проведеного статистичного аналізу, динаміка шкали «загальне здоров'я» була менш вираженою ніж у попередніх шкалах. Збільшення середніх значень шкали у Г1+ та Г1– відповідно становило 8,4 бала та 7 балів. Статистичних відмінностей за показником Δx не встановлено ($p>0,05$). Різниця у прирості відповідно склала лише 1,4 бала, що становить 20 % від приросту у Г1–. Водночас, між заключними результатами Me (25%; 75%) у групах Г1+ та Г1– за шкалою «загальне здоров'я» встановлено статистично значиму відмінність, а самі показники склали відповідно 75(70; 80) балів та 60(55; 65) балів ($p<0,01$). Різниця середніх значень заключних результатів Г1+ та Г1– склала 13,2 балів.

У динаміці шкали «життєздатність» встановлені статистично достовірні покращення у обох групах ($p<0,01$), як і у попередніх шкалах. Приріст середніх значень шкали у Г1+ та Г1– відповідно слав 13 бала та 8,1 бала. Таким чином, різниця у прирості склала 4,9 бала, що становить 60,1 % від приросту у Г1–. Слід відзначити, що приріст був достовірно кращим у Г1+ ($p<0,01$). Таким чином серед пацієнтів з раціональними психотипами приріст був достовірно кращим за шкалою «життєздатність». Окрім того між заключними результатами Me (25%; 75%) груп залишилася статистично значима відмінність ($p<0,01$), а різниця середніх значень груп Г1+ та Г1– склала 16,3 балів.

Динаміка шкали «соціальне функціонування» виявилася зокрема у тому, що приріст середніх значень шкали у Г1+ склав 12,9 бал, а у Г1– становив 12,5 балів. Таким чином, різниця груп у прирості була незначною і склала 0,4 бала, що становить лише 3,2 % від приросту у Г1–. Разом з тим, приріст у групах не мав статистичних відмінностей ($p>0,05$). Водночас, між заключними Me (25%; 75%) груп за шкалою «соціальне функціонування» не встановлено статистично значиму відмінність ($p>0,05$), а різниця середніх значень результатів груп Г1+ та Г1– склала 3,9 балів.

Відповідно до результатів проведеного статистичного аналізу, динаміка шкали «роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності» була менш вираженою ніж у попередніх шкалах. Збільшення середніх значень шкали у Г1+

та Г1– відповідно становило 7,1 бала та 8,6 балів. Відмінностей за Δх не встановлено (p>0,05). Різниця у прирості відповідно склала лише 1,5 бала, що становить 21,1 % від приросту у Г1+. Водночас, між заключними результатами Me (25%; 75%) у групах Г1+ та Г1– за шкалою «роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності» встановлено статистично значиму відмінність, а самі показники склали відповідно 66,7(33,3; 66,7) балів та 33,3(00; 33,3) балів (p<0,01). Різниця середніх значень заключних результатів Г1+ та Г1– склала 27,7 балів.

Шкала «психічне здоров'я», як і усі інші шкали, статистично покращилася у обох групах з порушеннями у нижній частині тіла (p<0,01). Приріст середніх значень шкали у Г1+ та Г1– відповідно слав 7 бала та 4,8 бала. Відповідно різниця у прирості становила 2,2 бала, що становить 45,8 % від приросту у Г1–. Слід відзначити, що приріст був статистично більшим у Г1+ (p<0,01). Таким чином серед пацієнтів з раціональними психотипами приріст був достовірно кращим. Разом з тим, між заключними результатами груп встановлено статистично значиму відмінність (p<0,01), а різниця між заключними $\bar{x}$ Г1+ та Г1– склала 20 балів.

У динаміці загальної шкали «фізичний статус» отримано статистично достовірні покращення у обох групах (p<0,01). Приріст середніх значень шкали у Г1+ та Г1– відповідно слав 9,5 бала та 7,5 бала. Таким чином, різниця у прирості склала 2 бала, що становить 26,6 % від приросту у Г1–. Слід відзначити, що приріст був достовірно більшим у Г1+ (p<0,05). Таким чином серед пацієнтів з раціональними психотипами динаміка була статистично кращою за загальною шкалою «фізичний статус». Проте між заключними результатами $\bar{x}$±S груп статистично значима відмінність не спостерігалася (p>0,05), а різниця середніх значень груп Г1+ та Г1– склала 1,6 балів. Відповідно до результатів статистичного аналізу, особливості динаміки загальної шкали «психічний статус» виявилися у тому, що приріст середніх значень шкали у Г1+ та Г1– склав 1,7 бала та 1,6 бала. Водночас, різниця у прирості склала лише 0,1 балів, що становить 6,3 % від приросту у Г1–. За

показником приросту (Δx) не встановлено достовірних відмінностей між групами (p>0,05). Разом з тим, між заключними результатами Me (25%; 75%) у групах за загальною шкалою «психічний статус» встановлено статистично значиму відмінність (p<0,01): Г1+ 47,2(42,8; 48,9) балів та Г1– 36,2(35,2; 38,3) балів. Різниця середніх значень заключних результатів груп Г1+ та Г1– склала 9,7 балів. Зважаючи на показники динаміки, слід відзначити, що найвагоміші зміни у групах спостерігалися у шкалах «фізичне функціонування», «біль» та «роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності» (рис. 3.4).

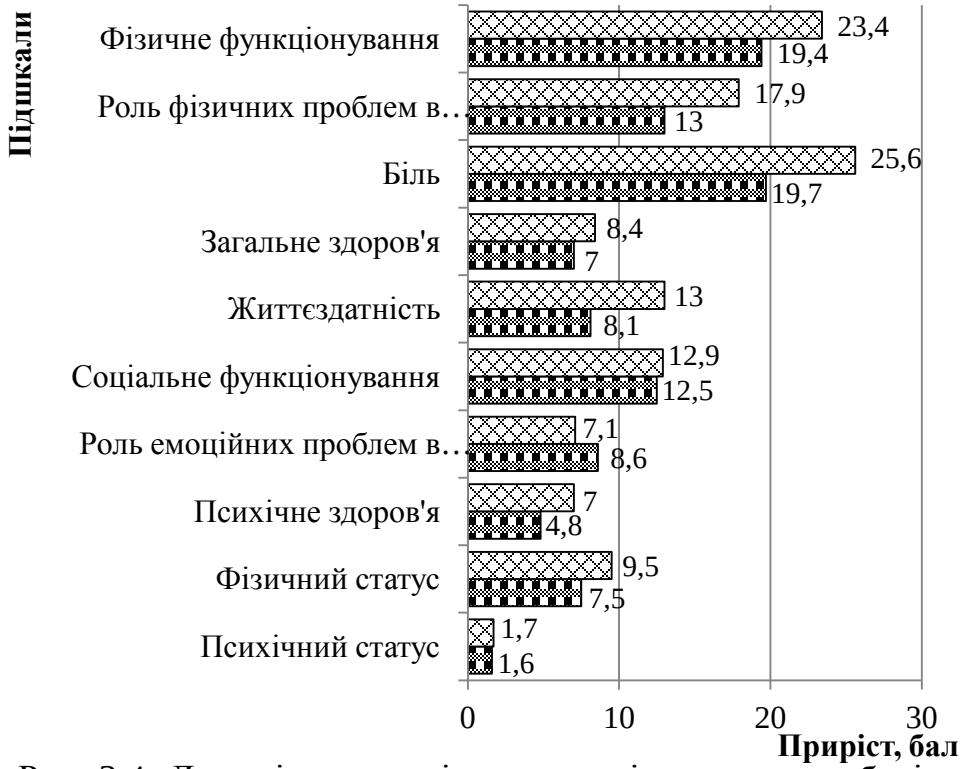


Рис. 3.4. Динаміка середніх показників отриманих балів за опттувальником SF-36 у групах пацієнтів з ураженням у нижній частині тіла з раціональним (Г1+) та нераціональним (Г1–) ставленням до хвороби після проходження стандартного курсу фізичної терапії: ▨ - динаміка у Г1+; ▩ - динаміка у Г1–

Перед розглядом особливостей динаміки серед груп пацієнтів з порушенням у верхній частині тіла відзначимо, що усі показники опитувальника SF-36 достовірно покращилися впродовж стандартного курсу фізичної терапії ($p<0,01$; лише «роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності» у Г2+ при $p<0,05$). У таблиці 3.5 представлені заключні показники $\bar{x}\pm S$, Me (25%; 75%) та показник зміни середнього значення серед груп з порушеннями у верхній частині тіла відповідно до раціональних (Г2+) та не раціональних (Г2-) психотипів. Висвітлено результати порівняння заключних показників з врахуванням розподілу.

Так, шкала «фізичне функціонування» статистично покращилася у обох групах ($p<0,01$). Приріст середніх значень шкали у Г2+ та Г2- відповідно склав 13,5 бала та 10,4 бала (табл. 3.5). Відповідно різниця у прирості склала 3,1 бала, що становить 29,8 % від приросту у Г2-. Слід відзначити, що приріст був статистично більшим у Г2+ ($p<0,01$). Отже, серед пацієнтів з раціональними психотипами приріст був достовірно кращим. Окрім того, між заключними показниками $\bar{x}\pm S$ груп встановлено статистично значиму відмінність ($p<0,05$), чого не спостерігалося при аналізі початкових результатів. Водночас, різниця між заключними $\bar{x}$ Г2+ та Г2- склала 4 бали. Особливості динаміки шкали «роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності» у групах Г2+ та Г2- виявилися зокрема у тому, що приріст середніх значень відповідно склав 20,8 бала та 12,5 балів. Отже, різниця у прирості склала 8,3 балів, що становить 66,4 % від приросту у Г2-.

Водночас, зважаючи на те, що ця різниця у динаміці середнього значення була дуже вираженою, приріст був достовірно кращим у Г2+ ($p<0,05$). Проте, між заключними результатами Me (25%; 75%) груп за шкалою «роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності» не встановлено статистично значимої відмінності, хоча різниця середніх значень заключних результатів груп Г2+ та Г2- склала 9,7 балів. Відповідно до результатів статистичного аналізу, особливості динаміки шкали «біль» виявилися у тому, що приріст середніх значень шкали у Г2+ та Г2- відповідно склав 29 бала та 22,6 балів. Таким чином,

різниця у прирості склала 6,4 балів, що становить 28,3 % від приросту у Г2-. Отже, зазначена динаміка середнього значення була більш вираженою і достовірно кращою у групі з раціональними психотипами (p<0,05). Водночас, між заключними результатами Me (25%; 75%) у групах за шкалою «біль» встановлено статистично значиму відмінність (p<0,01): Г2+ 72(70; 72) балів та Г2- 60(60; 72) балів. Різниця середніх значень заключних результатів Г2+ та Г2- склала 8,9 балів.

Таблиця 3.5

Показники якості життя за SF-36 при повторному анкетуванні груп пацієнтів з ураженням у верхній частині тіла, бали

Показники якості життя	Групи	$\bar{x}$±S	Δx	Me (25%; 75%)
Фізичне функціонування	Г2+	76,5±7,45*	13,5	75(70; 81,3)
	Г2-	72,5±7,01	10,4	70(70; 78,8)
Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності	Г2+	63,3±15,72*	20,8	75(50; 75)
	Г2-	53,6±20,09	12,5	50(31,25; 75)
Біль	Г2+	71,0±5,80	29,0	72(70; 72)**
	Г2-	62,1±10,01	22,6	60(60; 72)
Загальне здоров'я	Г2+	74,0±10,78**	8,5	75(65; 81,3)
	Г2-	62,0±9,06	6,8	65(55; 65)
Життєздатність	Г2+	73,3±6,99**	13,8	75(70; 80)
	Г2-	55,7±7,66	7,3	55(50; 60)
Соціальне функціонування	Г2+	69,2±17,60	13,3	75(62,5; 87,5)
	Г2-	66,1±15,91	12,1	62,5(62,5; 75)
Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності	Г2+	52,2±16,80	6,7	66,7(33,3; 66,7)**
	Г2-	26,2±16,62	8,3	33,3(8,3; 33,3)
Психічне здоров'я	Г2+	67,1±5,60**	7,1	68(62; 70,5)
	Г2-	47,1±5,48	4,8	47(42,5; 51,5)
Фізичний статус	Г2+	49,1±3,99	8,5	50,3(46,4; 52,1)
	Г2-	48,4±4,83	6,1	49(45,3; 53,3)
Психічний статус	Г2+	45,4±3,69	2,6	45,8(41,9; 48,4)**
	Г2-	35,4±3,46	2,2	34,9(34,2; 37,6)

*Примітка. * – різниця між показниками груп статистично значуща на момент заключного обстеження p<0,05; ** – p<0,01.*

Відповідно до результатів проведеного статистичного аналізу, динаміка шкали «загальне здоров'я» була менш вираженою ніж у попередніх шкалах. Збільшення середніх значень шкали у Г2+ та Г2- відповідно становило 8,5 балів

та 6,8 балів. Статистичних відмінностей за показником Δx не встановлено (p>0,05). Різниця у прирості відповідно склала лише 1,7 бала, проте від приросту у Г2- це становить 25 %. Водночас, між заключними результатами $\bar{x}$±S у групах Г2+ та Г2- за шкалою «загальне здоров'я» встановлено статистично значиму відмінність, а самі показники склали відповідно 74,0±10,78 балів та 62,0±9,06 балів (p<0,01). Різниця середніх значень заключних результатів Г2+ та Г2- склала 12 балів.

У динаміці шкали «життєздатність» встановлені статистично достовірні покращення у обох групах (p<0,01), як і у попередніх шкалах. Приріст середніх значень шкали у Г2+ та Г2- відповідно слав 13,8 бала та 7,3 бала. Таким чином, різниця у прирості склала 6,5 бала, що становить аж 89 % від приросту у Г2-. Отже, показник Δx був майже вдвічі кращим у Г2+, що мало статистичну достовірність (p<0,01). Таким чином серед пацієнтів з раціональними психотипами динаміка за шкалою «життєздатність» була достовірно кращою. Окрім того, між заключними результатами $\bar{x}$±S груп зберігалася статистично значима відмінність (p<0,01), а різниця середніх значень груп Г2+ та Г2- склала 17,6 балів. Динаміка шкали «соціальне функціонування» виявилася зокрема у тому, що приріст середніх значень шкали у Г2+ склав 13,3 бал, а у Г2- становив 12,1 балів. Таким чином, різниця груп у прирості була незначною і склала 1,2 бала, що становить 9,9 % від приросту у Г2-. Разом з тим, приріст у групах не мав статистичних відмінностей (p>0,05). Водночас, між заключними Me (25%; 75%) груп за шкалою «соціальне функціонування» не встановлено статистично значиму відмінність (p>0,05), а різниця середніх значень результатів груп Г2+ та Г2- склала 3,1 бали.

За результатами проведеного статистичного аналізу динаміка шкали «роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності» була менш вираженою ніж у попередніх шкалах. Збільшення середніх значень шкали у Г2+ та Г2- відповідно становило 6,7 бала та 8,3 балів. Відмінностей за Δx не встановлено (p>0,05). Різниця у прирості відповідно склала лише 1,6 бала, що становить 23,8 % від приросту у Г2+. Водночас, між заключними результатами Me (25%; 75%) у

групах Г2+ та Г2- за шкалою «роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності» встановлено статистично значиму відмінність, а самі показники склали відповідно 66,7(33,3; 66,7) балів та 33,3(8,3; 33,3) балів ($p<0,01$). Різниця середніх значень заключних результатів Г2+ та Г2- склала 26 балів. Шкала «психічне здоров'я», як і усі інші шкали, статистично покращилася у обох групах з порушеннями у верхній частині тіла ($p<0,01$). Приріст середніх значень шкали у Г2+ та Г2- відповідно слав 7,1 бала та 4,8 бала. Відповідно різниця у приростi становила 2,3 бала, що становить 47,9 % від приросту у Г2-. Слід відзначити, що приріст був статистично більшим у Г2+ ($p<0,01$). Таким чином серед пацієнтів з раціональними психотипами приріст був достовірно кращим. Разом з тим, між заключними результатами $\bar{x}\pm S$ груп встановлено статистично значиму відмінність: 67,1±5,60 балів та 47,1±5,48 балів ($p<0,01$).

У динаміці загальної шкали «фізичний статус» отримано статистично достовірні покращення у обох групах ($p<0,01$). Приріст середніх значень шкали у Г2+ та Г2- відповідно слав 8,5 бала та 6,1 бала. Таким чином, різниця у приростi склала 2,4 бала, що становить 39,3 % від приросту у Г2-. Слід відзначити, що приріст був достовірно більшим у Г2+ ($p<0,01$). Таким чином серед пацієнтів з раціональними психотипами динаміка була статистично кращою за загальною шкалою «фізичний статус». Проте між заключними результатами $\bar{x}\pm S$ груп статистично значима відмінність не спостерігалася ($p>0,05$), а різниця $\bar{x}$ груп Г2+ та Г2- склала 0,7 балів.

Відповідно до результатів статистичного аналізу, особливості динаміки загальної шкали «психічний статус» виявилися у тому, що приріст середніх значень шкали у Г2+ та Г2- склав 2,6 бала та 2,2 бала. Водночас, різниця у приростi склала лише 0,4 балів, що становить 18,2 % від приросту у Г2-. За показником приросту (Δx) не встановлено достовірних відмінностей між групами ($p>0,05$). Разом з тим, між заключними результатами Me (25%; 75%) у групах за загальною шкалою «психічний статус» встановлено статистично значиму відмінність ($p<0,01$): Г2+ 45,8(41,9; 48,4) балів та Г2- 34,9(34,2; 37,6)

балів. Різниця середніх значень заключних результатів груп Г2+ та Г2- склала 10 балів (табл. 3.5).

Зважаючи на показники динаміки, слід відзначити, що найвагоміші зміни у групах Г2+ та Г2- спостерігалися у шкалах «біль» та «роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності» (рис. 3.5).

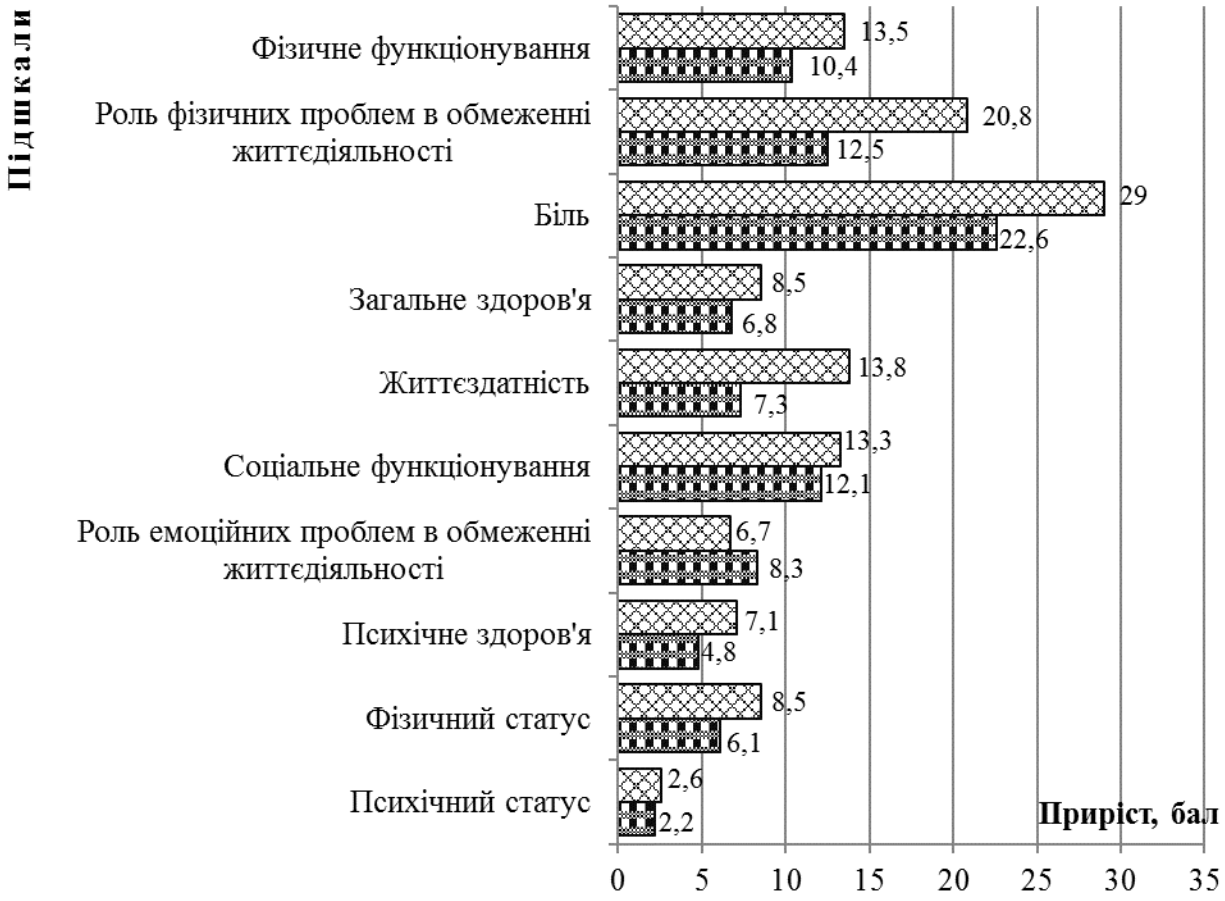


Рис. 3.5. Динаміка середніх показників отриманих балів за опттувальником SF-36 у групах пацієнтів з ураженням у верхній частині тіла з раціональним (Г2+) та нераціональним (Г2-) ставленням до хвороби після проходження стандартного курсу фізичної терапії:

- динаміка у Г2+;
- динаміка у Г2-

Водночас, слід відзначити, що при порівнянні динаміки за локалізацією порушення у пацієнтів Г1 більш виражена динаміка за шкалою «фізичне функціонування»; у пацієнтів Г2 наявна статистична відмінність залежно від

психотипу у прирості за шкалами «роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності», «біль», чого нема у Г1.

Лише за шкалою «роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності» показник Δх був кількісно меншим у груп з раціональними психотипами.

Найвагоміша динаміка спостерігалася у шкалах «біль» та «фізичне функціонування» серед пацієнтів з порушенням у нижній частині тіла (рис. 3.4), а за шкалами «біль» та «роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності» серед пацієнтів з порушенням у верхній частині тіла. Найменша динаміка у всіх групах відзначалася у загальній шкалі «психічний статус» (рис. 3.4 та 3.5), хоча можна було розраховувати на більш суттєве покращення у пацієнтів з нераціональними психотипами, оскільки вони мали більший резерв до зростання.

Водночас, беручи до уваги отримані достовірні відмінності між групами з розділом за психотипом у шкалах «загальне здоров'я», «життєздатність», «роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності», «психічне здоров'я» також можна було розраховувати на більш суттєве покращення у пацієнтів з нераціональними психотипами, оскільки вони мали більший резерв до зростання. Проте цього не спостерігалося, а навпаки за шкалами «життєздатність» та «психічне здоров'я» динаміка була не лише ліпшою за показником Δх, а статистично кращою у групах з раціональними психотипами. Водночас, розглянуті результати порівняння динаміки між Г1+ та Г1- та між Г2+ та Г2- відображено на рис. 3.6, а саме результати віднімання значень показника Δх у Г1+ від Δх Г1- та Δх у Г2+ від Δх Г2-. Відповідно до отриманих результатів (рис.3.6) між групами з порушеннями опорно-рухового апарату у нижній частині тіла (Г1+ та Г1-) найбільша абсолютна різниця у динаміці спостерігалася за шкалами «біль», «роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності», «життєздатність», «фізичне функціонування».

Відповідно до отриманих результатів (рис.3.6) між групами з порушеннями опорно-рухового апарату у верхній частині тіла (Г2+ та Г2-)

найбільша абсолютна різниця у динаміці спостерігалася за шкалами «роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності», «біль» та «життєздатність».

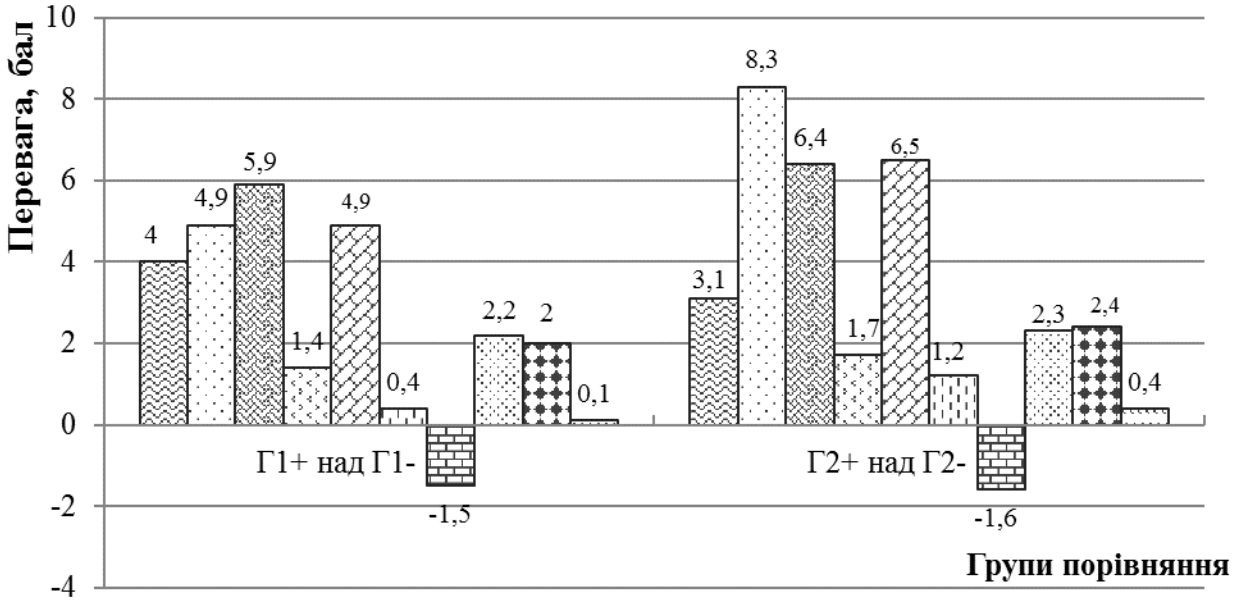


Рис. 3.6. Перевага у динаміці значень шкал опитувальника SF-36 груп пацієнтів з раціональними психотипами над нераціональними:

- фізичне функціонування;
- роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності;
- біль;
- загальне здоров'я ;
- життєздатність;
- соціальне функціонування;
- роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності;
- психічне здоров'я;
- фізичний статус;
- психічний статус

Це відображає вплив типу ставлення до хвороби на динаміку якості життя серед пацієнтів з порушеннями опорно-рухового апарату у верхній частині тіла.

Це відображає вплив типу ставлення до хвороби на динаміку якості життя серед пацієнтів з порушеннями опорно-рухового апарату у нижній частині тіла. Для отримання показника відносної переваги у приростi груп з раціональними психотипами порівняно з динамікою у аналогічних групах за локалізацією пошкодження та відмінними за психотипами було розраховано відсоток, який складає абсолютна перевага (у балах; рис. 3.7) від значення динаміки у відповідній групі з нераціональними психотипами (табл. 3.4 та 3.5)

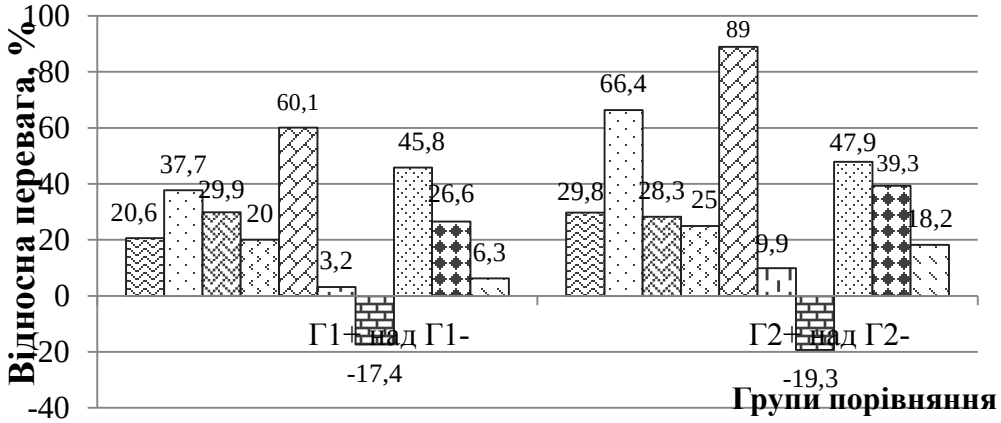


Рис. 3.7. Відносні переваги у динаміці значень шкал за опитувальнтком SF-36 у групах пацієнтів Г1+ та Г2+ порівняно з приростом у групах аналогічних за локалізацією та відмінними за психотипами:

- фізичне функціонування;
- роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності;
- біль;

3.6. Аналіз якості життя за EQ-5D-5L у групах пацієнтів за локалізацією порушення

Слід відзначити, що за результатами статистичного аналізу результатів шкал опитувальника EQ-5D-5L достовірні відмінності між групами Г1 та Г2, котрі були отримані у результаті врахування локалізації порушення опорно-рухового апарату, були встановлені у трьох шкалах. Враховуючи, що результати усіх шкал не відповідали нормальному розподілу у групах, то у табл. 3.6 вказані Me (25%; 75%), а $\bar{X}\pm S$ вказані у якості додаткових параметрів. Порівняння груп відбувалося з врахуванням наявності відповідності розподілу результатів нормальному.

Першою шкалою опитувальника EQ-5D-5L є «мобільність» (відображає рівень труднощів при ходьбі). Низькі показники за цією шкалою відображають

відсутність труднощів при ходьбі. Аналіз оцінки шкали «мобільність» (табл. 3.6), виявив показники Me (25%; 75%) у Г1 на рівні 3 (3; 4) балів, а середньостатистичний результат становив 3,18±0,67 бали; а у Г2 – 1 (1; 1) бал та 1,14±0,39 відповідно.

Таблиця 3.6

Показники якості життя за EQ-5D-5L пацієнтів з ураженнями опорно-рухового апарату залежно від локалізації порушення, бали

Показники якості життя		Групи	
		Г1 (n=55)	Г2 (n=58)
Мобільність	Me (25%; 75%)	3 (3; 4)	1 (1; 1)**
	$\bar{x}$±S	3,18±0,67	1,14±0,39
Догляд за собою	Me (25%; 75%)	3 (3; 4)	3 (3; 4)
	$\bar{x}$±S	2,89±1,08	3,33±0,51
Звична повсякденна діяльність	Me (25%; 75%)	3 (3; 3)	3 (3; 3,25)
	$\bar{x}$±S	3,02±0,68	3,02±0,69
Біль/дискомфорт	Me (25%; 75%)	4 (3; 5)	3 (3; 4)**
	$\bar{x}$±S	3,87±0,88	3,10±0,64
Тривога/депресія	Me (25%; 75%)	3 (2; 3)	2,5 (2; 3)
	$\bar{x}$±S	2,75±0,82	2,59±0,70
ВАШ-здоров’я	Me (25%; 75%)	55 (45; 65)	60 (50; 70)*
	$\bar{x}$±S	53,91±12,27	58,53±12,46

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

Отримані результати у групах достовірно відрізнялися (p<0,01). Таким чином можна стверджувати, що показник шкали «мобільність» був кращим у Г2. Обмеження можливостей догляду за собою у опитувальнику EQ-5D-5L відображено у однойменній шкалі. Так при захворюваннях та після травм опорно-рухового апарату серед пацієнтів, що поступають на курс фізичної терапії на амбулаторному етапі, можливості догляду за собою не відповідають максимальним. Зокрема за шкалою «догляд за собою» у групах Г1 та Г2 значення Me (25%; 75%) склали 3 (3; 4), а показники $\bar{x}$±S були дещо кращими у Г1 і відповідно склали 2,89±1,08 бали та 3,33±0,51 бали. Проте статистичної відмінності між групами за цією шкалою не встановлено (p>0,05).

Порушення та травми опорно-рухового апарату чинять вплив на рівень повсякденної діяльності. Тому пацієнти з такими станами не можуть повноцінно

виконувати звичайну зайнятість, що впливає на погіршення шкали опитувальника EQ-5D-5L «звична повсякденна діяльність». Ця шкала є суб'єктивною оцінкою пацієнта ступеня обмеження у роботі, навчанні, роботі по дому, участі в справах сім'ї, дозвіллі. Чим більше показник наближений до одиниці, тим кращий результат та менша обмеженість. Отримані статистичні показники у Г1 та Г2 не відрізнялися достовірно ($p>0,05$), а у загальній вибірці показники Me (25%; 75%) шкали «звична повсякдення діяльність» становили 3 (3;3) бала при $\bar{x}\pm S$ на рівні 3,02±0,68 бала.

Наступною шкалою опитувальника EQ-5D-5L є «біль/дискомфорт», що відображає силу відчуттів болю та дискомфорту. Низькі показники за цією шкалою відображають їх відсутність. Аналіз оцінки шкали «біль/дискомфорт» (табл. 3.6), виявив показники Me (25%; 75%) у Г1 на рівні 4 (3; 5) балів, а середньостатистичний результат становив 3,87±0,88 балів; а у Г2 – 3 (3; 4) бали та 3,10±0,64 відповідно. Отримані результати у групах достовірно відрізнялися ($p<0,01$). Таким чином можна стверджувати, що показник шкали «біль/дискомфорт» був кращим у Г2. Разом з тим при розгляді шкали «біль» опитувальника SF-36 відмінностей між вибірками не було виявлено. Теоретичним поясненням цього може слугувати той факт, що у SF-36 оцінюється сила болю та рівень того наскільки він обмежує активність, а у опитувальнику EQ-5D-5L лише відзначається сила. Таким чином врахування того, наскільки біль обмежує активність, нівелювало різницю між Г1 та Г2 за шкалою «біль» у SF-36.

Рівень тривоги/депресії у опитувальнику EQ-5D-5L відображено у однойменній шкалі. Так за шкалою «тривога/депресія» у групах Г1 та Г2 значення Me (25%; 75%) склали 3 (2; 3) бали та 2,5 (2; 3) бали, а показники $\bar{x}\pm S$ відповідно склали 2,75±0,82 бали та 2,59±0,70 бали. Статистичної відмінності між групами за цією шкалою не встановлено ($p>0,05$).

За шкалою ВАШ-здоров'я опитувальника EQ-5D-5L, котра відображає суб'єктивну оцінку стану здоров'я на момент заповнення, між групами Г1 та Г2 виявлено статистично достовірну різницю ($p<0,05$). Так група Г2 мала кращі

показники Me (25%; 75%) - 60 (50; 70) балів, при $\bar{x}$±S на рівні 58,53±12,46 балів, за умови що 100 балів відповідає найкращому можливому рівню здоров'я. А група Г1 мала дещо нижчі показники Me (25%; 75%) - 55 (45; 65) балів, при $\bar{x}$±S на рівні 53,91±12,27 балів.

Так, серед обстежених груп показники більшості шкал статистично не відрізнялися (p>0,05). Проте були знайдені статистичні відмінності за шкалами «мобільність» та ВАШ-здоров'я на користь Г2 (табл. 3.6). Відповідно найбільша різниця між групами спостерігалася у цих шкалах (рис. 3.8).

Рис. 3.8. Показники різниці між результатами груп Г2 та Г1 у шкалах якості життя за EQ-5D-5L

Нагадаємо, що при оцінці різниці за шкалою «мобільність» слід враховувати, що максимальний бал 5, котрий є найгіршим рівнем. А за шкалою ВАШ-здоров'я максимальний бал 100, котрий є найліпшим.

3.7. Результати аналізу якості життя за EQ-5D-5L у групах пацієнтів за психотипом

Враховуючи представлені результати аналізу показників ЯЖ за EQ-5D-5L, було визначено необхідним дослідити отримані дані на наявність достовірних різниць у групах залежно від психотипу. У таблиці 3.7 наведені результати порівняння Г+ та Г– , оскільки відмінності між цими групами аналогічні

відмінностям при порівнянні Г1+ з Г1– та Г2+ з Г2–, а також лише двоє з шести шкал достовірно відрізнялись при порівнянні Г1+ та Г2+, а троє при порівнянні Г1– та Г2–. Окрім того встановлені відмінності будуть розглянуті більш детально. Порівняння груп відбувалося з врахуванням наявності відповідності розподілу результатів нормальному.

Статистичний аналіз не виявив достовірних відмінностей у результатах груп Г+ та Г– за шкалою «мобільність» (p>0,05). Так значення Me (25%; 75%) у Г+ та Г– були аналогічними і склали 2 (1; 3) балів, проте показники $\bar{x}$±S були дещо різними та склали 2,07±1,15 балів та 2,20±1,18 балів відповідно. Таким чином перевага групи Г+ не була вагомою.

Таблиця 3.7

Показники якості життя за EQ-5D-5L серед пацієнтів залежно від психотипу, бали

Показники якості життя		Групи	
		Г+ (n=58)	Г– (n=55)
Мобільність	Me (25%; 75%)	2 (1; 3)	2 (1; 3)
	$\bar{x}$±S	2,07±1,15	2,20±1,18
Догляд за собою	Me (25%; 75%)	3 (3; 4)	3 (3; 4)
	$\bar{x}$±S	3,05±0,91	3,18±0,82
Звична повсякденна діяльність	Me (25%; 75%)	3 (3; 3)	3 (3; 4)
	$\bar{x}$±S	3,00±0,65	3,04±0,72
Біль/дискомфорт	Me (25%; 75%)	3 (3; 4)	3 (3; 4)
	$\bar{x}$±S	3,40±0,88	3,56±0,83
Тривога/депресія	Me (25%; 75%)	2 (2; 3)	3 (3; 4)**
	$\bar{x}$±S	2,21±0,52	3,15±0,68
ВАШ-здоров’я	Me (25%; 75%)	65 (55; 70)	55 (45; 60)**
	$\bar{x}$±S	62,07±11,70	50,18±10,36

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

Результати статистичного аналізу шкали «догляд за собою» були аналогічними, а саме достовірних відмінностей у результатах груп Г+ та Г– не виявлено (p>0,05). Разом з тим, значення Me (25%; 75%) та $\bar{x}$±S у Г+ склали

відповідно 3 (3; 4) та 3,05±0,91 бала, а аналогічні показники у Г– склали 3 (3; 4) бала та 3,18±0,82 бала відповідно.

Показники шкали «звична повсякденна діяльність» були мінімально гіршими у Г– і цієї різниці було недостатньо для констатування достовірної відмінності між групами (p>0,05). Показники Me (25%; 75%) та $\bar{x}$±S у Г+ склали відповідно 3 (3; 3) та 3,00±0,65 балів, а аналогічні показники у Г– становили 3 (3; 4) балів та 3,04±0,72 балів відповідно.

Отримані результати шкали «біль/дискомфорт» були дещо гіршими у Г–, проте цієї різниці було недостатньо для констатування статистичної різниці між групами (p>0,05). Так значення Me (25%; 75%) у Г+ та Г– були аналогічними і склали 3 (3; 4) бали, проте показники $\bar{x}$±S були дещо різними та склали 3,40±0,88 бали та 3,56±0,83 бали відповідно. Таким чином перевага групи Г+ не була вагомою.

Достовірна відмінність між Г+ та Г– виявлена за шкалою «тривога/депресія». Так у Г+ рівень шкали був ліпшим (p<0,01), а значення Me (25%; 75%) у Г+ та Г– склали 2 (2; 3) бали та 3 (3; 4) бали відповідно. Різниця між середніми значеннями груп склала 0,94 бала (рис. 3.9), що при врахуванні особливостей оцінки шкали є вагомою різницею. Таким чином пацієнти з раціональним відношенням до хвороби мали кращий суб'єктивний рівень тривоги та депресії.

Статистична відмінність між Г+ та Г– отримана й за шкалою ВАШ-здоров'я опитувальника EQ-5D-5L, котра відображає суб'єктивну оцінку стану здоров'я на момент заповнення. Так у Г+ рівень шкали був статистично вищим (p<0,01), а значення Me (25%; 75%) у Г+ та Г– склали 65 (55;70) балів та 55(45;60) балів відповідно, за умови що 100 балів відповідає найкращому можливому рівню здоров'я. Показники $\bar{x}$±S склали 62,07±11,70 балів та 50,18±10,36 балів відповідно. Різниця між середніми значеннями груп склала 11,89 балів. Таким чином пацієнти з раціональним відношенням до хвороби (Г+) краще ніж пацієнти групи Г– оцінили стан здоров'я.

Так, серед розгляданих груп показники більшості шкал статистично не відрізнялися (p>0,05). Проте були знайдені статистичні відмінності за шкалами «тривога/депресія» та ВАШ-здоров'я на користь Г+ (табл. 3.7). Відповідно найбільша різниця між групами спостерігалася у цих шкалах, проте загалом показники різниці між результатами груп Г+ та Г– були на користь першої, хоча не завжди достовірно (рис. 3.9). Нагадаємо, що при оцінці різниці за шкалою «тривога/депресія» слід враховувати, що максимальний бал 5, котрий є найгіршим рівнем. А за шкалою ВАШ-здоров'я максимальний бал 100, котрий є найліпшим.

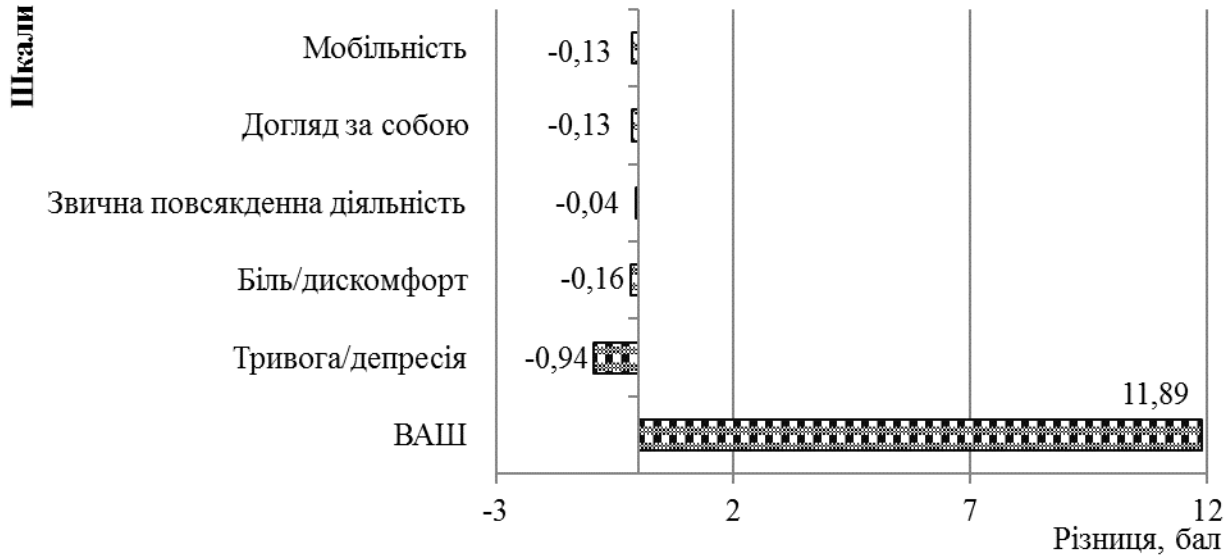


Рис. 3.9. Показники різниці між результатами груп Г+ та Г- у шкалах якості життя за EQ-5D-5L

При порівнянні пацієнтів з раціональними психотипами було виявлено статистичні відмінності за шкалами «мобільність» (p<0,01) та «біль/дискомфорт» (p<0,01) між групами з ураженнями у нижній (Г1+) та верхній (Г2+) частинах тіла (табл. 3.8). Так за шкалою «мобільність» значення Me (25%; 75%) у Г1+ були гіршими ніж у Г2+, а самі статистичні показники були наступними - 3 (3; 4) бали у Г1+ та 1 (1; 1) бал у Г2+.

Різниця середніх значень груп за цією шкалою склала 2,01 бала, а самі $\bar{x}\pm S$ становили 3,11±0,69 бали та 1,1±0,4 бала. Окрім того, група Г1+ мала достовірно кращі показники шкали «біль/дискомфорт»: Г1+ 3 (3; 5) та Г2+

3 (3; 3,25) бали (p<0,01). Різниця середніх значень груп за шкалою «біль/дискомфорт» склала 0,76 бала, а самі $\bar{x}$±S становили 3,79±0,92 бали та 3,03±0,67 бали.

Таблиця 3.8

Статистичні відмінності у групах з врахуванням двох факторів групування пацієнтів, бали

Показники якості життя		Групи	
		Г1+ (n=28)	Г2+ (n=30)
Мобільність	Me (25%; 75%)	3 (3; 4)	1 (1; 1)**
	$\bar{x}$±S	3,11±0,69	1,1±0,4
Біль/дискомфорт	Me (25%; 75%)	3 (3; 5)	3 (3; 3,25)**
	$\bar{x}$±S	3,79±0,92	3,03±0,67
		Г1– (n=27)	Г2– (n=28)
Мобільність	Me (25%; 75%)	3 (3; 4)	1 (1; 1)**
	$\bar{x}$±S	3,26±0,66	1,18±0,39
Біль/дискомфорт	Me (25%; 75%)	4 (3; 5)	3 (3; 4)**
	$\bar{x}$±S	3,96±0,85	3,18±0,61
ВАШ-здоров'я	Me (25%; 75%)	50 (40; 55)	55 (46,3; 60)*
	$\bar{x}$±S	47,59±10,23	52,68±10,05

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

При порівнянні пацієнтів з не раціональними психотипами було виявлено статистичні відмінності за шкалами «мобільність» (p<0,01), «біль/дискомфорт» (p<0,01) та ВАШ-здоров'я (p<0,05) між групами з ураженнями у нижній (Г1–) та верхній (Г2–) частинах тіла (табл. 3.8). Так за шкалою «мобільність» значення Me (25%; 75%) у Г1– було гіршим ніж у Г2–: 3 (3; 4) бали у Г1– та 1 (1; 1) бал у Г2– (p<0,01). Різниця середніх значень груп за цією шкалою склала 2,08 бала, а самі $\bar{x}$±S становили 3,26±0,66 балів та 1,18±0,39 балів. Разом з тим, група Г1– мала достовірно гірші показники Me (25%; 75%) шкали «біль/дискомфорт»: 4 (3; 5) бали серед пацієнтів групи Г1– та 3 (3; 4) бали серед пацієнтів групи Г2- (p<0,01). Різниця середніх значень за шкалою «біль/дискомфорт» склала 0,78 бала, а самі $\bar{x}$±S становили 3,96±0,85 балів та 3,18±0,61 балів. Статистично

значуща відмінність відзначена при порівнянні Г1– та Г2– за шкалою ВАШ-здоров'я: 50 (40; 55) балів у Г1– та 55 (46,3; 60) балів у Г1–. Таким чином пацієнти групи Г1– оцінили свій стан здоров'я на більш низький рівень. Різниця середніх значень за шкалою ВАШ-здоров'я склала 5,09 балів, а самі $\bar{x}$±S становили 47,59±10,23 балів у Г1– та 52,68±10,05 балів у Г2–.

3.8. Результати аналізу динаміки якості життя за EQ-5D-5L у групах пацієнтів

Перед розглядом особливостей динаміки серед груп пацієнтів з порушенням у нижній частині тіла та поперековому відділі (табл. 3.9) відзначимо, що усі показники опитувальника EQ-5D-5L достовірно покращилися впродовж стандартного курсу фізичної терапії ($p<0,01$).

Таблиця 3.9

Показники якості життя за EQ-5D-5L при повторному анкетуванні груп з порушеннями у нижній частині тіла та поперековому відділі відповідно до раціональних (Г1+) та не раціональних (Г1–) психотипів, бали

Показники якості життя	Групи	$\bar{x}$±S	Δx	Me (25%; 75%)
Мобільність	Г1+	2,29±0,66	-0,82	2(2; 3)
	Г1–	2,63±0,74	-0,63	3(2; 3)
Догляд за собою	Г1+	2,21±0,74	-0,54	2(2; 3)
	Г1–	2,52±0,80	-0,52	3(2; 3)
Звична повсякденна діяльність	Г1+	2,32±0,67	-0,64	2(2; 3)
	Г1–	2,59±0,64	-0,48	3(2; 3)
Біль/дискомфорт	Г1+	2,57±0,69	-1,21	3(2; 3)
	Г1–	2,89±0,85	-1,07	3(2; 4)
Тривога/депресія	Г1+	1,21±0,42	-1,04	1(1; 1)**
	Г1–	2,89±0,42	-0,37	3(3; 3)
ВАШ-здоров'я	Г1+	68,9±10,03	8,93	70(65; 75)**
	Г1–	55,2±8,93	7,59	55(50; 60)

*Примітка. * – різниця між показниками груп статистично значуща на момент заключного обстеження $p<0,05$; ** – $p<0,01$.*

У таблиці 3.9 представлені заключні показники $\bar{x}$±S, Me (25%; 75%) та показник зміни середнього значення серед груп з порушеннями у нижній частині тіла відповідно до раціональних (Г1+) та не раціональних (Г1–) психотипів, а також висвітлено результати порівняння заключних показників з врахуванням розподілу.

Так, шкала «мобільність» статистично покращилася у обох групах ($p<0,01$). Зниження середніх значень шкали у Г1+ та Г1– відповідно склали 0,82 бала та 0,63 бала (табл. 3.9). Відповідно різниця у динаміці склала 0,19 бала, що становить 30,2 % від зниження у Г1–. Проте зміни не були статистично більшим у Г1+ ($p>0,05$). Водночас, між заключними показниками Me (25%; 75%) груп не встановлено статистично значиму відмінність: 2(2; 3) бали у Г1+ та 3(2; 3) бали у Г1– ($p>0,05$). Таким чином, різниця між заключними $\bar{x}$ у Г1+ та Г1– збільшилася і склала 0,34 бала.

Особливості динаміки шкали «догляд за собою» у групах Г1+ та Г1– виявилися зокрема у тому, що зменшення середніх значень відповідно склало 0,54 бала та 0,52 бала. Отже, різниця у зниженні склала лише 0,02 балів, що становить 3,8 % від зниження у Г1–. Між заключними результатами Me (25%; 75%) груп за шкалою «догляд за собою» не встановлено статистично значимої відмінності: 2(2; 3) бали у Г1+ та 3(2; 3) бали у Г1– ($p>0,05$). А різниця середніх значень заключних результатів груп Г1+ та Г1– склала 0,31 бала. Відповідно до результатів статистичного аналізу, особливості динаміки шкали «звична повсякденна діяльність» виявилися у тому, що зниження середніх значень шкали у Г1+ та Г1– відповідно склало 0,64 бала та 0,48 бала. Таким чином, різниця у динаміці склала 0,16 бала, що становить 33,3 % від зниження у Г1–. Отже, зазначена динаміка середнього значення була більш вираженою у групі з раціональними психотипами, але достовірність цієї переваги у динаміці не отримано ($p>0,05$). Водночас, між заключними результатами Me (25%; 75%) у групах за шкалою «звична повсякденна діяльність» не встановлено статистично значиму відмінність: 2(2; 3) бали у Г1+ та 3(2; 3) бали у Г1–

(p>0,05). Різниця середніх значень заключних результатів Г1+ та Г1– склала 0,27 бала.

У динаміці шкали «біль/дискомфорт» встановлені статистично достовірні покращення у обох групах (p<0,01), як і у попередніх шкалах. Зниження середніх значень шкали у Г1+ та Г1– відповідно слало 1,21 бала та 1,07 бала. Таким чином, різниця у динаміці склала 0,14 бала. У такий спосіб, серед пацієнтів з раціональними психотипами динаміка за шкалою «біль/дискомфорт» була кращою на 13,1 %, проте така різниця у динаміці не призвела до встановлення статистичних відмінностей за показником Δx. Окрім того, між заключними Me (25%; 75%) груп статистично значима відмінність не встановлена: 3(2; 3) бали у Г1+ та 3(2; 4) бали у Г1– (p>0,05). Водночас, різниця середніх значень груп Г1+ та Г1– дещо збільшилася і склала 0,32 бала.

Шкала «тривога/депресія», як і усі інші шкали, статистично покращилася у обох групах з порушеннями у нижній частині тіла (p<0,01). Зменшення середніх значень шкали у Г1+ та Г1– відповідно слало 1,04 бал та 0,37 бала. Відповідно різниця у зниженні становила 0,67 бала, що становить 181,1 % від зниження у Г1–. Слід відзначити, що зменшення було статистично більшим у Г1+ (p<0,01). Таким чином серед пацієнтів з раціональними психотипами динаміка була достовірно кращою та майже з трикратною перевагою. Разом з тим, між заключними результатами Me (25%; 75%) груп встановлено статистично значиму відмінність: 1(1; 1) бал та 3(3; 3) бали (p<0,01).

За результатами проведеного статистичного аналізу, динаміка шкали ВАШ-здоров’я опитувальника EQ-5D-5L була достовірною, як і у попередніх шкалах (p<0,01). Збільшення середніх значень шкали у Г1+ та Г1– відповідно становило 8,93 бала та 7,59 балів. Відмінностей за показником Δx не встановлено (p>0,05). Різниця у прирості відповідно склала лише 1,34 бала, що становить 17,7 % від приросту у Г1–.

Водночас, між заключними результатами Me (25%; 75%) у групах Г1+ та Г1– за шкалою ВАШ-здоров’я встановлено статистично значиму відмінність, а самі показники склали відповідно 70(65; 75) балів та 55(50; 60) балів (p<0,01). У

такий спосіб, різниця середніх значень заключних результатів груп Г1+ та Г1– дещо збільшилася й склала 13,7 балів. Зважаючи на показники динаміки, слід відзначити, що всі зміни були позитивними, а найвагоміші зміни у групах спостерігалися у шкалах «мобільність», «біль/дискомфорт» та ВАШ-здоров'я (рис. 3.10). Значна динаміка, враховуючи, що максимальний бал 5, встановлена й у шкалі «тривога/депресія» у групі Г1+.

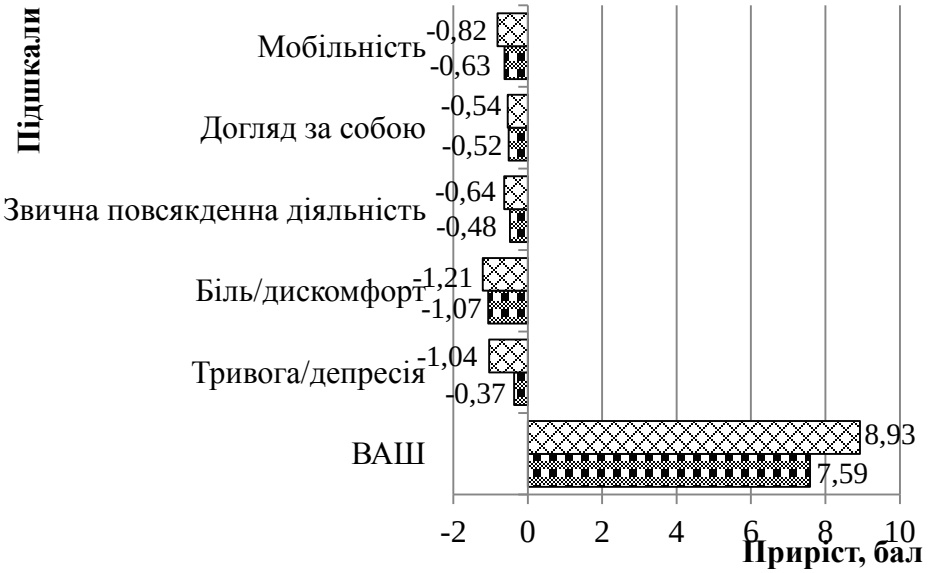


Рис. 3.10. Динаміка отриманих балів за опттувальником EQ-5D-5L у групах пацієнтів з ураженням у нижній частині тіла з раціональним (Г1+) та нераціональним (Г1-) ставленням до хвороби після проходження фізичної терапії:

☒ - динаміка у Г1+;

Перед розглядом особливостей динаміки серед груп пацієнтів з порушенням у верхній частині тіла (табл. 3.10) відзначимо, що усі показники опитувальника EQ-5D-5L достовірно покращилися впродовж стандартного курсу фізичної терапії ($p<0,01$), крім шкали «мобільність». У таблиці 3.10 представлені заключні показники $\bar{x}\pm S$, Me (25%; 75%) та показник зміни середнього значення серед груп з порушеннями у верхній частині тіла відповідно до раціональних (Г2+) та не раціональних (Г2-) психотипів, а також

висвітлено результати порівняння заключних показників з врахуванням розподілу.

Так, шкала «мобільність» статистично не змінилася у обох групах (p>0,05). Зниження середніх значень шкали у Г2+ та Г2- було незначним і склало 0,03 бала та 0,04 бала відповідно (табл. 3.10). Відповідно різниця у динаміці була мінімальною.

Особливості динаміки шкали «догляд за собою» у групах Г2+ та Г2- виявилися зокрема у тому, що зменшення середніх значень відповідно склало 0,80 бала та 0,64 бала. Отже, різниця у зниженні склала лише 0,16 балів, що становить 25 % від зниження у Г2-. Між заключними результатами Me (25%; 75%) груп за шкалою «догляд за собою» не встановлено статистично значимої відмінності: 3(2; 3) бали у Г2+ та 2,5(2; 3) бали у Г2- (p>0,05). А різниця середніх значень заключних результатів груп Г2+ та Г2- склала 0,15 бала.

Таблиця 3.10

Показники якості життя за EQ-5D-5L при повторному анкетуванні груп з порушеннями у верхній частині тіла відповідно до раціональних (Г2+) та не раціональних (Г2–) психотипів, бали

Показники якості життя	Групи	$\bar{x}$±S	Δx	Me (25%; 75%)
Мобільність	Г2+	1,07±0,25	-0,03	1(1; 1)
	Г2-	1,14±0,36	-0,04	1(1; 1)
Догляд за собою	Г2+	2,53±0,63	-0,80	3(2; 3)
	Г2-	2,68±0,77	-0,64	2,5(2; 3)
Звична повсякденна діяльність	Г2+	2,37±0,76	-0,67	2(2; 3)
	Г2-	2,39±0,92	-0,61	2(2; 3)
Біль/дискомфорт	Г2+	2,20±0,48	-0,83	2(2; 2,25)*
	Г2-	2,54±0,58	-0,64	3(2; 3)
Тривога/депресія	Г2+	1,20±0,41	-0,97	1(1; 1)**
	Г2-	2,54±0,58	-0,50	3(2; 3)
ВАШ-здоров’я	Г2+	73±11,19	9,00	75(67,5; 80)**
	Г2-	60,9±9,63	8,21	60(55; 70)

*Примітка. * – різниця між показниками груп статистично значуща на момент заключного обстеження p<0,05; ** – p<0,01.*

Відповідно до результатів статистичного аналізу, особливості динаміки шкали «звична повсякденна діяльність» виявилися у тому, що зниження середніх значень шкали у групах Г2+ та Г2- відповідно склало 0,67 бала та 0,61 бала.

Таким чином, різниця у динаміці склала лише 0,06 бала, що становить 9,8 % від зниження у Г2-. Отже, зазначена динаміка середнього значення була більш вираженою у групі з раціональними психотипами, але достовірність цієї переваги у динаміці не отримано ($p>0,05$). Водночас, між заключними результатами Me (25%; 75%) у групах за шкалою «звична повсякденна діяльність» не встановлено статистично значиму відмінність: 2(2; 3) бали у Г2+ та 2(2; 3) бали у Г2- ($p>0,05$).

У динаміці шкали «біль/дискомфорт» встановлені статистично достовірні покращення у обох групах ($p<0,01$), як і у попередніх шкалах. Зниження середніх значень шкали у Г2+ та Г2- відповідно слало 0,83 бала та 0,64 бала. Таким чином, різниця у динаміці склала 0,19 бала. У такий спосіб, серед пацієнтів з раціональними психотипами динаміка за шкалою «біль/дискомфорт» була кращою на 29,7 %, проте така різниця у динаміці не призвела до встановлення статистичних відмінностей за показником Δx. Окрім того, між заключними Me (25%; 75%) груп встановлена статистично значима відмінність: 2(2; 2,5) бали у Г2+ та 3(2; 3) бали у Г2- ($p<0,05$). Водночас, різниця середніх значень груп Г2+ та Г2- дещо збільшилася і склала 0,34 бала.

Шкала «тривога/депресія», як і усі інші шкали, статистично покращилася у обох групах з порушеннями у верхній частині тіла ($p<0,01$). Зменшення середніх значень шкали у Г2+ та Г2- відповідно слало 0,97 бала та 0,5 бала. Відповідно різниця у зниженні становила 0,47 бала, що становить 94 % від зниження у Г2-. Слід відзначити, що зменшення було статистично більшим у Г2+ ($p<0,01$). Таким чином серед пацієнтів з раціональними психотипами динаміка була достовірно кращою та майже з двократною перевагою. Разом з тим, між заключними результатами Me (25%; 75%) груп встановлено статистично значиму відмінність: 1(1; 1) бал та 3(2; 3) бали ($p<0,01$). Відповідно

до результатів проведеного статистичного аналізу, динаміка шкали ВАШ-здоров'я опитувальника EQ-5D-5L була достовірною, як і у попередніх шкалах ($p<0,01$). Збільшення середніх значень шкали у Г2+ та Г2- відповідно становило 9 бала та 8,21 балів. Відмінностей за показником Δx не встановлено ($p>0,05$). Різниця у прирості відповідно склала лише 0,79 бала, що становить 9,6 % від приросту у Г2-. Водночас, між заключними результатами Me (25%; 75%) у групах Г2+ та Г2- за шкалою ВАШ-здоров'я встановлено статистично значиму відмінність, а самі показники склали відповідно 75(67,5; 80) балів та 60(55; 70) балів ($p<0,01$). У такий спосіб, різниця середніх значень заключних результатів груп Г2+ та Г2- дещо збільшилася й склала 9,1 балів.

Водночас, слід відзначити, що при порівнянні динаміки за локалізацією порушення у пацієнтів з порушенням у нижній частині тіла більш виражена динаміка за шкалою «мобільність» та «біль/дискомфорт»; у пацієнтів з порушенням у верхній частині тіла більш виражена динаміка за шкалою «догляд за собою».

Зважаючи на показники динаміки, слід відзначити, що найвагоміші зміни у групах спостерігалися у шкалах «догляд за собою», «біль/дискомфорт» та ВАШ-здоров'я (рис. 3.11). Значна динаміка, враховуючи, що максимальний бал 5, встановлена й у шкалі «тривога/депресія» у групі Г2+.

Враховуючи, що за першими п'ятьма показниками опитувальника EQ-5D-5L максимальний бал складає 5, для більшої наглядності побудована діаграма (рис. 3.12), котра відображає переваги (при знаку «-») у динаміці груп з раціональними психотипами над динамікою у групах з нераціональними психотипами у відсотках від максимальної оцінки. Відповідно, найбільша та статистична відмінність отримана у шкалі «тривога/депресія» у двох парах порівняння. Для отримання показника відносної переваги у прирості груп з раціональними психотипами порівняно з динамікою у пов'язаних групах за локалізацією пошкодження та відмінними за психотипами було розраховано відсоток, який складає абсолютна перевага (у балах) від значення динаміки у відповідній групі з нераціональними психотипами (у балах; табл. 3.9 та 3.10).

Рис. 3.11. Динаміка отриманих балів за опттувальником EQ-5D-5L у групах пацієнтів з ураженням у нижній частині тіла з раціональним (Г2+) та нераціональним (Г2-) ставленням до хвороби після проходження фізичної

- динаміка;

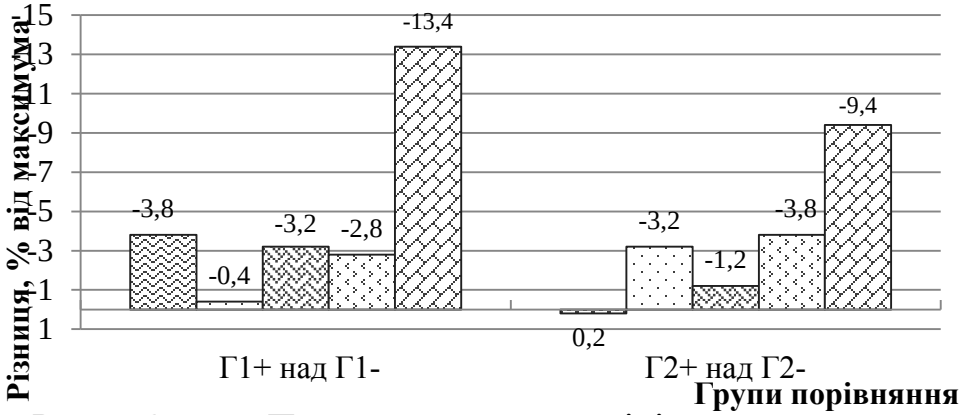


Рис. 3.12. Перевага у динаміці значень шкал опитувальника EQ-5D-5L груп пацієнтів з раціональними психотипами над нераціональними:

- мобільність;
- догляд за собою;
- звична повсякденна діяльність;

Отже, найбільша відносна перевага відзначалася у шкалі «тривога/депресія» у двох парах порівняння (рис. 3.13). Проте при порівнянні пари Г1+ та Г1- така відносна перевага була значно більшою.

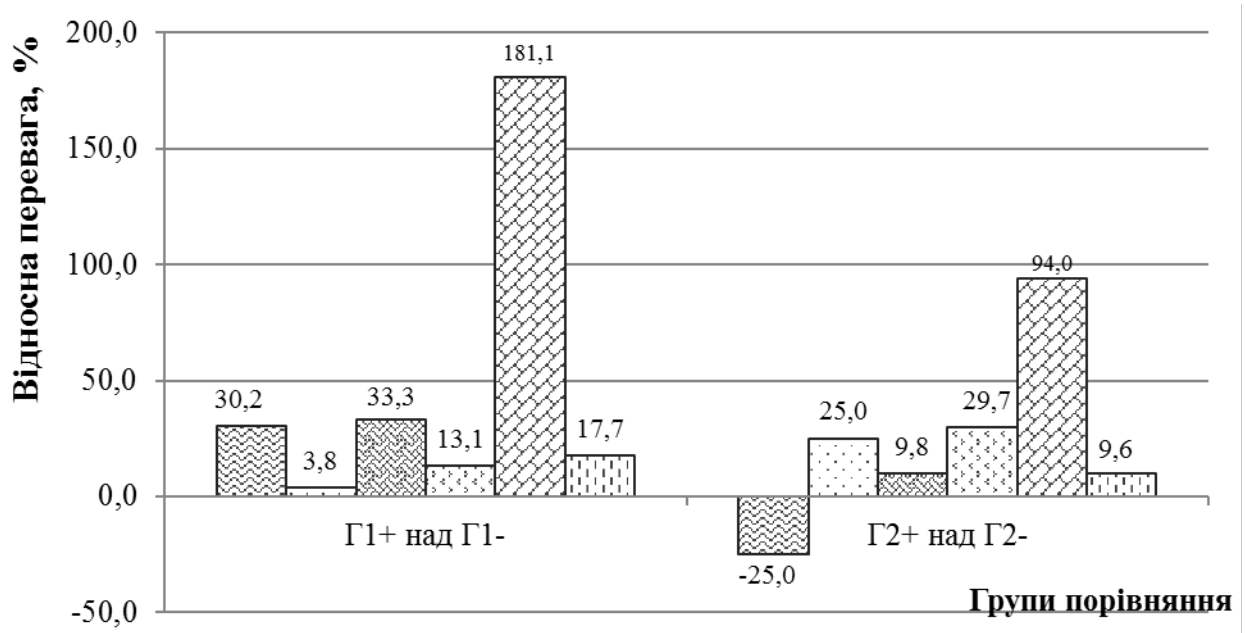


Рис. 3.13. Відносні переваги у динаміці значень шкал за опитувальнтком EQ-5D-5L у групах пацієнтів Г1+ та Г2+ порівняно з приростом у групах аналогічних за локалізацією та відмінними за психотипами:

- ▨ - мобільність;
- □ - догляд за собою;
- ▨ - звична повсякденна діяльність;
- ▫ - біль/дискомфорт;
- ▨ - тривога/депресія
- ▫ - ВАШ

Водночас, слід зазначити, що відносна перевага Г2+ за шкалою «мобільність» не має змісту (рис. 3.13), оскільки абсолютна динаміка у групах була дуже малою (рис. 3.11).

3.9. Результати аналізу обмежень у трудовій діяльності у групах пацієнтів за локалізацією порушення

Результати аналізу обмежень у трудовій діяльності у групах за локалізацією ураження опорно-рухового апарату представлені у таблиці 3.11.

Порівняння груп відбувалося з врахуванням наявності відповідності розподілу результатів нормальному. Першою шкалою опитувальника WLQ є «управління часом», котра відображає скільки часу проблеми з фізичним здоров'ям чи емоційні проблеми ускладнювали здійснення роботи протягом необхідної кількості годин; здійснення роботи без пауз чи перерв на перепочинок; впливали на відсутність складнощів під час підготовки до робочого дня; впливали на початок робочого дня одразу після прибуття на роботу та дотримання регулярного розпорядку чи графіку. Низькі показники за цією шкалою відображають кращі можливості керування часом, тому зв’язок між балом шкали та рівнем обмеження управління часом прямий.

Таблиця 3.11

Показники опитування щодо обмежень у трудовій діяльності за WLQ у пацієнтів з ураженнями опорно-рухового апарату залежно від локалізації, %

Показники		Групи	
		Г1 (n=55)	Г2 (n=58)
Управління часом	Me (25%; 75%)	60(55; 75)	55(47,50; 70)
	$\bar{x}$±S	63,3±18,98	58,6±19,19
Фізичні вимоги	Me (25%; 75%)	58,3(45,8; 70,8)	50(36,5; 58,3)**
	$\bar{x}$±S	57,8±14,61	48,6±11,64
Розумові та міжособистісні вимоги	Me (25%; 75%)	55,6(47,2; 63, 9)	52,8(47,2; 61,1)
	$\bar{x}$±S	55,4±10,59	53,9±10,41
Вимоги до виробництва	Me (25%; 75%)	55(50; 70)	50(43,75; 65)*
	$\bar{x}$±S	59,7±16,31	53,9±14,60
WLQ Index Score	Me (25%; 75%)	16,3(13,8; 19,3)	15,1(12,8; 17,7)
	$\bar{x}$±S	16,76±4,03	15,45±3,73
WLQ At-WPLS	Me (25%; 75%)	15(12,9; 17,6)	14(12; 16,2)
	$\bar{x}$±S	15,37±3,40	14,25±3,19

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

Аналіз оцінок шкали «управління часом» (табл. 3.11), виявив показники Me (25%; 75%) у Г1 на рівні 60(55; 75) %, а середньостатистичні показники становили 63,3±18,98 %; а у Г2 – 55(47,50; 70) % та 58,6±19,19 % відповідно. Таким чином різниця між $\bar{x}$ груп за цією шкалою склала 4,7 %, проте

статистично достовірних відмінностей між групами не спостерігалося (p>0,05). Обмеження фізичних можливостей при захворюваннях та травмах опорно-рухового апарату вплинуло й на шкалу «фізичні вимоги» опитувальника WLQ. Ця шкала віддзеркалює скільки часу пацієнт був здатний виконувати певну діяльність без труднощів, викликаних проблемами з фізичним здоров'ям чи емоційними проблемами. Так пункти цієї шкали зосереджуються на можливостях ходити або пересуватися між різними приміщеннями (наприклад, відвідання зустрічей); піднімати, переносити чи переміщати впродовж робочого часу речі (важчі 5 кг); сидіти, стояти чи перебувати в одному положенні довше 15 хвилин під час виконання роботи; повторення однакових рухів протягом робочого часу; згинання чи повертання тіла або досягання/торкання яких-небудь предметів/обладнання під час роботи; використання ручного інструмента чи обладнання (як то телефон, ручка, клавіатура, комп'ютерна миша, дриль, фен, шліфувальний інструмент). Більший показник відповідає за більші обмеження.

Аналіз оцінки шкали «фізичні вимоги» (табл. 3.11), виявив показники Me (25%; 75%) у Г1 на рівні 58,3(45,8; 70,8) %, а середньостатистичний результат становив 57,8±14,61 %; а у Г2 – 50(36,5; 58,3) % та 48,6±11,64 % відповідно. Отримані результати у групах достовірно відрізнялися (p<0,01). Таким чином можна стверджувати, що показник шкали «фізичні вимоги» був кращим у Г2. Різниця між $\bar{x}$ груп за цією шкалою склала 9,2 %.

Шкала «розумові та міжособистісні вимоги» орієнтована на оцінку того, скільки часу проблеми з фізичним здоров'ям чи емоційні проблеми ускладнювали здійснення та підтримання уважності під час роботи, чіткого мислення під час роботи, ретельного виконання роботи, зосередженості на робочих завданнях, роботи не втрачаючи ходу думок, чіткий зір при читанні або спостереженні на роботі. Окрім того, у шкалі відображені міжособистісні вимоги, складнощі у стосунках із особами на роботі (роботодавці, керівники, співробітники, клієнти, замовники або інші люди), а саме щодо розмов з людьми особисто, на зустрічах або по телефону; контролювання власних емоцій

та настрою у присутності людей під час роботи; допомога іншим людям у виконанні роботи. Відповідно більший бал чи відсоток відповідає гіршому результату, більшому обмеженню у трудовій діяльності.

Так при захворюваннях та після травм опорно-рухового апарату серед пацієнтів, що поступають на курс фізичної терапії на амбулаторному етапі, оцінки шкали «розумові та міжособистісні вимоги» не наближаються до найкращих. Зокрема за цією шкалою у групах Г1 та Г2 значення $\bar{x}$±S склали 55,4±10,59 % та 53,9±10,41 %, а показники Me (25%; 75%) відповідно склали 55,6(47,2; 63, 9) % та 52,8(47,2; 61,1) %. Проте статистичної відмінності між групами за цією шкалою не встановлено ($p>0,05$).

Шкала «вимоги до виробництва» характеризує скільки часу проблеми з фізичним здоров'ям чи емоційні проблеми ускладнювали виконання робочого навантаження, впливали на достатню швидкість роботи, вчасне виконання роботи, виконання роботи без помилок, обмежували відчуття того, що особа виконала те, що здатна робити. Для цього показника характерний зв’язок та трактування результатів, як і у попередніх шкалах: чим вищий бал, тим більше часу виникали подібного роду обмеження та проблеми. За результатами статистичного аналізу (табл. 3.11) у Г1 та Г2 статистичні показники відрізнялися достовірно ($p<0,05$), а показники Me (25%; 75%) становили 55(50; 70) % та 50(43,75; 65) %, при значеннях $\bar{x}$±S на рівні 59,7±16,31 % та 53,9±14,60 % відповідно. Таким чином можна стверджувати, що показник шкали «вимоги до виробництва» був кращим у Г2. Різниця між $\bar{x}$ груп за цією шкалою склала 5,8 %.

Показник WLQ Index Score, котрий був розрахований відповідно до інструкції [413], у Г1 склав 16,76±4,03 %, а у Г2 становив 15,45±3,73 %. Показники Me (25%; 75%) виявлені на рівнях 16,3(13,8; 19,3) % та 15,1(12,8; 17,7) % відповідно. Разом з тим, слід відзначити, що достовірної відмінності між вибірками за цим показником не встановлено. Окрім того, слід звернути увагу та те, що максимально досяжний для WLQ Index Score (з усіма шкалами на рівні 100) становить 28,6 %.

Використовуючи алгоритм розрахунку WLQ Productivity Loss Index (WLQ At-Work Productivity Loss Score, WLQ At-WPLS) [413], результат WLQ Index Score був перетворений у оцінку втрати продуктивності. Так показник WLQ At-WPLS, у Г1 склав 15,37±3,40 %, а у Г2 становив 14,25±3,19 %. Показники Me (25%; 75%) виявлені на рівнях 15 (12,9; 17,6) % та 14(12; 16,2) % відповідно. Разом з тим, слід відзначити, що достовірної відмінності між вибірками за цим показником не виявлено. Окрім того, слід звернути увагу та те, що максимально досяжна (з усіма шкалами на рівні 100) втрата продуктивності у вигляді WLQ At-WPLS становить 24,9 %.

Так, серед обстежених груп показники обмежень у трудовій діяльності статистично не відрізнялися (p>0,05). Проте були знайдені статистичні відмінності за шкалами «вимоги до виробництва» та «фізичні вимоги» на користь Г2 (табл. 3.11). Відповідно найбільша різниця між групами спостерігалася у цих шкалах (рис. 3.14).

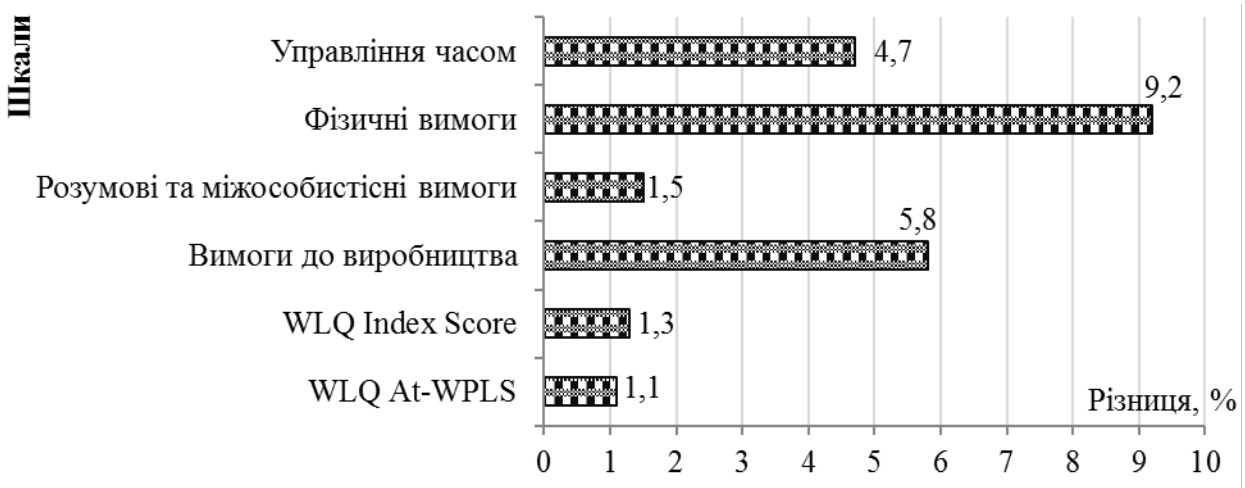


Рис. 3.14. Значення різниці між результатами груп Г1 та Г2 у показниках обмежень у трудовій діяльності

3.10. Результати аналізу обмежень у трудовій діяльності у групах пацієнтів за психотипом

Враховуючи представлені результати аналізу показників обмежень у трудовій діяльності за WLQ, було визначено необхідним дослідити отримані дані на наявність достовірних різниць у групах залежно від психотипу. У

таблиці 3.12 наведені результати порівняння Г+ та Г–, оскільки відмінності між цими групами аналогічні відмінностям при порівнянні Г1+ з Г1– та Г2+ з Г2–. Порівняння груп відбувалося з врахуванням наявності відповідності розподілу результатів нормальному

Достовірна відмінність між Г+ та Г– виявлена за шкалою «управління часом». Так у Г+ рівень шкали був ліпшим ($p<0,01$), а значення Me (25%; 75%) у Г+ та Г– склали 55(35; 65) % та 70 (55; 85) % відповідно. Різниця між середніми значеннями груп склала 15,8 %, що є вагомою різницею. Таким чином пацієнти з раціональним відношенням до хвороби мали кращі оцінки пунктів опитувальника, що стосуються складності управління часом та вимог до планування.

Отримані результати шкали «фізичні вимоги», що охоплює здатність людини виконувати завдання, пов'язані з фізичною силою, рухом, витривалістю, координацією та гнучкістю, були дещо гіршими у Г–, проте цієї різниці було недостатньо для констатування статистичної різниці між групами ($p>0,05$). Так значення Me (25%; 75%) у Г+ та Г– склали 50(37,50; 62,5) % та 54,2 (45,8; 62,5) %, а показники $\bar{x}\pm S$ склали 51,7±13,83 % та 54,5±13,96 % відповідно. Таким чином перевага групи Г+ не була вагомою.

Статистична відмінність між Г+ та Г– отримана й за шкалою «Розумові та міжособистісні вимоги» опитувальника WLQ, котра стосується когнітивних завдань роботи та соціальної взаємодії на робочому місці. Так у Г+ рівень шкали був статистично кращим ($p<0,01$), а значення $\bar{x}\pm S$ у Г+ та Г– склали 49,6±9,10 % та 59,9±9,19 % відповідно, за умови що 100 % відповідає найгіршому рівню. Показники Me (25%; 75%) склали 50(41,7; 55,6) % та 61,1 (52,8; 63,9) % відповідно. Різниця між середніми значеннями груп склала 10,3 %. Таким чином пацієнти з раціональним відношенням до хвороби (Г+) краще ніж пацієнти групи Г– оцінили можливості виконання когнітивних завдань на роботі та соціальну взаємодію на робочому місці.

Результати статистичного аналізу шкали «вимоги до виробництва» були аналогічними, а саме достовірна відмінність між результатами груп Г+ та Г–

була встановлена: 50(40; 60) % та 60 (50; 75) % (p<0,01). Відповідно група Г+ мала кращі оцінки, що стосуються зменшення кількості роботи та якості. Разом з тим, значення $\bar{x}$±S у Г+ склали 51,2±14,21 %, а у Г– склали 62,5±15,12 %.

Достовірна статистична відмінність між групами Г+ та Г– виявилася й за загальним показником WLQ Index Score. Так у Г+ рівень шкали був статистично кращим (p<0,01), а значення Me (25%; 75%) у Г+ та Г– склали 14,6(11,0; 16,8) % та 17,2(15,2; 20,4) % відповідно. Показники $\bar{x}$±S склали 14,60±3,59 % та 17,65±3,65 % відповідно. Різниця між середніми значеннями груп склала 3,05 %, що є суттєвим при врахуванні того, що максимально досяжний для WLQ Index Score (з усіма шкалами на рівні 100) становить 28,6 %. Таким чином пацієнти з раціональним відношенням до хвороби (Г+) мали менші ніж пацієнти групи Г– обмеження у роботі.

Таблиця 3.12

Показники опитування щодо обмежень у трудовій діяльності за WLQ у пацієнтів з ураженнями ОРА залежно від психотипу, %

Показники		Групи	
		Г+ (n=58)	Г– (n=55)
Управління часом	Me (25%; 75%)	55(35; 65)	70 (55; 85)*
	$\bar{x}$±S	53,2±17,49	69±17,52
Фізичні вимоги	Me (25%; 75%)	50(37,50; 62,5)	54,2 (45,8; 62,5)
	$\bar{x}$±S	51,7±13,83	54,5±13,96
Розумові та міжособистісні вимоги	Me (25%; 75%)	50(41,7; 55,6)	61,1 (52,8; 63,9)
	$\bar{x}$±S	49,6±9,10	59,9±9,19*
Вимоги до виробництва	Me (25%; 75%)	50(40; 60)	60 (50; 75)*
	$\bar{x}$±S	51,2±14,21	62,5±15,12
WLQ Index Score	Me (25%; 75%)	14,6(11,0; 16,8)	17,2(15,2; 20,4)*
	$\bar{x}$±S	14,60±3,59	17,65±3,65
WLQ At-WPLS	Me (25%; 75%)	13,6(10,4; 15,5)	15,8(14,1; 18,5)*
	$\bar{x}$±S	13,53±3,10	16,13±3,05

*Примітка. * – різниця між показниками груп статистично значуща p<0,01.*

Відповідно до результатів статистичного аналізу показник WLQ At-WPLS достовірно відрізнявся у групах Г+ та Г–, а статистичні показники

Me (25%; 75%) становили 13,6(10,4; 15,5) % та 15,8(14,1; 18,5) % ($p<0,01$). Відповідно група Г+ мала кращі оцінки, що стосуються втрати продуктивності загалом. Разом з тим, значення $\bar{x}\pm S$ у Г+ склали 13,53±3,10 %, а у Г– склали 16,13±3,05 % відповідно. Різниця між середніми значеннями груп склала 2,6 %, що є суттєвим при врахуванні того, що максимально досяжні втрати продуктивності за WLQ At-WPLS (з усіма шкалами на рівні 100) становить 24,9 %. Так, серед обстежених груп показники більшості шкал статистично відрізнялися ($p<0,01$). Ці статистичні відмінності отримані на користь групи пацієнтів з раціональними психотипами (табл. 3.12). Відповідно між групами спостерігалася найбільша різниця у цих шкалах (рис. 3.15). Найменша різниця отримана за шкалою «фізичні вимоги», беручи до уваги максимально можливий рівень індексних показників.

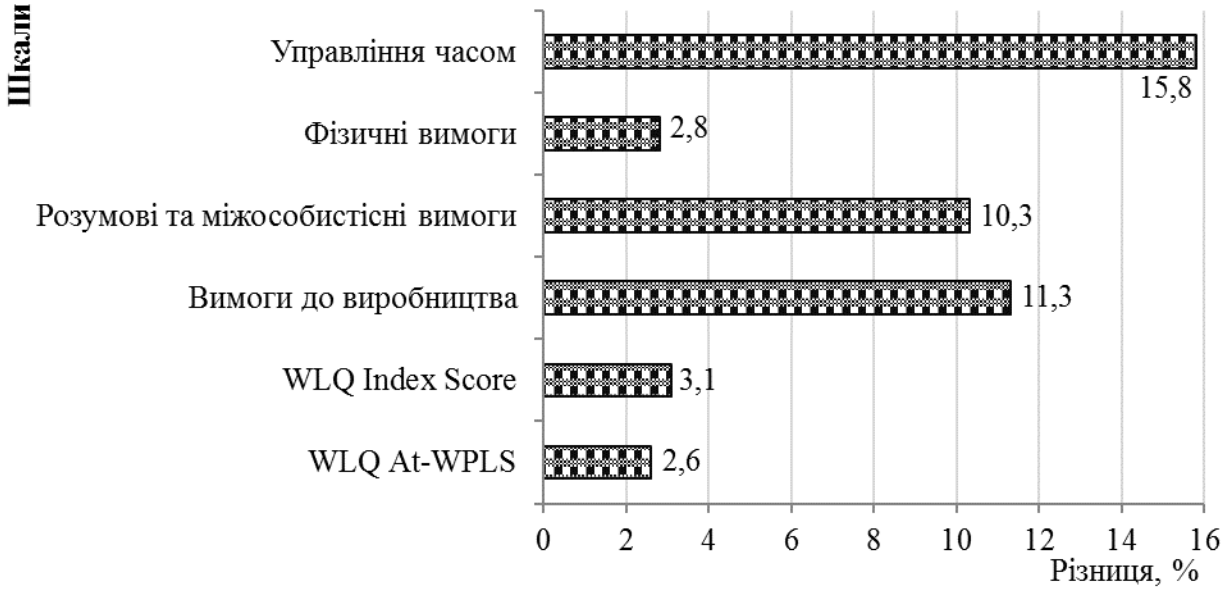


Рис. 3.15. Значення різниці між результатами груп Г– та Г+ у показниках обмежень у трудовій діяльності

При порівнянні пацієнтів з раціональними психотипами було виявлено статистичні відмінності за шкалою «фізичні вимоги» ($p<0,05$) між групами з ураженнями у нижній (Г1+) та верхній (Г2+) частинах тіла (табл. 3.13). Аналогічне порівняння не раціональних психотипів виявило відмінність за цією ж шкалою між Г1+ та Г2 ($p<0,01$).

Так за шкалою «фізичні вимоги» значення Me (25%; 75%) у Г1+ були гіршими ніж у Г2+, а самі статистичні показники були наступними - 54,2(45,8;66,7) % у Г1+ та 47,9(33,3;58,3) % у Г2+ ($p<0,05$). Різниця середніх значень груп за цією шкалою склала 8 %, а самі $\bar{x}\pm S$ становили 55,8±14,89 % та 47,8±11,72 %. Аналогічна різниця, проте більш виражена, за шкалою «фізичні вимоги» між Г1– та Г2– встановлена при показниках $\bar{x}\pm S$ у групах на рівнях 59,9±14,30 % у Г1– та 49,4±11,71 % у Г2– ($p<0,01$). Різниця середніх значень груп за цією шкалою склала 10,4 %. Значення Me (25%; 75%) у групах становили 58,3(50; 70,8) % та 50(38,5; 58,3) %.

Таблиця 3.13

Відмінності у групах з врахуванням двох факторів групування пацієнтів, %

Показники		Групи	
		Г1+ (n=28)	Г2+ (n=30)
Фізичні вимоги	Me (25%; 75%)	54,2(45,8;66,7)	47,9(33,3;58,3)*
	$\bar{x}\pm S$	55,8±14,89	47,8±11,72
		Г1– (n=27)	Г2– (n=28)
Фізичні вимоги	Me (25%; 75%)	58,3(50; 70,8)	50(38,5; 58,3)
	$\bar{x}\pm S$	59,9±14,30	49,4±11,71**
Вимоги до виробництва	Me (25%; 75%)	65(55;80)	60(50;73,8)
	$\bar{x}\pm S$	66,1±15,27	59,1±14,4

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

Крім того слід відзначити досить великі, проте недостовірні, відмінності між Г1– та Г2– за шкалою «вимоги до виробництва» опитувальника WLQ. Так значення Me (25%; 75%) у Г1– було гіршим ніж у Г2–: 65(55;80) % у Г1– та 60(50;73,8) % у Г2– ($p>0,05$). Різниця середніх значень груп за цією шкалою склала 7 %, а самі $\bar{x}\pm S$ становили 66,1±15,27 % та 59,1±14,4 % у Г1– та Г2– відповідно.

3.11. Результати аналізу динаміки показників обмежень у трудовій діяльності за WLQ у групах пацієнтів

Перед розглядом особливостей динаміки обмежень у трудовій діяльності серед груп пацієнтів з порушенням у нижній частині тіла (табл. 3.14) відзначимо, що усі шкали опитувальника WLQ достовірно покращилися впродовж стандартного курсу фізичної терапії у обох групах ($p<0,01$).

У таблиці 3.14 представлені заключні показники $\bar{x}\pm S$, Me (25%; 75%) та показник зміни середнього значення серед груп з порушеннями у нижній частині тіла відповідно до раціональних (Г1+) та не раціональних (Г1–) психотипів, а також висвітлено результати порівняння заключних показників з врахуванням розподілу.

Таблиця 3.14

Показники обмежень у трудовій діяльності за WLQ при повторному анкетуванні груп з порушеннями у нижній частині тіла та поперековому відділі відповідно до раціональних (Г1+) та не раціональних (Г1–) психотипів, %

Показники	Групи	$\bar{x}\pm S$	Δx	Me (25%; 75%)
Управління часом	Г1+	32,0±12,72	-23,04	30(20; 35)**
	Г1–	51,1±14,89	-20,74	50(35; 60)
Фізичні вимоги	Г1+	31,2±6,76**	-24,55	33,3(25; 37,5)
	Г1–	39,8±10,03	-20,06	41,7(33,3; 45,8)
Розумові та міжособистісні вимоги	Г1+	33,9±4,98**	-16,17	33,3(28,5; 38,2)
	Г1–	48,7±7,40	-12,14	47,2(44,4; 55,6)
Вимоги до виробництва	Г1+	37,5±10,58	-16,07	40(26,3; 40)**
	Г1–	51,5±11,67	-14,63	50(40; 60)
WLQ Index Score	Г1+	9,89±2,20**	-5,25	9,79(7,81; 10,81)
	Г1–	14,02±2,81	-4,43	13,67(11,65; 16,31)
WLQ At-WPLS	Г1+	9,40±1,98**	-4,59	9,32(7,52; 10,24)
	Г1–	13,04±2,43	-3,75	12,78(11,0; 15,05)

*Примітка. * – різниця між показниками груп статистично значуща на момент заключного обстеження $p<0,05$; ** – $p<0,01$.*

Так, шкала «управління часом» статистично покращилася у обох групах ($p<0,01$). Зниження середніх значень шкали у Г1+ та Г1– відповідно склали 23,04 % та 20,74 % (табл. 3.14). Відповідно різниця у динаміці склала 2,3 %, що становить 11,1 % від зниження у Г1–. Водночас, зниження не було статистично кращим у Г1+ ($p>0,05$). Проте, між заключними показниками Me (25%; 75%) груп встановлено статистично значиму відмінність на користь групи з раціональними психотипами: 30(20; 35) % у Г1+ та 50(35; 60) % у Г1– ($p<0,01$). Окрім того, різниця між заключними $\bar{x}$ у Г1+ та Г1– склала 19,1 %.

Особливості динаміки шкали «фізичні вимоги» у групах Г1+ та Г1– виявилися зокрема у тому, що зменшення середніх значень відповідно склало 24,55 % та 20,06 %.

Отже, різниця у зниженні склала 4,49 %, що становить 22,4 % від динаміки у Г1–. У такий спосіб, зазначена динаміка середнього значення була більш вираженою у групі з раціональними психотипами, але достовірність цієї переваги у динаміці не отримано ($p>0,05$). Між заключними результатами $\bar{x}\pm S$ груп за шкалою «фізичні вимоги» встановлено статистично значиму відмінність на користь групи Г1+, чого не спостерігалося при аналізі первинних результатів. Так, 31,2±6,76 % отримано у Г1+ та 39,8±10,03 % у Г1– ($p<0,01$). А різниця середніх значень заключних результатів груп Г1+ та Г1– склала 8,6 %.

Відповідно до результатів статистичного аналізу, особливості динаміки шкали «розумові та міжособистісні вимоги» виявилися у тому, що зниження середніх значень шкали у Г1+ та Г1– відповідно склало 16,17 % та 12,14 %. Таким чином, різниця у динаміці склала 4,03 %, що становить 33,2 % від динаміки у Г1–. Отже, зазначена динаміка середнього значення була більш вираженою у групі з раціональними психотипами, але достовірність цієї переваги у динаміці не отримано ($p>0,05$). Водночас, між заключними результатами $\bar{x}\pm S$ у групах за шкалою «розумові та міжособистісні вимоги» залишилася статистично значуща відмінність на користь Г1+. Так, 33,9±4,98 % отримано у Г1+ та 48,7±7,40 % у Г1– ($p<0,01$). У такий спосіб різниця середніх значень заключних результатів Г1+ та Г1– склала 14,8 %.

У динаміці шкали «вимоги до виробництва» встановлені статистично достовірні покращення у обох групах ($p<0,01$), як і у попередніх шкалах. Зниження середніх значень шкали у Г1+ та Г1– відповідно слало 16,07 % та 14,63 %.

Таким чином, різниця у динаміці склала лише 1,44 %. У такий спосіб, серед пацієнтів з раціональними психотипами динаміка за шкалою «вимоги до виробництва» була кращою на 9,8 % від зниження у Г1–, проте така різниця у динаміці не призвела до встановлення статистичних відмінностей за показником Δx. Окрім того, між заключними Me (25%; 75%) груп статистично значима відмінність зберігалася: 40(26,3; 40) % у Г1+ та 50(40; 60) % у Г1– ($p<0,01$).

Водночас, різниця середніх значень груп Г1+ та Г1– дещо збільшилася і склала 14 %.

Показник WLQ Index Score, як і шкали, статистично покращився у обох групах з порушеннями у нижній частині тіла ($p<0,01$). Зменшення середніх значень індексу у Г1+ та Г1– відповідно слало 5,25 % та 4,43 %. Відповідно різниця у зниженні становила 0,82 %, що становить 18,5 % від динаміки у Г1–. Слід відзначити, що динаміка не мала статистичних переваг у певній групі ($p>0,05$). Разом з тим, між заключними показниками $\bar{x}\pm S$ груп встановлено статистично значиму відмінність на користь групи Г2+: 9,89±2,20 % у Г1+ та 14,02±2,81 % у Г1– ($p<0,01$).

За результатами проведеного статистичного аналізу, динаміка показника WLQ At-WPLS була достовірною, як і у попередніх критеріях опитувальника ($p<0,01$). Зниження середніх значень шкали у Г1+ та Г1– відповідно становило 4,59 % та 3,75 %. Відмінностей за показником Δx не встановлено ($p>0,05$). Різниця у динаміці відповідно склала лише 0,84 %, що становить 22,4 % від зниження у Г1–. Водночас, між заключними результатами $\bar{x}\pm S$ у групах Г1+ та Г1– за WLQ At-WPLS встановлено статистично значиму відмінність, як і при аналізі першого обстеження, а самі показники склали відповідно 9,40±1,98 % та 13,04±2,43 % ($p<0,01$). У такий спосіб, різниця середніх значень заключних результатів груп Г1+ та Г1– дещо збільшилася й склала 3,64 %.

Зважаючи на показники динаміки впродовж курсу фізичної терапії, слід відзначити, що всі зміни обмежень у трудовій діяльності носили позитивний характер, а найвагоміші зміни у групах спостерігалися у підшкалах «фізичні вимоги» та «управління часом» (рис. 3.16).

Перед розглядом особливостей динаміки обмежень у трудовій діяльності серед груп пацієнтів з порушенням у верхній частині тіла (табл. 3.15) відзначимо, що усі шкали опитувальника WLQ достовірно покращилися впродовж стандартного курсу фізичної терапії у обох групах ($p<0,01$).

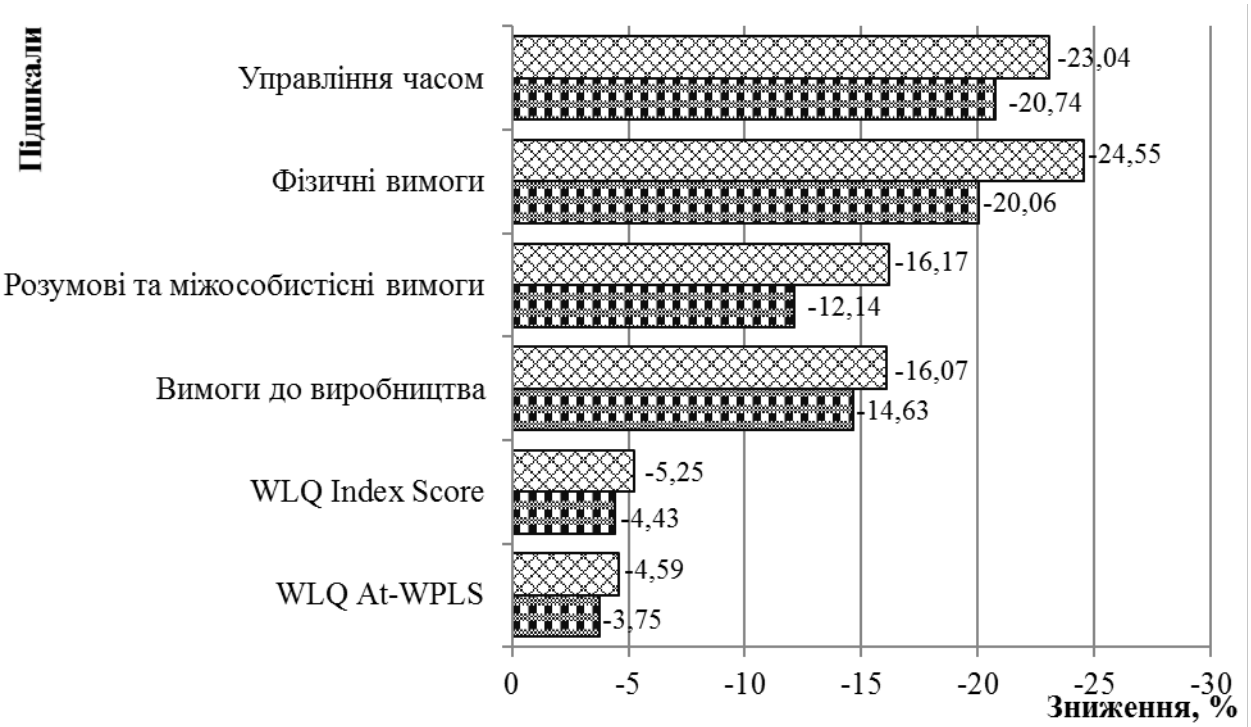


Рис. 3.16. Динаміка отриманих балів за опттувальником WLQ у групах пацієнтів з ураженням у нижній частині тіла з раціональним (Г1+) та нераціональним (Г1-) ставленням до хвороби впродовж проходження фізичної терапії:

- динаміка у Г1+;
- динаміка у Г1-

У таблиці 3.15 представлені заключні показники $\bar{x}\pm S$, Me (25%; 75%) та показник зміни середнього значення серед груп з порушеннями у нижній частині тіла відповідно до раціональних (Г2+) та не раціональних (Г2-)

психотипів, а також висвітлено результати порівняння заключних показників з врахуванням розподілу.

Так, шкала «управління часом» статистично покращилася у обох групах ($p<0,01$). Зниження середніх значень шкали у Г2+ та Г2- відповідно склали 19 % та 15,71 % (табл. 3.15). Відповідно різниця у динаміці склала 3,29 %, що становить 20,9 % від зниження у Г2-. Водночас, зниження не було статистично більшим у Г2+ ($p>0,05$). Проте, між заключними показниками Me (25%; 75%) груп встановлено статистично значиму відмінність на користь групи з раціональними психотипами: 30(20; 50) % у Г2+ та 50(35; 60) % у Г2- ($p<0,01$). Окрім того, різниця між заключними $\bar{x}$ у Г2+ та Г2- склала 18 %.

Таблиця 3.15

Показники обмежень у трудовій діяльності за WLQ при повторному анкетуванні груп з порушеннями у верхній частині тіла відповідно до раціональних (Г2+) та не раціональних (Г2–) психотипів, %

Показники	Групи	$\bar{x}$±S	Δx	Me (25%; 75%)
Управління часом	Г2+	32,5±13,69	-19,00	30(20; 50)**
	Г2-	50,5±14,93	-15,71	50(35; 60)
Фізичні вимоги	Г2+	26,0±6,35	-21,81	25(23,96; 29,2)**
	Г2-	32,4±7,80	-16,96	33,3(25; 33,3)
Розумові та міжособистісні вимоги	Г2+	31,0±4,84**	-18,06	30,6(27,8; 33,3)
	Г2-	45,2±6,54	-13,79	44,4(39,6; 50)
Вимоги до виробництва	Г2+	36,5±11,00	-12,50	35(25; 45)**
	Г2-	49,3±11,36	-9,82	50(40; 60)
WLQ Index Score	Г2+	9,34±2,34	-4,76	9,31(7,44; 11,07)**
	Г2-	13,16±2,57	-3,73	12,83(11,01; 15,35)
WLQ At-WPLS	Г2+	8,89±2,11	-4,20	8,89(7,17; 10,48)**
	Г2-	12,30±2,24	-3,19	12,04(10,42; 14,23)

*Примітка. * – різниця між показниками груп статистично значуща на момент заключного обстеження $p<0,05$; ** – $p<0,01$.*

Особливості динаміки шкали «фізичні вимоги» у групах Г2+ та Г2- виявилися зокрема у тому, що зменшення середніх значень відповідно склало 21,81 % та 16,96 %. Отже, різниця у зниженні склала 4,85 %, що становить 28,6 % від динаміки у Г2-. У такий спосіб, зазначена динаміка середнього

значення була більш вираженою у групі з раціональними психотипами. Водночас статистично підтверджено достовірність цієї переваги у динаміці ($p<0,05$). Між заключними результатами Me (25%; 75%) груп за шкалою «фізичні вимоги» встановлено статистично значиму відмінність на користь групи Г2+, чого не спостерігалося при аналізі первинних результатів. Так, 25(23,96; 29,2) % отримано у Г2+ та 33,3(25; 33,3) % у Г2- ($p<0,01$). А різниця середніх значень заключних результатів груп Г2+ та Г2- склала 6,4 %.

Відповідно до результатів статистичного аналізу, особливості динаміки шкали «розумові та міжособистісні вимоги» виявилися у тому, що зниження середніх значень шкали у Г2+ та Г2- відповідно склало 18,06 % та 13,79 %. Таким чином, різниця у динаміці склала 4,27 %, що становить 30,1 % від зниження у Г2-. Отже, зазначена динаміка середнього значення була більш вираженою у групі з раціональними психотипами. Водночас, достовірність цієї переваги у динаміці була підтверджена статистично ($p<0,05$). Отже, між заключними результатами $\bar{x}\pm S$ у групах за шкалою «розумові та міжособистісні вимоги» залишилася статистично значуща відмінність на користь Г2+. Так, 31,0±4,84 % отримано у Г2+ та 45,2±6,54 % у Г2- ($p<0,01$). У такий спосіб різниця середніх значень заключних результатів Г2+ та Г2- склала 14,2 %.

У динаміці шкали «вимоги до виробництва» встановлені статистично достовірні покращення у обох групах ($p<0,01$), як і у попередніх шкалах. Зниження середніх значень шкали у Г2+ та Г2- відповідно слало 12,5 % та 9,82 %. Таким чином, різниця у динаміці склала лише 2,68 %. У такий спосіб, серед пацієнтів з раціональними психотипами динаміка за шкалою «вимоги до виробництва» була кращою на 27,3 % від динаміки у Г2-, проте така різниця у динаміці не призвела до встановлення статистичних відмінностей за показником Δx. Водночас, між заключними Me (25%; 75%) груп статистично значима відмінність зберігалася: 35(25; 45) % у Г2+ та 50(40; 60) % у Г2- ($p<0,01$). Водночас, різниця середніх значень груп Г2+ та Г2- дещо збільшилася і склала 12,8 %.

Показник WLQ Index Score, як і шкали, статистично покращився у обох групах з порушеннями у верхній частині тіла ($p<0,01$). Зменшення середніх значень індексу у Г2+ та Г2- відповідно слало 4,76 % та 3,73 %. Відповідно різниця у зниженні становила 1,03 %, що становить 27,6 % від зниження у Г2-. Слід відзначити, що динаміка не мала статистичних переваг у певній групі ($p>0,05$). Разом з тим, між заключними показниками Me (25%; 75%) груп встановлено статистично значиму відмінність на користь групи Г2+: 9,31(7,44; 11,07) % у Г2+ та 12,83(11,01; 15,35) % у Г2- ($p<0,01$).

За результатами проведеного статистичного аналізу, динаміка показника WLQ At-WPLS була достовірною, як і у попередніх критеріях опитувальника ($p<0,01$). Зниження середніх значень шкали у Г2+ та Г2- відповідно становило 4,2 % та 3,19 %. Різниця у динаміці відповідно склала 1,01 %, що становить 31,7 % від зниження у Г2-. Отже, зазначена динаміка середнього значення була більш вираженою у групі з раціональними психотипами. Водночас, достовірність цієї переваги у динаміці була підтверджена статистично ($p<0,05$). Окрім того, між заключними результатами Me (25%; 75%) у групах Г2+ та Г2- за WLQ At-WPLS встановлено статистично значиму відмінність, як і при аналізі першого обстеження, а самі показники склали відповідно 8,89(7,17; 10,48) % та 12,04(10,42; 14,23) % ($p<0,01$). У такий спосіб, різниця середніх значень заключних результатів груп Г2+ та Г2- дещо збільшилася й склала 3,41 %.

Водночас, слід відзначити, що при порівнянні динаміки за локалізацією порушення у пацієнтів Г1 більш виражена динаміка за шкалою «управління часом»; у пацієнтів Г2 наявна статистична відмінність залежно від психотипу у прирості за шкалами «фізичні вимоги», «розумові та міжособистісні вимоги», «WLQ At-WPLS», чого не встановлено у Г1. Найвагоміша динаміка спостерігалася у шкалах «управління часом» та «фізичні вимоги».

Результати динаміки обмежень у трудовій діяльності впродовж курсу фізичної терапії підтвердили, що всі зміни носили позитивний характер, а найвагоміші зміни у групах спостерігалися у підшкалах «фізичні вимоги», «управління часом» та «розумові та міжособистісні відносини» (рис. 3.17).

Загалом динаміка у обох групах пацієнтів з нераціональними психотипами могла бути кращою, оскільки вони мали більший резерв до зростання відповідно до отриманих даних на момент першого обстеження. Проте цього не спостерігалося, особливо виражено серед пацієнтів з порушенням у верхній частині тіла, оскільки встановлені достовірні відмінності у динаміці за рядом показників на користь у групи з раціональними психотипами.

Водночас, розглянуті результати порівняння динаміки між Г1+ та Г1- та між Г2+ та Г2- відображено на рис. 3.18, а саме результати віднімання значень показника Δх у Г1+ від Δх Г1- та Δх у Г2+ від Δх Г2-.

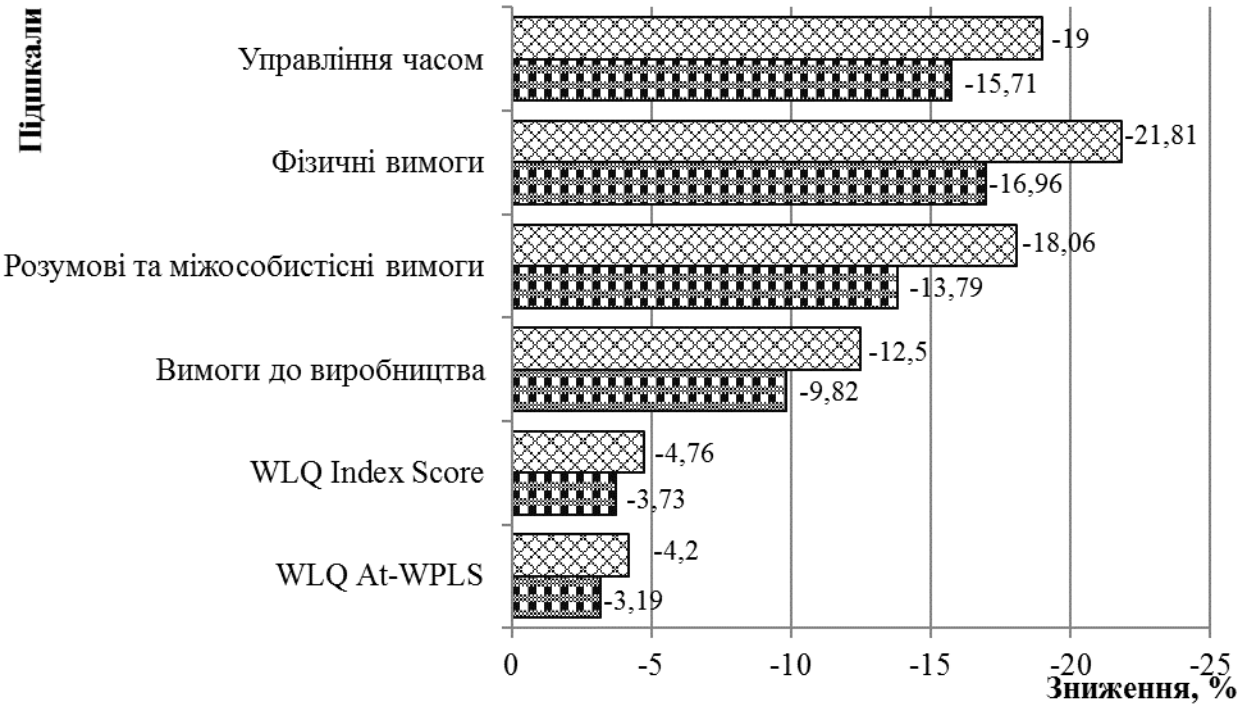


Рис. 3.17. Динаміка отриманих балів за опттувальником WLQ у групах пацієнтів з ураженням у нижній частині тіла з раціональним (Г2+) та нераціональним (Г2-) ставленням до хвороби впродовж проходження фізичної терапії:

- динаміка у Г2+;
- динаміка у Г2-

Так діаграма відображає переваги (при знаку «-») у динаміці груп з раціональними психотипами над динамікою у групах з нераціональними психотипами. Відповідно до отриманих результатів (рис.3.18) між парами груп

найбільша абсолютна різниця у динаміці спостерігалася за шкалами «фізичні вимоги», «розумові та міжособистісні вимоги». Це відображає вплив типу ставлення до хвороби на динаміку обмежень у трудовій діяльності за WLQ серед пацієнтів з порушеннями опорно-рухового апарату. Для отримання показника відносної переваги у зниженні обмежень у трудовій діяльності груп з раціональними психотипами порівняно з динамікою у пов'язаних групах за локалізацією порушення та відмінними за психотипами було розраховано відсоток, який складає абсолютна перевага (рис. 3.19) від значення динаміки у відповідній групі з нераціональними психотипами (табл. 3.14 та 3.15).

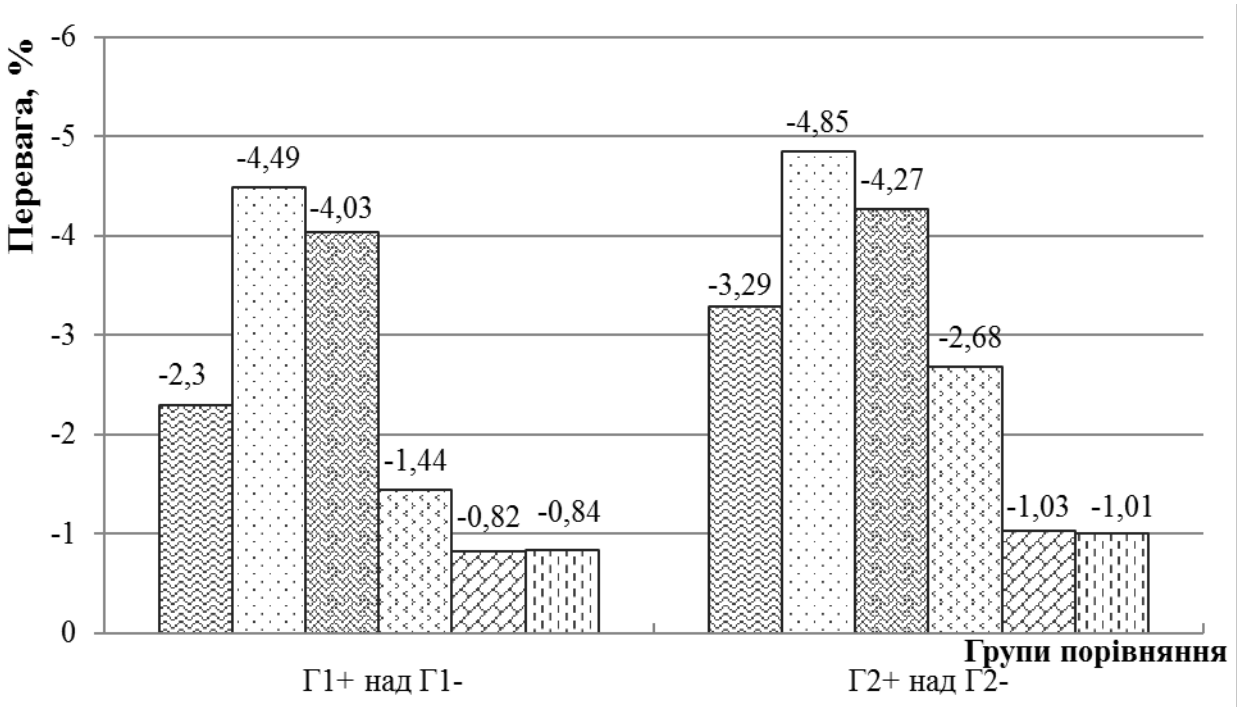


Рис. 3.18. Показники абсолютної переваги у динаміці значень обмежень у трудовій діяльності за WLQ груп пацієнтів з раціональними психотипами над групами з нераціональними:

- управління часом;
- фізичні вимоги;
- розумові та міжособистісні вимоги;
- вимоги до виробництва;
- WLQ Index Score;
- WLQ At-WPLS

Так діаграма (рис. 3.19) відображає відносні переваги у динаміці груп з раціональними психотипами над динамікою у групах з нераціональними психотипами.

При порівнянні діаграм, котрі відображають абсолютні та відносні переваги відразу відмічається зміна показників з найбільш вираженими відмінностями. Зокрема у обох парах порівняння стала більш вираженою перевага індексних показників. Відносна перевага у динаміці за шкалами «фізичні вимоги», «розумові та міжособистісні вимоги» залишилася вираженою. Це відображає вплив типу ставлення до хвороби на динаміку обмежень у трудовій діяльності за серед пацієнтів з порушеннями опорно-рухового апарату.

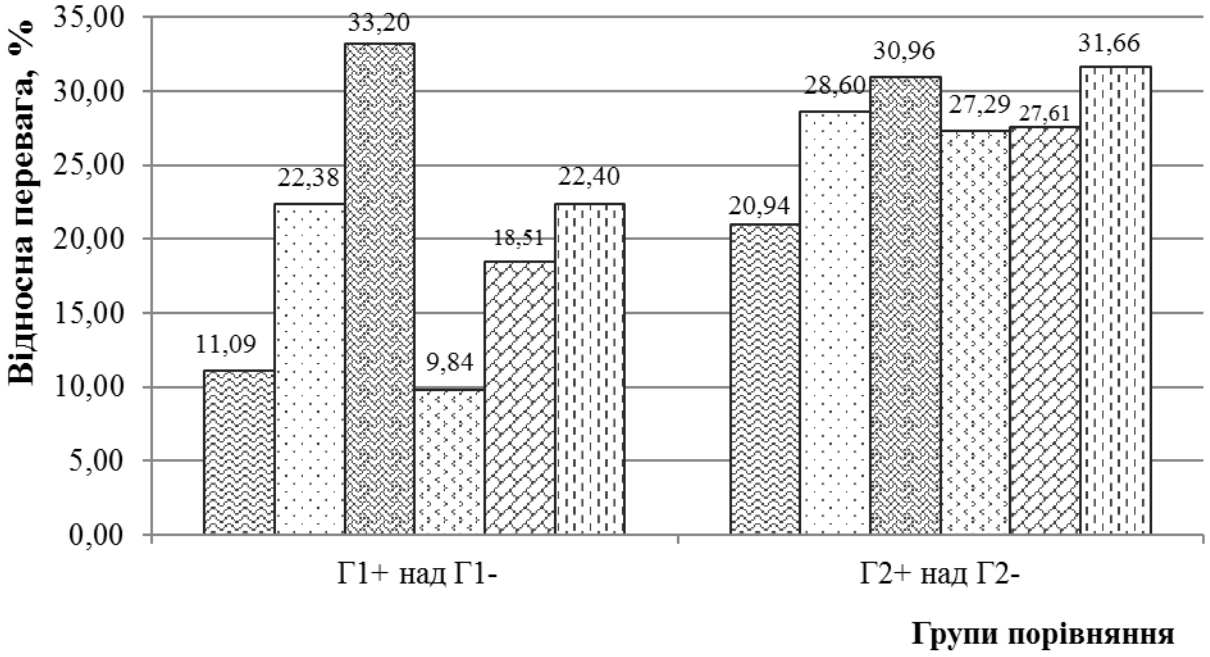


Рис. 3.19. Відносні переваги у динаміці значень шкал за опитувальнтком SF-36 у групах пацієнтів Г1+ та Г2+ порівняно з приростом у групах аналогічних за локалізацією та відмінними за психотипами:

- ▨ - управління часом;
- □ - фізичні вимоги;
- ▩ - розумові та міжособистісні вимоги;
- ▫ - вимоги до виробництва;
- ▨ - WLQ Index Score;
- ▫ - WLQ At-WPLS

3.12. Результати аналізу показників оцінки терапевтичного альянсу

Враховуючи, що при порівнянні груп Г1+ з Г2+ та Г1– з Г2- не було отримано достовірних відмінностей між показниками, аналіз оцінок терапевтичного альянсу представлений у вигляді порівняння груп Г+ та Г-.

Розглянемо результати статистичного аналізу оцінки терапевтичного альянсу зі сторони пацієнта (табл. 3.16). Так, за першим пунктом опитувальника, котрий відповідає за розуміння пацієнтом того, як він може змінитися у результаті занять, статистична перевага відзначена у пацієнтів з раціональним психотипом. Зокрема, у Г+ показники Me (25%; 75%) становили 4(3; 4) бали, а у Г– склали 3(3; 4) бали ($p<0,01$). Різниця середніх значень склала 0,59 бала. Відзначимо, що максимальна та найкраща оцінка становить 5 балів.

Наступний пункт опитувальника відповідає за частоту отримання нових способів розгляду проблеми пацієнта у результаті того, що пацієнт робить у терапії. Так, показники Me (25%; 75%) становили 3(3; 3) бали у Г+ та Г– ($p>0,05$). Різниця середніх значень склала 0,11 бала. Відзначимо, що максимальна та найкраща оцінка становить 5 балів.

Третій пункт віддзеркалює той факт, що пацієнт вважає, що він подобається фізичному терапевту. Серед пацієнтів групи Г+ показники Me (25%; 75%) становили 4(4; 4) бали, а у Г– склали 3(3; 4) бали ($p<0,01$). Різниця середніх значень склала 0,69 бала. У такий спосіб пацієнти з раціональними психотипами більшою мірою вважали, що подобаються фізичному терапевту (табл. 3.16). Четвертий пункт опитувальника, що оцінює співпрацю між фізичним терапевтом та пацієнтом над встановленням цілей терапії, мав дещо нижчі бали. Зокрема, у Г+ показники Me (25%; 75%) становили 2(2; 3) бали, а у Г– склали 2(2; 2) бали ($p<0,01$). Різниця середніх значень склала 0,3 бала. У такий спосіб обидві групи мали статистичні показники нижчі за середню оцінку за 5-бальною шкалою.

Рівень взаємної поваги між пацієнтом та фізичним терапевтом вказаний у п’ятому пункті опитувальника. Зокрема, у Г+ показники Me (25%; 75%) становили 4(4; 5) бали, а у Г– склали 4(3; 4) бали ($p<0,01$). Різниця середніх

значень склала 0,56 бала. У такий спосіб обидві групи мали статистичні показники вищі за середню оцінку за 5-бальною шкалою.

Таблиця 3.16

Середньостатистичні показники оцінки терапевтичного альянсу у групах пацієнтів за психотипом, бали

Пункти		Групи	
		Г+ (n=58)	Г– (n=55)
1. У результаті цих сесій я більш чітко розумію, як я можу змінитися	Me(25%;75%)	4(3; 4)	3(3; 4)**
	$\bar{X}$±S	3,90±0,69	3,31±0,69
2. Те, що я роблю в терапії, дає мені нові способи розгляду моєї проблеми	Me(25%;75%)	3(3; 3)	3(3; 3)
	$\bar{X}$±S	2,93±0,37	2,82±0,47
3. Я вважаю, що я подобаюсь ФТ	Me(25%;75%)	4(4; 4)	3(3; 4)**
	$\bar{X}$±S	4,07±0,37	3,38±0,49
4. ФТ і я співпрацюю над встановленням цілей для моєї терапії	Me(25%;75%)	2(2; 3)	2(2; 2)**
	$\bar{X}$±S	2,43±0,50	2,13±0,34
5. ФТ і я поважаємо один одного	Me(25%;75%)	4(4; 5)	4(3; 4)**
	$\bar{X}$±S	4,21±0,52	3,65±0,48
6. ФТ і я працюємо у напрямку взаємно узгоджених цілей	Me(25%;75%)	4(3; 4)	3(3; 4)**
	$\bar{X}$±S	3,71±0,46	3,38±0,49
7. Я відчуваю, що ФТ цінує мене	Me(25%;75%)	4(4; 4)	3(3; 4)**
	$\bar{X}$±S	4,07±0,37	3,36±0,49
8. ФТ і я згодні з тим, що для мене важливо працювати (над собою)	Me(25%;75%)	4(4; 4)	4(4; 4)
	$\bar{X}$±S	4,24±0,43	4,09±0,40
9. Я відчуваю, що ФТ піклується про мене, навіть коли я роблю те, що ФТ не схвалює	Me(25%;75%)	4(4; 4)	4(3; 4)
	$\bar{X}$±S	4,02±0,51	3,87±0,61
10. Я відчуваю, що те, що я роблю в терапії, допоможе мені виконати ті зміни, які я хочу	Me(25%;75%)	4(3; 4)	3(3; 4)**
	$\bar{X}$±S	3,88±0,68	3,29±0,53
11. ФТ і я встановили гарне розуміння тих змін, які були б корисними для мене	Me(25%;75%)	4(3; 4)	3(3; 4)
	$\bar{X}$±S	3,55±0,50	3,38±0,49
12. Я вважаю, що спосіб роботи з моєю проблемою правильний	Me(25%;75%)	4(3; 4)	3(3; 4)**
	$\bar{X}$±S	3,84±0,77	3,29±0,57
Оцінка пунктів «ціль»	Me(25%;75%)	14(12,75; 15)	12(12; 14)**
	$\bar{X}$±S	13,93±1,39	12,98±1,28
Оцінка пунктів «завдання»	Me(25%;75%)	15(13; 15)	12(11; 15)**
	$\bar{X}$±S	14,55±2,12	12,71±1,69
Оцінка пунктів «взаємовідносини»	Me(25%;75%)	16(16; 17)	14(13; 15)**
	$\bar{X}$±S	16,36±0,97	14,27±1,10

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

Оцінка спільної праці фізичного терапевта та пацієнта у напрямку взаємно узгоджених цілей представлена шостим пунктом опитувальника. Так, показники Me (25%; 75%) становили 4(3; 4) бали у Г+ та 3(3; 4) серед пацієнтів Г– ($p<0,01$). Різниця середніх значень склала 0,33 бала.

За сьомим пунктом опитувальника, котрий відповідає за відчуття у пацієнта того, що його цінує фізичний терапевт, статистична перевага відзначена у пацієнтів з раціональним психотипом. Зокрема, у Г+ показники Me (25%; 75%) становили 4(4; 4) бали, а у Г– склали 3(3; 4) бали ($p<0,01$). Різниця середніх значень склала 0,71 бала. У такий спосіб у пацієнтів з раціональними психотипами більшою мірою було присутнє відчуття того, що їх цінує фізичний терапевт.

Наступний пункт опитувальника відповідає за спільне погодження фізичним терапевтом та пацієнтом того, що пацієнтові треба працювати над собою. Так, показники Me (25%; 75%) становили 4(4; 4) бали у Г+ та Г–, а достовірність відмінності між групами не була підтверджена ($p>0,05$). Різниця середніх значень склала 0,15 бала.

Дев’ятий пункт віддзеркалює той факт, що пацієнт відчуває піклування про себе зі сторони фізичного терапевта, навіть коли пацієнт робить те, що не схвалює фізичний терапевт. Серед пацієнтів групи Г+ показники Me (25%; 75%) становили 4(4; 4) бали, а у Г– склали 4(3; 4) бали. Статистично достовірної різниці між групами не було отримано ($p>0,05$). Різниця середніх значень склала лише 0,15 бала.

Десятий пункт опитувальника оцінює відчуття пацієнтом того, що робота у фізичній терапії допоможе виконати ті зміни, які він хоче. Зокрема, у Г+ показники Me (25%; 75%) становили 4(3; 4) бали, а у Г– склали 3(3; 4) бали ($p<0,01$). Різниця середніх значень склала 0,59 бала, що є досить вагомим при врахуванні системи оцінки. У такий спосіб обидві групи мали статистичні показники вищі за середню оцінку за 5-бальною шкалою.

Рівень встановлення фізичним терапевтом та пацієнтом гарного розуміння тих змін, які були б корисними для пацієнта, відображений оцінкою за

одинадцятим пунктом опитувальника. Зокрема, у Г+ показники Me (25%; 75%) становили 4(3; 4) бали, а у Г– склали 3(3; 4) бали, проте статистично достовірних відмінностей не було виявлено (p>0,05). Різниця середніх значень склала 0,17 бала. Оцінка частоти виникнення думки у пацієнта, що спосіб роботи з його проблемою правильний представлена дванадцятим пунктом опитувальника. Так, показники Me (25%;75%) становили 4(3; 4) бали у Г+ та 3(3; 4) серед пацієнтів Г– (p<0,01). Різниця середніх значень склала 0,55 бала. У такий спосіб пацієнти з раціональними психотипами частіше вважали, що спосіб роботи з їх проблемою правильний.

Отже, пацієнти з раціональним ставленням до хвороби краще оцінили формування терапевтичного альянсу (рис. 3.20).

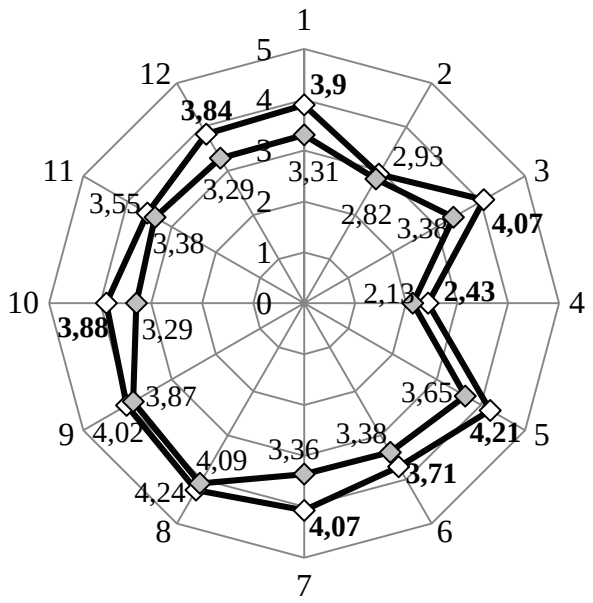


Рис. 3.20. Середні значення балів у пунктах оцінки терапевтичного альянсу на думку пацієнтів у групах:

- з раціональним ставленням до…
- з нераціональним ставленням до…

Загальна оцінка пунктів «ціль» була достовірно кращою у пацієнтів з раціональними психотипами. Так, показники Me (25%; 75%) становили 14(12,75; 15) балів у Г+ та 12(11; 14) балів серед пацієнтів Г– ($p<0,01$). Різниця середніх значень склала 0,95 бала (рис. 3.21). У такий спосіб пацієнти з раціональними психотипами мали перевагу середнього арифметичного групи у 7,3 % від $\bar{x}$ оцінки групи Г– (рис. 3.21).

Наступна загальна оцінка пунктів «завдання» також була достовірно кращою у пацієнтів з раціональними психотипами. Так, показники Me (25%; 75%) становили 15(13; 15) балів у Г+ та 12(11; 15) балів серед пацієнтів групи Г– ($p<0,01$). Відмінність середніх значень склала 1,84 бала. У такий спосіб пацієнти з раціональними психотипами мали перевагу середнього арифметичного групи у 14,5 % від $\bar{x}$ оцінки групи Г–.

Остання загальна оцінка відповідає за пункти щодо рівня «взаємовідносин». Ця оцінка також була достовірно кращою у пацієнтів з раціональними психотипами. Так, показники Me (25%; 75%) становили 16(16; 17) балів у Г+ та 14(13; 15) балів серед пацієнтів групи Г– ($p<0,01$). Відмінність середніх значень склала 2,09 бала. У такий спосіб пацієнти з раціональними психотипами мали перевагу середнього арифметичного групи у 14,6 % від $\bar{x}$ оцінки групи Г–.

При врахуванні того, що за загальними оцінками опитувальника пацієнтів максимальний бал становить 20, можна розрахувати який відсоток від максимуму отримали групи за цими трьома показниками. У такий спосіб отримані наступні показники за оцінкою пунктів «ціль»: серед пацієнтів Г+ 69,7 % від максимальної оцінки, а у Г– 64,9 %. Загальний показник за пунктами «завдання» відповідно склав 72,8 % та 63,6 % від максимальної оцінки. При такому розрахунку загальна середня оцінка «взаємовідносини» у групах мала найбільшу відмінність: серед пацієнтів Г+ 81,8 % від максимальної оцінки, а у Г– 71,4 %. Показники різниці за цими показниками представлені на рис. 3.21 (перевага відносно максимального значення показника).

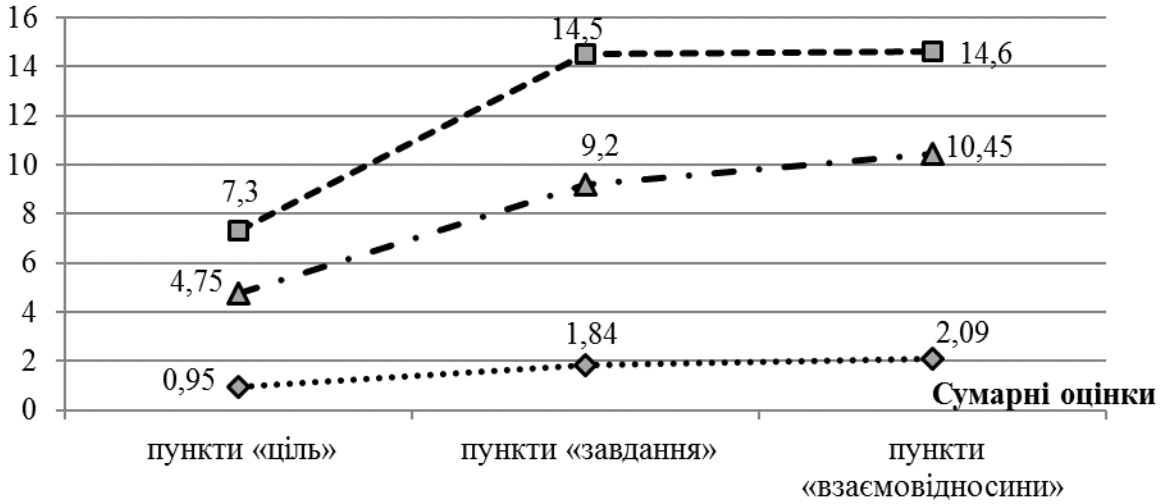


Рис. 3.21. Показники переваг у оцінках терапевтичного альянсу на думку пацієнтів з раціональним ставленням до хвороби :

- абсолютна перевага над Г- (бал);
- перевага відносно значення у Г- (%);
- перевага відносно максимального значення показника (%);

Таким чином, можна констатувати, що за оцінкою пунктів «ціль» спостерігалися найнижчі результати, котрі були найбільш віддалені від максимальних значень. Дещо кращими були показники за оцінкою пунктів «завдання». Тобто за цими пунктами необхідно вжити заходів для покращення показників терапевтичного альянсу та системи фізичної терапії загалом. А для зниження достатньо вираженої різниці між Г+ та Г– за оцінкою пунктів «взаємовідносини» також слід вжити заходів щодо поліпшення налагодження взаємовідносин з пацієнтами з нераціональними психотипами. Розглянемо результати статистичного аналізу оцінки терапевтичного альянсу зі сторони фізичного терапевта (табл. 3.17).

Перший пункт опитувальника відповідає за думку фізичного терапевта щодо спільного погодження з пацієнтом кроків, які необхідно вжити для поліпшення його/її ситуації. Так, показники Me (25%; 75%) становили 4(3; 4) бали у Г+ та 3(3; 4) бали у Г–, окрім того була підтверджена достовірна відмінність між групами ($p<0,01$). Різниця середніх значень склала 0,25 бала.

Другий пункт віддзеркалює той факт, що фізичний терапевт щиро піклується про добробут пацієнта. Серед пацієнтів групи Г+ та Г– показники

Me (25%; 75%) становили 4(4; 4) бали. Статистично достовірної різниці між групами не було отримано (p>0,05). Різниця середніх значень склала лише 0,1 бала.

Оцінка фізичного терапевта спільної праці з пацієнтом у напрямку взаємно узгоджених цілей представлена третім пунктом опитувальника для фахівця. Так, показники Me (25%; 75%) становили 3(3; 4) бали у Г+ та Г– (p>0,05). Різниця середніх значень була мінімальною.

Таблиця 3.17

Середньостатистичні показники оцінки терапевтичного альянсу у фізичних терапевтів відповідно до груп пацієнтів за психотипом, бали

Пункти		Групи	
		Г+ (n=58)	Г– (n=55)
1. Пацієнт і я погоджуємося з кроками, які слід вжити для поліпшення його/її ситуації	Me (25%; 75%)	4(3; 4)	3(3; 4)**
	$\bar{x}$±S	3,74±0,44	3,49±0,50
2. Я щиро піклуюся про добробут пацієнта	Me (25%; 75%)	4(4; 4)	4(4; 4)
	$\bar{x}$±S	4,14±0,35	4,04±0,19
3. Ми працюємо над досягненням взаємно узгоджених цілей	Me (25%; 75%)	3(3; 4)	3(3; 4)
	$\bar{x}$±S	3,36±0,48	3,35±0,48
4. Пацієнт і я обидва впевнені в корисності нашої поточної діяльності в терапії	Me (25%; 75%)	4(4; 4)	4(3; 4)**
	$\bar{x}$±S	4,10±0,48	3,56±0,50
5. Я ціную пацієнта як особистість	Me (25%; 75%)	4(4; 5)	4(4; 4)**
	$\bar{x}$±S	4,38±0,56	4,09±0,29
6. Ми встановили гарне розуміння того, які зміни будуть корисні для пацієнта.	Me (25%; 75%)	4(3; 4)	3(3; 4)
	$\bar{x}$±S	3,59±0,50	3,44±0,50
7. Пацієнт і я поважаємо один одного	Me (25%; 75%)	4(4; 4)	4(3; 4)**
	$\bar{x}$±S	4,17±0,46	3,69±0,63
8. У пацієнта і у мене є спільне сприйняття його / її цілей	Me (25%; 75%)	3(3; 4)	3(3; 4)
	$\bar{x}$±S	3,40±0,49	3,38±0,49
9. Я поважаю пацієнта навіть коли він / вона робить те, що я не схвалюю	Me (25%; 75%)	4(4; 4)	4(3; 4)
	$\bar{x}$±S	3,93±0,53	3,73±0,68
10. Ми погоджуємося на тому, що важливо для пацієнта працювати над собою	Me (25%; 75%)	4(4; 4)	4(3; 4)**
	$\bar{x}$±S	4,10±0,31	3,75±0,44

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

Четвертий пункт опитувальника оцінює думку фізичного терапевта щодо того, що він та пацієнт впевнені в корисності поточної діяльності в терапії. Зокрема, у Г+ показники Me (25%; 75%) становили 4(4; 4) бали, а у Г– склали

4(3; 4) бали ($p<0,01$). Різниця середніх значень склала 0,54 бала, що є досить вагомим при врахуванні системи оцінки. У такий спосіб обидві групи мали статистичні показники вищі за середню оцінку за 5-бальною шкалою.

П’ятий пункт віддзеркалює той факт, що фізичний терапевт цінує пацієнта, як особистість. Серед пацієнтів групи Г+ показники Me (25%; 75%) становили 4(4; 5) бали, а у Г– склали 4(4; 4) бали ($p<0,01$). Різниця середніх значень склала 0,29 бала. У такий спосіб обидві групи мали статистично високі показники. Отже пацієнтів з раціональними психотипами фахівці дещо більшою мірою цінують, як особистість, можливо у результатів більш легкої співпраці з ними.

Думка фізичного терапевта щодо рівня встановлення з пацієнтом гарного розуміння тих змін, які були б корисними, відображена оцінкою за шостим пунктом опитувальника. Зокрема, у Г+ показники Me (25%; 75%) становили 4(3; 4) бали, а у Г– склали 3(3; 4) бали, проте статистично достовірних відмінностей не було виявлено ($p>0,05$). Різниця середніх значень склала 0,15 бала. У такий спосіб обидві групи мали статистичні показники вищі за середню оцінку за 5-бальною шкалою, проте були досить віддалені від максимуму. Рівень взаємної поваги між пацієнтом та фізичним терапевтом, на думку останнього, вказаний у сьомому пункті опитувальника для фахівця. Зокрема, у Г+ показники Me (25%; 75%) становили 4 (4; 4) бали, а у Г– склали 4(3; 4) бали ($p<0,01$). Різниця середніх значень склала 0,48 бала. У такий спосіб обидві групи мали статистичні показники вищі за середню оцінку за 5-бальною шкалою.

Восьмий пункт опитувальника, що оцінює спільне сприйняття пацієнтом та фізичним терапевтом цілей пацієнта, мав дещо нижчі бали. Зокрема, у Г+ та у Г– показники Me (25%; 75%) становили 3(3; 4) бали ($p>0,05$).

Наступний пункт опитувальника відповідає за повагу пацієнта фізичним терапевтом, навіть у тих випадках, коли пацієнт робить те, що не схвалює фізичний терапевт. Так, показники Me (25%; 75%) становили 4(4; 4) бали у Г+ та 4(3; 4) бали у Г– ($p>0,05$). Різниця середніх значень склала 0,2 бала.

Останній пункт опитувальника для фахівця відповідає за спільне погодження фізичним терапевтом та пацієнтом того, що пацієнтові треба працювати над собою. Так, показники Me (25%; 75%) становили 4(4; 4) бали у Г+ та 4(3; 4) бали у Г– ($p<0,01$). Різниця середніх значень склала 0,35 бала.

Отже, з усіх пунктів опитувальника для фахівця лише за п’ятим і лише верхній квартиль був представлений п’ятьма балами, що свідчить про недостатнє включення фізичного терапевта у процес відповідно до аналізу результатів опитувальника.

Водночас, фахівці пацієнтів з раціональним ставленням до хвороби краще оцінили формування терапевтичного альянсу у половині пунктів (рис. 3.22).

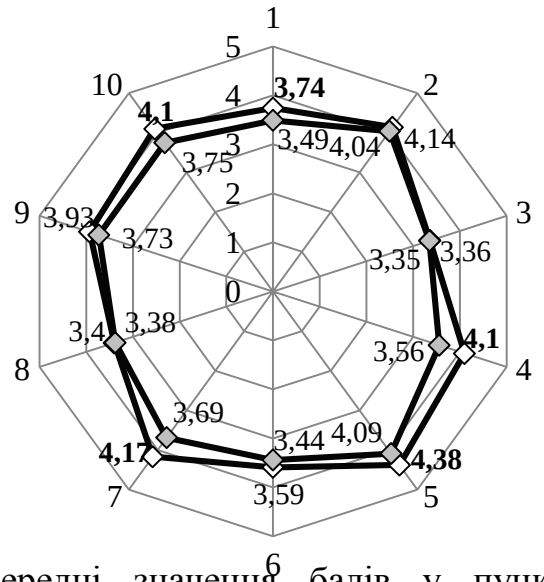


Рис. 3.22. Середні значення балів у пунктах оцінки терапевтичного альянсу на думку фахівців пацієнтів :
- з раціональним ставленням до…
- з нераціональним ставленням до…

Враховуючи, що за пунктами опитувальника оцінки терапевтичного альянсу максимальний бал складає 5, для більшої наглядності побудована діаграма (рис. 3.23), котра відображає перевагу у результатах оцінки фахівцями

терапевтичного альянсу з пацієнтами групи з раціональними психотипами над аналогічними результатами у групі з нераціональними психотипами у відсотках від максимальної оцінки. Відповідно, найбільші відмінності отримано у пунктах 4, 7, 10, 5 та 1.

Окрім того, з метою перевірки співставлення оцінки терапевтичного альянсу було проведено порівняння результатів пацієнтів та фахівців за аналогічними пунктами у опитувальниках (табл. 3.18).

Таким чином, можна констатувати, що пара пунктів 3-6 щодо «праці над взаємно узгодженими цілями» мала достовірні переваги на користь пацієнтів у групах з раціональними психотипами та загальній вибірці.

Пари пунктів 4-10 (оцінка корисності від поточної терапії у досягненні змін) та 5-7 («цінування пацієнта як особистості») мала багато достовірних переваг на користь фізичних терапевтів у групах.

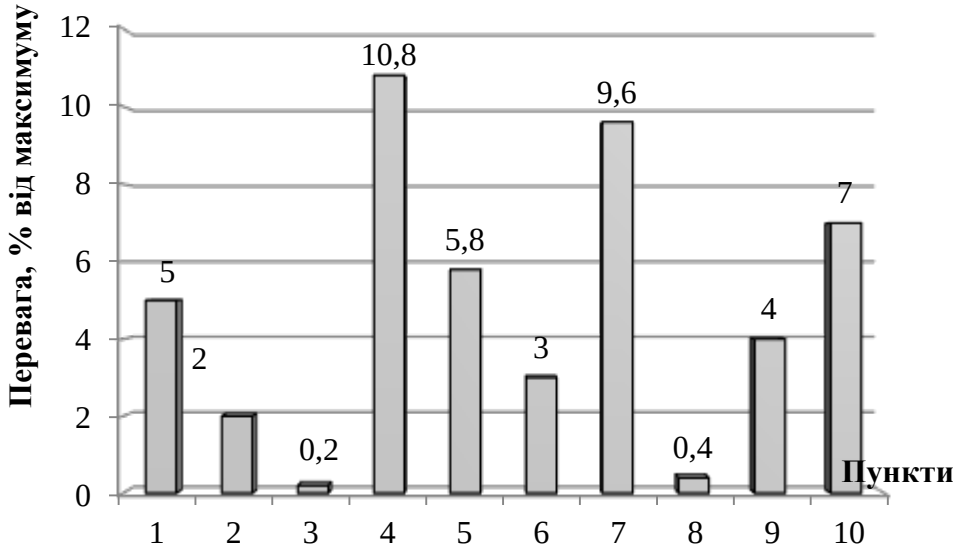


Рис. 3.23. Показники переваги у оцінках терапевтичного альянсу на думку фахівців серед пацієнтів з раціональним ставленням до хвороби порівняно з пацієнтами з

Пункт щодо погодження необхідності працювати над собою також був краще оцінений пацієнтами. Діагонально протилежно це можна трактувати як бажання фізичного терапевта, щоб пацієнт більше працював над собою; або переоцінку пацієнтом своєї праці над собою.

Таблиця 3.18

Результати порівняння оцінок фахівців та пацієнтів за одноіменними пунктами опитувальника терапевтичного альянсу

Пункти фахівець	Пункти пацієнт	Г	Г+	Г-	Г1+	Г1–	Г2+	Г2-
1	11	***p=0,00***	***p=0,03***	p>0,05	***p=0,03***	p>0,05	p>0,05	p>0,05
3	6	**p=0,00**	**p=0,00**	p>0,05	**p=0,00**	p>0,05	**p=0,00**	p>0,05
4	10	***p=0,00***	***p=0,00***	***p=0,00***	p>0,05	p>0,05	***p=0,03***	***p=0,00***
5	7	***p=0,00***	***p=0,00***	***p=0,00***	***p=0,00***	***p=0,00***	***p=0,05***	***p=0,00***
6	11	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05
7	5	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05
9	9	**p=0,00**	p>0,05	**p=0,02**	p>0,05	p>0,05	p>0,05	**p=0,02**
10	8	**p=0,00**	**p=0,00**	**p=0,00**	**p=0,04**	**p=0,00**	**p=0,04**	**p=0,00**

Примітка. Виділення жирним – наявність достовірної різниці, виділення курсивом – наявність переваги у оцінці фахівців

3.13. Результати аналізу показників задоволеності фізичною терапією у групах пацієнтів

Враховуючи, що при порівнянні груп Г1+ з Г2+ та Г1– з Г2- не було отримано достовірних відмінностей між показниками, аналіз задоволеності пацієнтів фізичною терапією представлений у вигляді порівняння груп Г+ та Г-. Першим доменом опитувальника задоволеності пацієнта є «лікування», котрий відображає задоволеність лікуванням, наданим фізичним терапевтом, послугами, наданими помічником фізичного терапевта, загальною якістю фізичної терапії, а також корисність інструкцій фізичного терапевта, відчуття у пацієнта щодо розуміння фізичним терапевтом його проблеми. Аналіз оцінок домену «лікування» (табл. 3.19), виявив показники Me (25%; 75%) у Г+ на рівні

70(65; 80) %, а у Г– склали 60(50; 75) %. Статистично достовірна відмінність між групами встановлена (p<0,01). Таким чином різниця між $\bar{x}$ груп за цим доменом склала 12,9 %. У такий спосіб можна стверджувати, що пацієнти з раціональними психотипами були більш задоволені лікуванням.

Таблиця 3.19

Середньостатистичні показники задоволеності фізичною терапією у групах пацієнтів за психотипом, %

Показники		Групи	
		Г+ (n=58)	Г– (n=55)
Лікування (5 питань)	Me (25%; 75%)	70(65; 80)	60(50; 75)**
	$\bar{x}$±S	73,45±10,69	60,55±11,61
Конфіденційність (1 питання)	Me (25%; 75%)	75(75; 75)	75(50; 75)*
	$\bar{x}$±S	74,14±8,06	69,55±12,45
Зручність призначення часу (2 питань)	Me (25%; 75%)	63(50; 63)	63(50; 63)
	$\bar{x}$±S	59,05±10,93	59,55±10,75
Вартість (2 питань)	Me (25%; 75%)	75(50; 75)	75(50; 75)
	$\bar{x}$±S	70,69±13,96	70,45±13,90
Платежі (1 питання)	Me (25%; 75%)	100(100; 100)	100(100; 100)
	$\bar{x}$±S	100,00±0,00	100,00±0,00
Простота планування зустрічі (1 питання)	Me (25%; 75%)	75(75; 100)	75(75; 100)
	$\bar{x}$±S	86,64±12,58	85,91±12,51
Планування (2 питання)	Me (25%; 75%)	75(75; 75)	75(50; 75)**
	$\bar{x}$±S	77,80±12,62	68,86±11,75
Час очікування (1 питання)	Me (25%; 75%)	75(75; 100)	75(75; 75)**
	$\bar{x}$±S	86,21±12,54	79,55±9,73
Ввічливий персонал (1 питання)	Me (25%; 75%)	75(75; 100)	75(75; 100)
	$\bar{x}$±S	86,64±12,58	85,00±12,36
Ввічливий фізичний терапевт (1 питання)	Me (25%; 75%)	75(75; 100)	75(75; 100)
	$\bar{x}$±S	86,64±12,58	85,00±12,36
Загальна задоволеність (3 питання)	Me (25%; 75%)	75(58,3; 91,7)	58,3(50; 75)**
	$\bar{x}$±S	73,71±15,20	62,12±10,74
PTPSQ	Me (25%; 75%)	76,3(71,3; 81,3)	71,3(65,0; 73,8)**
	$\bar{x}$±S	76,19±5,88	69,59±5,69

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

Домен «конфіденційність» також був достовірно кращим у Г+ ($p<0,05$). Так у Г+ оцінка пацієнтами щодо поважання приватності під час фізичної терапії склала 75(75; 75) %, а у Г- становила 75(50; 75) %. Різниця між $\bar{x}$ груп за цим доменом була дещо меншою і склала 4,6 %. Показники $\bar{x}\pm S$ відповідно склали 74,14±8,06 % та 69,55±12,45 %.

Пункти домену «зручність призначення часу» зосереджуються на зручності розташування клініки та доступності автостоянки. Аналіз оцінки домену «зручність призначення часу» (табл. 3.19), виявив показники Me (25%; 75%) у обох групах на рівні 63(50; 63) %, а середньостатистичні результати становили 59,05±10,93 % у Г+ та 59,55±10,75 % у Г-. Точність рахунків для оплати (домен «платежі») у обох групах отримала максимальний бал.

Пункти домену «вартість» зосереджуються на тому, що витрати на фізичну терапію встановлені обґрунтовано та бажанні платити за послуги фізичної терапії. Аналіз оцінки домену «вартість» (табл. 3.19), виявив показники Me (25%; 75%) у обох групах на рівні 75(50; 75) %, а середньостатистичні результати становили 70,69±13,96 % у Г+ та 70,45±13,90 % у Г-.

Домен «простота планування зустрічі» орієнтований на оцінку зручності часу зустрічі, котру призначив заклад. Так отримані оцінки цього домену наближаються до найкращих. Зокрема за цією шкалою у групах Г+ та Г- значення Me (25%; 75%) склали 75(75; 100) %. А показники $\bar{x}\pm S$ склали 86,64±12,58 % та 85,91±12,51 %. Статистичної відмінності між групами за цією шкалою не встановлено ($p>0,05$).

Наступним доменом опитувальника задоволеності пацієнта є «планування», котрий відображає той факт, що перший візит для фізичної терапії був запланований швидко та те, що після першої зустрічі було легко запланувати наступні візити. Аналіз оцінок домену «планування» (табл. 3.19), виявив показники Me (25%; 75%) у Г+ на рівні 75(75; 75) %, а у Г– склали 75(50; 75)%. Статистично достовірна відмінність між групами встановлена ($p<0,01$).

Таким чином різниця між $\bar{x}$ груп за цим доменом склала 8,9 %. У такий спосіб можна стверджувати, що пацієнти з раціональними психотипами були більш задоволені плануванням занять фізичної терапії.

Домен «час очікування», котрий оцінює положення «коли я приїхав на лікування, мене відразу побачили», також був достовірно кращим у Г+ ($p<0,01$). Так у групі Г+ оцінка склала 75(75; 100) %, а у Г- становила 75(75; 75) %. Різниця між $\bar{x}$ груп за цим доменом склала 6,66 %. Показники $\bar{x}\pm S$ відповідно склали 86,21±12,54 % та 68,86±11,75 %.

Домени «ввічливий персонал» та «ввічливий фізичний терапевт», котрі обидва орієнтовані на оцінку ввічливості, отримали однакові значення Me (25%; 75%) у групах 75(75; 100) %. А показники $\bar{x}\pm S$ склали 86,64±12,58 % у Г+ та 85,00±12,36 % у Г-. Статистичної відмінності між групами за цією шкалою не встановлено ($p>0,05$).

Останнім доменом опитувальника задоволеності пацієнта є «загальна задоволеність», котрий відображає той факт, що пацієнт рекомендує клініку родині або друзям, повернувся б до цієї клініки, якщо в майбутньому мав би потребу в фізичній терапії, а також загальну задоволеність своїм досвідом з фізичної терапії. Аналіз оцінок домену «загальна задоволеність» (табл. 3.19), виявив показники Me (25%; 75%) у Г+ на рівні 75(58,3; 91,7) %, а у Г– склали 58,3(50; 75) %. Отримана статистично достовірна відмінність між групами ($p<0,01$). Таким чином різниця між $\bar{x}$ груп за цим доменом склала 11,6 %. У такий спосіб можна стверджувати, що пацієнти з раціональними психотипами мали кращу загальну задоволеність від фізичної терапії.

Отже, пацієнти з раціональним ставленням до хвороби загалом були більше задоволені фізичною терапією (рис. 3.24).

Загальний показник опитувальника PTPSQ, відповідно до результатів статистичного аналізу (табл. 3.19) достовірно відрізнявся у Г+ та Г- ($p<0,01$) при значеннях $\bar{x}\pm S$ на рівні 76,19±5,88 % та 69,59±5,69 % відповідно. А показники Me (25%; 75%) становили 76,3(71,3; 81,3) % та 71,3(65,0; 73,8) %.

Рис. 3.24. Середні показники пунктів оцінки задоволеності фізичною терапією у групах (%):
- з раціональним ставленням до хвороби;

Таким чином можна стверджувати, що загалом за цим опитувальником пацієнти групи Г+ мали вищу задоволеність, а також кращим чином оцінили процес та систему фізичної терапії. Різниця між $\bar{x}$ груп за цією шкалою склала 6,6 %.

Переваги, котрі були значимими, у отриманих результатах задоволеності фізичною терапією серед Г+ порівняно з Г- представлені на рис. 3.25.

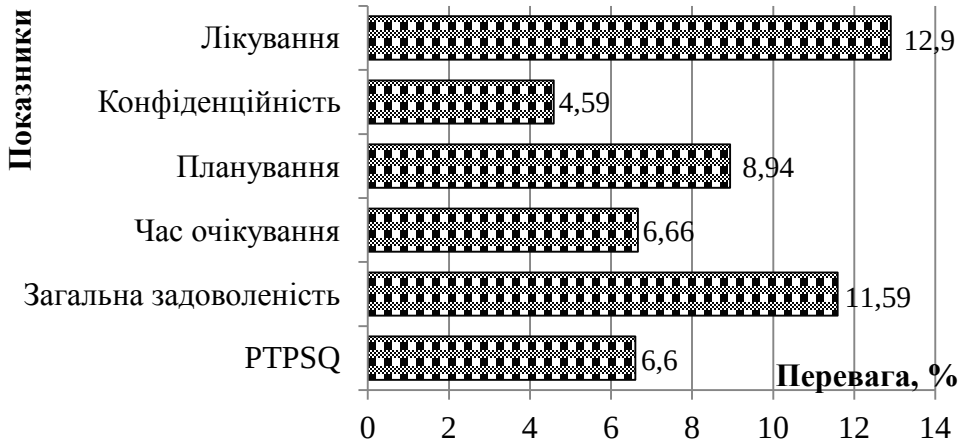


Рис. 3.25. Показники різниці між результатами груп Г+ та Г- у шкалах задоволеності фізичною терапією

Відповідно до отриманих результатів, найбільші відмінності отримано у показниках «лікування» та «загальна задоволеність». Показник «конфіденційність» мав найменшу кількісну перевагу з статистично значимих. Показники, котрі не відображені на рис. 3.25, не мали достовірних відмінностей між групами.

3.14. Результати кореляційного аналізу показників

З метою визначення структури взаємозв'язків між отриманими показниками було здійснено кореляційний аналіз отриманих показників.

Отримано ряд статистично значимих кореляційних зв’язків у показниках якості життя, котрі загалом підтвердили розглянуті відмінності між групами. Так, при наданні пацієнтам з раціональним психотипом позначки «1», а пацієнтам з нераціональними «2», то показник психотипу мав обернений кореляційний зв'язок з шкалами «загальне здоров'я» (ρ=-0,50, p<0,01), «життєздатність» (ρ=-0,70, p<0,01), «роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності» (ρ=-0,66, p<0,01), «психічне здоров'я» (ρ=-0,85, p<0,01), «психічний статус» (ρ=-0,83, p<0,01), ВАШ-здоров’я (ρ=-0,49, p<0,01) за EQ-5D

та прямий з «тривога/депресія» (ρ=0,64, p<0,01). У такий спосіб відзеркалено вплив психотипів на показники якості життя.

Шкала «фізичне функціонування» мала прямий кореляційний зв'язок з шкалами «роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності» (ρ=0,69, p<0,01), «біль» (ρ=0,84, p<0,01), «загальне здоров'я» (ρ=0,60, p<0,01), «соціальне функціонування» (ρ=0,69, p<0,01), «роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності» (ρ=0,43, p<0,01), «фізичний статус» (ρ=0,90, p<0,01), а також отримані обернені зв’язки з усіма шкалами EQ-5D при значенні ρ від -0,45 до -0,78 (p<0,01). Інші показники, котрі відносяться за даними літератури, до групи фізичний статус мали аналогічні кореляції. Зокрема, шкала «роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності» мала прямий кореляційний зв'язок з шкалами «біль» (ρ=0,86, p<0,01), «загальне здоров'я» (ρ=0,62, p<0,01), «соціальне функціонування» (ρ=0,74, p<0,01), «фізичний статус» (ρ=0,87, p<0,01).

Шкала «роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності» найсильніше корелювала з «загальне здоров'я» (ρ=0,69, p<0,01), «психічне здоров’я» (ρ=0,66, p<0,01), «психічний статус» (ρ=0,86, p<0,01).

Шкала «психічне здоров’я» найсильніше корелювала з «життєздатність» (ρ=0,74, p<0,01), «психічний статус» (ρ=0,88, p<0,01).

Шкала «мобільність» у EQ-5D мала найсильнішу пряму кореляцію з шкалою «біль/дискомфорт» (ρ=0,53, p<0,01). Аналогічно шкали «догляд за собою» та «звична повсякденна діяльність» (ρ=0,73, p<0,01).

Шкала «тривога/депресія» мала пряму кореляцію з «біль/дискомфорт» (ρ=0,51, p<0,01) та обернений з ВАШ-здоров’я (ρ=-0,65, p<0,01). Разом з тим «біль/дискомфорт» мала обернену кореляцію з ВАШ-здоров’я (ρ=-0,57, p<0,01).

Шкала «роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності» за SF-36 мала сильну кореляцію з шкалами EQ-5D: «догляд за собою» (ρ=-0,84, p<0,01), «звична повсякденна діяльність» (ρ=-0,79, p<0,01), «біль/дискомфорт» (ρ=-0,74, p<0,01).

Показники, котрі відносяться за даними літератури, до групи психічний статус також мали достатньо сильні взаємозв’язки між собою, а також з іншими показниками. Зокрема, шкала «життєздатність» корелювала з «загальне здоров'я» (ρ=0,70, p<0,01), «роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності» (ρ=0,57, p<0,01), «психічне здоров’я» (ρ=0,74, p<0,01), «психічний статус» (ρ=0,74, p<0,01), а також за EQ-5D з ВАШ-здоров’я (ρ=0,63, p<0,01) та з «тривога/депресія» (ρ=-0,53, p<0,01).

Шкали опитувальника обмеження працездатності мали наступні кореляційні взаємозв’язки з показниками якості життя. Шкала «управління часом» мала найсильніші кореляції з шкалами «фізичне функціонування» (ρ=-0,73, p<0,01), «роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності» (ρ=-0,83, p<0,01), «біль» (ρ=-0,78, p<0,01), «загальне здоров'я» (ρ=-0,76, p<0,01), «соціальне функціонування» (ρ=-0,69, p<0,01), «роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності» (ρ=-0,84, p<0,01), «фізичний статус» (ρ=-0,72, p<0,01), «психічний статус» (ρ=-0,61, p<0,01).

Шкала «фізичні вимоги» мала більш сильніші кореляції з шкалами «фізичне функціонування» (ρ=-0,95, p<0,01), «роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності» (ρ=-0,83, p<0,01), «біль» (ρ=-0,76, p<0,01), «соціальне функціонування» (ρ=-0,69, p<0,01), «фізичний статус» (ρ=-0,96, p<0,01), але дещо слабші з шкалами «загальне здоров'я» (ρ=-0,67, p<0,01), «роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності» (ρ=-0,48, p<0,01).

Шкала «розумові та міжособистісні вимоги» мала найсильніші кореляції з шкалами «фізичне функціонування» (ρ=-0,71, p<0,01), «роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності» (ρ=-0,74, p<0,01), «біль» (ρ=-0,87, p<0,01), «загальне здоров'я» (ρ=-0,76, p<0,01), «соціальне функціонування» (ρ=-0,60, p<0,01), «роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності» (ρ=-0,68, p<0,01), «фізичний статус» (ρ=-0,72, p<0,01), «психічний статус» (ρ=-0,63, p<0,01).

Шкала «вимоги до виробництва» мала найсильніші кореляції з шкалами «фізичне функціонування» (ρ=-0,81, p<0,01), «роль фізичних проблем в

обмеженні життєдіяльності» (ρ=-0,86, p<0,01), «біль» (ρ=-0,86, p<0,01), «загальне здоров'я» (ρ=-0,77, p<0,01), «соціальне функціонування» (ρ=-0,74, p<0,01), «роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності» (ρ=-0,78, p<0,01), «фізичний статус» (ρ=-0,81, p<0,01), «психічний статус» (ρ=-0,63, p<0,01).

Враховуючи, що показники WLQ Index Score та WLQ At-WPLS розраховувалися з розглянутих шкал, то кореляції цих показників з критеріями якості життя були однаковими. Так вони корелювали з шкалами «фізичне функціонування» (ρ=-0,82, p<0,01), «роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності» (ρ=-0,85, p<0,01), «біль» (ρ=-0,89, p<0,01), «загальне здоров'я» (ρ=-0,79, p<0,01), «соціальне функціонування» (ρ=-0,73, p<0,01), «роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності» (ρ=-0,76, p<0,01), «фізичний статус» (ρ=-0,82, p<0,01), «психічний статус» (ρ=-0,57, p<0,01).

Шкали опитувальника EQ-5D також мали велику кількість кореляційних взаємозв’язків. Зокрема з показником «догляд за собою» шкали опитувальника обмежень працездатності мали наступні заявки: «управління часом» (ρ=0,74, p<0,01), «фізичні вимоги» (ρ=0,78, p<0,01), «розумові та міжособистісні вимоги» (ρ=0,72, p<0,01), «вимоги до виробництва» (ρ=0,79, p<0,01), WLQ Index Score (ρ=0,80, p<0,01). А з шкалою «тривога/депресія» - «управління часом» (ρ=0,56, p<0,01), «фізичні вимоги» (ρ=0,50, p<0,01), «розумові та міжособистісні вимоги» (ρ=0,66, p<0,01), «вимоги до виробництва» (ρ=0,57, p<0,01), WLQ Index Score (ρ=0,60, p<0,01).

У такий спосіб можна підтвердити зв'язок якості життя та обмежень працездатності, а саме кращу працездатність при кращій якості життя.

Окрім того, слід відзначити значне посилення кореляції між шкалами EQ-5D та показниками обмеження працездатності при розрахунку кореляційних зв’язків лише у групі Г1. У такий спосіб найбільше посилення кореляції отримано у зв’язках шкали «мобільність»: з «управління часом» (ρ=0,80, p<0,01), «фізичні вимоги» (ρ=0,86, p<0,01), «розумові та міжособистісні

вимоги» (ρ=0,73, p<0,01), «вимоги до виробництва» (ρ=0,87, p<0,01), WLQ Index Score (ρ=0,86, p<0,01). «мобільність».

Щодо кореляційних зв'язків між сумарними оцінками опитувальника оцінки терапевтичного альянсу та задоволеності фізичною терапією, то було отримано ряд цікавих взаємовпливів. Так, пацієнти, котрі мали кращу задоволеність у домені «лікування», краще оцінили пункти об'єднані темою «ціль» (ρ=0,45, p<0,01), «завдання» (ρ=0,88, p<0,01) та «взаємовідносини» (ρ=0,30, p<0,01). Що свідчить про важливість терапевтичного альянсу для підвищення задоволеності пацієнта.

Окрім того, сумарні оцінки за пунктами, що об'єднані темою «ціль», «завдання» та «взаємовідносини», мали пряму кореляцію з доменом «загальна задоволеність»: ρ=0,39 (p<0,01), ρ=0,81 (p<0,01), ρ=0,33 (p<0,01)/

Аналогічно склалися результати розрахунків з показником PTPSQ: з «ціль» (ρ=0,37, p<0,01), «завдання» (ρ=0,76, p<0,01) та «взаємовідносини» (ρ=0,36, p<0,01).

Щодо впливу терапевтичного альянсу на динаміку показників, то було встановлено ряд взаємозв'язків, проте досить слабких. Водночас у Г2 при кращих балах за шкалою «взаємовідносини» динаміка за наступними шкалами була кращою: «фізичне функціонування» (ρ=0,50, p<0,01), «мобільність» (ρ=-0,59, p<0,01).

Висновки до розділу 3

Проведений аналіз початкових результатів та динаміки показників у групах пацієнтів 2013-2015 років залежно від локалізації пошкодження опорно-рухового апарату та типу відношення до хвороби виявив ряд особливостей, котрі слід враховувати для покращення системи фізичної терапії та збільшення її ефективності. Це необхідно у першу чергу для пацієнтів з нераціональними типами відношення до хвороби, оскільки значна кількість досліджуваних показників була гіршою у цих пацієнтів, а також мала менш виражену динаміку порівняно з пацієнтами з раціональними психотипами.

Так значна частка початкових показників опитувальників SF-36 («загальне здоров'я», «життєздатність», роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності», «психічне здоров'я», «психічний статус»), EQ-5D-5L («тривога/депресія» та ВАШ-здоров’я), WLQ («управління часом», «розумові та міжособистісні вимоги», «вимоги до виробництва», WLQ Index Score та WLQ At-WPLS) була статистично гіршою у пацієнтів з нераціональним відношенням до хвороби, що вимагає визначення особливостей ведення таких пацієнтів та поліпшення управління у системі фізичної терапії. Водночас кількість статистичних відмінностей між групами пацієнтів, розділених за локалізацією пошкодження, була меншою. Динаміка у групах з нераціональним відношенням до хвороби була гіршою у значній кількості показників, що не дозволило зрівняти рівень заключних показників з групами з раціональним відношенням до хвороби.

Формування терапевтичного альянсу як за оцінкою пацієнтів, так і за оцінкою фахівців було кращим у пацієнтів з раціональним відношенням до хвороби. Зокрема вісім з дванадцяти пунктів опитувальника для пацієнтів булі кращими у групі з раціональних психотипів, а також усі сумарні оцінки. Задоволеність фізичною терапією також була ліпшою у майже половині доменів опитувальника у групі пацієнтів з раціональними психотипами. Сумарний показник задоволеності також підтвердив більш високий рівень у групі пацієнтів з раціональними психотипами.

У такий спосіб, можна констатувати, що отримані результати дають підгрунтя для проведення модифікації системи фізичної терапії для поліпшення динаміки досліджуваних показників, особливо у пацієнтів з нераціональним відношенням до хвороби.

Матеріали розділу представлені у роботах: [67, 68, 117, 213, 206, 219, 217, 216, 215, 214]

РОЗДІЛ 4
ОБҐРУНТУВАННЯ ТА РОЗРОБКА СИСТЕМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ДЛЯ ОСІБ З УРАЖЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ НА АМБУЛАТОРНОМУ ЕТАПІ

4.1. Основи організації центру з надання послуг фізичної терапії для осіб з ураженнями опорно-рухового апарату

У літературі досить широко [8, 20, 30, 60, 78, 102 та інш.] розглядаються питання організаційно-методичних основ фізичної терапії та фізичної реабілітації при різноманітних захворюваннях та травмах, пропонуються варіанти комбінування засобів та методів у програмах реабілітації, проте проблеми та особливості організації реабілітаційних, реабілітаційно-оздоровчих центрів у сучасних ринкових умовах, формування їх структури та взаємодії структурних елементів залишаються поза увагою.

В Україні підприємницька діяльність з надання реабілітаційних послуг здійснюється відповідно до Законів України «Про підприємництво», «Основи законодавства України про охорону здоров'я», Господарського кодексу України. Підприємницька ідея — конкретне цілісне знання про доцільність та можливість займатися певним видом підприємницької діяльності, а також чітке усвідомлення мети такої діяльності, шляхів та засобів її досягнення [144]. Відповідно до загальних принципів підприємництва [22, 65], при організації роботи реабілітаційного центру здійснюється:

• вільний вибір видів діяльності та самостійне формування програми діяльності – спеціалізація на профілі пацієнтів (травматологія, неврологія, кардіологія та ін.), на етапі відновлення, створення алгоритму технологій чи програм реабілітації та їх змісту, підбір засобів реабілітації;

• залучення на добровільних засадах до здійснення підприємницької діяльності майна та коштів юридичних осіб і громадян;

• самостійний вибір постачальників обладнання, витратних матеріалів, а також вибір споживачів - пацієнтів;

• встановлення цін відповідно до законодавства;

• вільний найм працівників, що спеціалізуються на наданні реабілітаційних послуг;

• залучення і використання матеріально-технічних, фінансових, трудових, природних та інших видів ресурсів, використання яких не заборонено або не обмежене законодавством.

До основних завдань підприємницької діяльності при запровадженні господарської діяльності з медичної практики, фізичної реабілітації чи фізичної терапії можна віднести [22]:

- вибір виду та масштабів діяльності закладу;
- вибір місця розташування закладу;
- вибір методів, технологій та форм діяльності.
- фінансування та інвестування діяльності.

Невід'ємною і головною частиною роботи з організації реабілітаційного центру (підприємство) для осіб з порушеннями опорно-рухового апарату є бізнес-план.

Він являється відповідним техніко-економічним обґрунтовуванням діяльності та перспектив розвитку реабілітаційного центру чи об'єкта охорони здоров'я. Мета розробки бізнес-плану − планувати виробничо-господарську діяльність організації на найближчий і віддалений періоди відповідно до потреб ринку та можливостей отримання необхідних ресурсів [85]. Бізнес-план — це письмовий документ, у якому викладена підприємницька ідея, охарактеризовані шляхи її реалізації, дані ринкові, організаційні і фінансові аспекти бізнесу і особливості його управління [22, 75, 109]. Розробка бізнес-плану надає такі переваги у менеджменті [85]:

- спонукання керівника до визначення перспективи організації, більш чіткого та конкретного визначення її цілей, шляхів їх досягнення, необхідної координації зусиль;

- наглядна демонстрація обов'язків та рівня відповідальності співробітників, а також функціональних взаємозв'язків між ними;
- покращення рівня підготовки до раптових змін у системі ринкових відносин, підвищення швидкості адаптації організації до ринкової кон'юнктури;
- визначення показників діяльності реабілітаційного центру, необхідних для послідовного контролю.

Зміст і структура бізнес-плану не є регламентованими. Існують різні моделі розробки бізнес-планів з певними розділами. Відповідно можуть застосовуватись різні підходи до логіки розробки та структури цього документу. Однак, враховуючи, що процес розробки бізнес-плану має свою внутрішню логіку, то її дотримання дозволяє систематизувати розрахунки та розробку його структурних компонент у логічній послідовності, а також провести узагальнення теоретичних та практичних аспектів бізнес-планування [47].

Проте у організації центру з надання реабілітаційних послуг для осіб з порушеннями опорно-рухового апарату головними аспектами створення бізнес-плану є необхідність врахування специфіки споживчого попиту, ринку медичних послуг, доцільності надаваних послуг, відношення витрат і прибутку. За даними літератури [85], під час розробки бізнес-плану медичних організацій необхідно враховувати:

1) специфіку ринкової економіки, економічні закони (попиту та пропозиції, конкуренції, вартості, середнього прибутку тощо);

2) застосування маркетингу для дослідження проблем і умов просування різних видів лікувально-профілактичних і оздоровчих послуг до споживачів;

3) економічну та фінансову доцільність майбутніх інвестицій у розвиток об'єкта охорони здоров'я.

До типового бізнес плану входять наступні пункти [25, 47, 85]: титульна сторінка бізнес-плану; зміст, перелік розділів; резюме; галузь, підприємство та його продукція; дослідження ринку; виробничий план; план маркетингу; організаційний план; юридичний план (правове забезпечення діяльності організації); оцінювання ризику та страхування; фінансовий план.

На титульному аркуші бізнес-плану центру з надання реабілітаційних послуг для осіб з порушеннями опорно-рухового апарату наводиться інформація щодо назви та контактних даних підприємства, засновників та ініціаторів бізнес-проекту, коротка назва підприємницького проекту, дата початку реалізації та тривалість проекту, дата складання, помітка про конфіденційність інформації та інша інформація.

У змісті зазначають сторінки, на яких починаються основні структурні компоненти, для зручності та швидкості пошуку інформації. Його можна структурувати за розділами, параграфами, пунктами і т.д.

Резюме містить основні положення бізнес-проекту, а до завдань резюме відносять надання опису сфери та сутності бізнес-проекту, переваги продукції чи послуг підприємства; розкриття можливостей підприємства та стратегії реалізації бізнес-проекту; надати характеристики цільового ринку, найбільш значних конкурентних переваг, які можуть бути створені як результат появи на ринку послуг підприємства; навести основні економічні показники ефективності; охарактеризувати фінансові потреби. Резюме є завершальним етапом розробки бізнес-плану [47].

Стисла характеристика галузі до якої належить проект має інформацію стосовно її сучасного стану, тенденцій розвитку та перспектив появи нових послуг, особливості галузевих чинників, що впливають на розвиток підприємства. Загалом з цієї частини починається розробка. Розкриття концепції діяльності підприємства в галузі фізичної реабілітації чи терапії у формі висвітлення стратегічних і тактичних цілей, послуг, їх привабливості для клієнтів, перспектив розвитку [47, 109, 234]. У даній частині бізнес плану також надається перелік послуг і як реабілітаційний центр має намір їх надавати своїм клієнтам, уточнюються географічні межі розвитку діяльності центру з надання реабілітаційних послуг для осіб з порушеннями опорно-рухового апарату.

У цьому розділі бізнес-плану також описуються усі реабілітаційні послуги, які виконує центр для осіб з порушеннями опорно-рухового апарату. Написанню даної частини розділу передує значна попередня робота з вибору

послуг, які повинні стати основою бізнесу центру. Надається опис існуючих і нових послуг, що пропонуються. З цією метою даються відповіді на питання: які потреби (дійсні і потенційні) покликані задовольняти запропоновані послуги?, чи дорогі ці послуги?, наскільки дані послуги відповідають вимогам законодавства?, на яких ринках і яким чином вони продаються?, чому споживачі віддадуть перевагу даним послугам фірми?, їх основні переваги і недоліки? [25].

Розділ «дослідження ринку» присвячений вивченню ринків і спрямований на створення уявлення, хто буде отримувати і купувати послуги і яка їх ніша на ринку. У частині плану, що присвячена характеристикам ринку послуг, дається інформація щодо потенціалу та тенденцій розвитку ринку, цільового сегменту; обґрунтування розміщення підприємства; оцінки впливу конкуренції [47]. Тут звертається увага на такі питання як тип ринку, що використовуватиметься фірмою, їх основні сегменти за кожним видом послуги, фактори впливу на попит на послуги, динаміка і перспективи змін потреб пацієнтів на пропоновані послуги, а також пропозиції реакцій на ці зміни, стан вивчення потреб і попиту, прогнози розвитку ємності сегменту ринку, реакції ринку на нові послуги [25].

Конкуренція на ринку реабілітаційних послуг оцінюється за рахунок реалістичної оцінки сильних і слабких сторін конкуруючих послуг та центрів, що їх надають. Також визначаються джерела інформації, що вказують на конкурентоспроможність послуг, і порівнюються конкуруючі послуги за базисною ціною, характеристиками. Ця інформація представляється у вигляді таблиці (переваги і недоліки конкуруючих послуг та реабілітаційних центрів) [25]. Виробничий план спрямований на розрахунок виробничих параметрів проекту (основних реабілітаційних процедур, маніпуляцій, устаткування, матеріалів, приміщень) для створення процесу надання послуг. Тобто відбувається визначення потреби і джерел забезпечення підприємства необхідним ресурсним забезпеченням. Це здійснюється на основі попередніх аналізів та прогнозних обсягів продаж послуг (за часовими інтервалами, за

видом послуги; розробка варіантів прогнозів - консервативні, найбільш вірогідні, оптимістичні прогнози) [47, 109].

План маркетингу підприємства включає визначення орієнтирів та цілей маркетингової діяльності та обґрунтування стратегії і програм маркетингу. У цьому пункті розглядаються питання політики ціноутворення; рекламної компанії; політики підтримки послуг. Відбувається збір і аналіз інформації з ринку збуту реабілітаційних послух для осіб з порушеннями опорно-рухового апарату [47]. Загалом маркетинг являє собою систему організації виробництва і збуту продукції, що базується на комплексі заходів по вивченню та прогнозуванню ринку і активному формуванню споживчого попиту через рекламу, пільги, премії, споживчий кредит, сервісні переваги і гарантії [25].

Відповідно до етапу розвитку реабілітаційного центру, як варіанту підприємства, та конкретної ситуації, що складається на ринку з точки зору стану попиту, розрізняють декілька типів маркетингу [25], котрі також мають бути заплановані завчасно з метою більш ефективнішого управління. Так конверсійний маркетинг (наявність негативного попиту - ситуацією, коли більшість споживачів відкидають дану послугу) спрямований на розробку плану сприяння зародженню попиту на певні послуги (наприклад нові). План стимулюючого маркетингу за наявності послуг, котрі не мають попиту через незацікавленість і повну байдужість покупців (пацієнтів), повинен дослідити причини байдужості і визначити шляхи її подолання. З формуванням попиту на нові послуги пов'язаний розвиваючий маркетинг, котрий використовується у ситуаціях з наявним потенційним попитом. За такої ситуації завдання плану маркетингу полягає у перетворенні потенційного попиту в реальний.

За умови відповідності рівня попиту рівню пропозиції використовується підтримуючий маркетинг (політика цін, рекламна робота). Ціна значною мірою пов'язана з такими чинниками маркетингу, як характеристика послуги і фірми. Ціна на послугу має безпосередній зв'язок з його якістю. Також важливо, щоб ціни належним чином відображали рівень якості й імідж фірми. Теоретично можлива ціна послуги, що надає реабілітаційний центр, може визначатися

виходячи з собівартості продукції; ціни конкурентів на аналогічну (повністю чи за дією) послугу, або замінники; наявності унікальних переваг послуги [25]. Також є типи маркетингу у ситуаціях з надмірним попитом, хоча у сфері надання реабілітаційних послуг варіант перегляду організації роботи, розширення штату і відділень буде більш доцільним.

Наступний пункт, а саме організаційний план обґрунтовує організаційні параметри підприємства для чіткого усвідомлення шляху організації процесу надання послуг. Визначаються такі характеристики як організаційна форма управління, потреба у персоналі, зовнішніх консультантах, організаційна схема, ключовий управлінський персонал, кадрова політика [47, 109]. При цьому відправною точкою повинні бути кваліфікаційні вимоги, де вказується:

- основні характеристики фахівців (освіта, профіль, кваліфікація, досвід і його корисність для підприємства) і рівень заробітної плати, що необхідні для успішного ведення справ;
- умови прийому на роботу фахівців (постійна робота, сумісники);
- чи необхідно і можливо скористатися послугами організації з найму професіоналів у фізичній реабілітації та терапії [25].

Організаційна структура відображає хто і якими функціями буде займатися, взаємодію відділень і персоналу між собою, координацію і контроль їх діяльності.

Юридичний план (правове забезпечення діяльності організації) особливо важливий для нових підприємств і фірм. У ньому зазначають форму власності і правовий статус організації (наприклад приватна фірма, кооператив, державне підприємство і так далі), що є важливим з позиції характерних позитивних і негативних особливостей впливу на успіх проекту створення та розвитку реабілітаційного центру для надання реабілітаційних послуг [25]. Оцінювання ризику та страхування загалом здійснюється в процесі розробки усіх розділів бізнес-плану за рахунок виявлення та опису потенційних загроз і ризиків реалізації, передбачення шляхів їх мінімізації [47]. Так розділ доцільно розбити на дві частини. У першому передбачаються ризики, з якими можливо

зіткнутися, а також джерела і момент їх виникнення. Друга частина надає відповідь на питання: як зменшити ризики і втрати при організації центру з надання реабілітаційних послуг для осіб з порушеннями опорно-рухового апарату. Тут відповідь складається зі зазначення організаційних заходів профілактики ризиків, заходів для скорочення цих ризиків і втрат, а також презентується програма страхування від ризиків [25].

Розрахунок фінансових потреб для реалізації бізнес-проекту відображається у фінансовому плані. Тут увага зосереджується на складані плану доходів і витрат, надходжень і виплат, планового балансу, розрахунки фінансових коефіцієнтів [47]. Загалом розробка бізнес плану центру з надання реабілітаційних послуг для осіб з порушеннями опорно-рухового апарату передбачає залучення фахівців з таких галузей як право, управління та інших, проте сам розробник також обов'язково має бути певною мірою бути обізнаний у питаннях стосовно яких надають консультацію профільні фахівці. Окрім того оскільки центри з надання реабілітаційних послуг зазвичай мають певну спеціалізацію, то розробник проекту зобов'язаний найбільш чітко знати організаційну структуру, особливості кадрового забезпечення та пропонованих відновних процедур для осіб з порушеннями опорно-рухового апарату.

Підприємницька ідея щодо створення реабілітаційного центру має враховувати ряд факторів, зокрема особливості організації реабілітаційного процесу у державі загалом, у певному регіоні та серед цільової групи пацієнтів (майбутніх клієнтів), рівень попиту та наявні пропозиції на ринку, можливості покращення ефективності та якості надання реабілітаційних послуг, що у свою чергу збільшує задоволеність пацієнтів та їх якість життя, конкурентоспроможність реабілітаційного центру на ринку.

4.2. Особливості розробки системи фізичної терапії пацієнтів з ураженнями опорно-рухового апарату на амбулаторному етапі

Першочерговим у організації системи надання послуг фізичної терапії є формування мети, оскільки від цього залежатиме схема управління,

усвідомлення своєї ролі працівниками у роботі з пацієнтами та розподіл функцій між спеціалістами.

Практика управління показує, що для кожного підприємства є своя система цілей, серед яких – економічні, соціальні, морально-етичні, організаційно-технічні, перспективні і поточні, кінцеві, проміжні та інші. У той же час цільова функція будь-якого підприємства полягає в задоволенні попиту населення на конкретні види товарів і послуг шляхом їх постійного виробництва і реалізації. Цілі організації визначають концепцію її розвитку й основний напрямок ділової активності [228, 173, 193].

Наразі, враховуючи економічну ситуацію в Україні, рівень життя населення нашої держави та особливості податкової системи, у переважної частини центрів з надання послуг фізичної терапії першочерговими є економічні цілі. Проте з врахуванням напрямку діяльності центрів з надання послуг фізичної терапії першочергові цілі організації не можуть бути лише економічними. Мета центру з надання послуг фізичної терапії має носити соціальний й морально-етичний компонент. Тому метою центру, котрий націлений на довгострокову успішну роботу, наявність постійних клієнтів в умовах сучасного ринку послуг фізичної терапії, буде не отримання максимального прибутку лише за рахунок реалізації максимальної кількості занять чи процедур, а отримання максимального прибутку впродовж довгострокового періоду за умови належної якості послуг з високою конкурентоспроможністю (рис. 4.1).

Конкурентоспроможність — це здатність об'єкта, що характеризується ступенем реального чи потенційного задоволення ним певної потреби у порівнянні з аналогічними об’єктами, представленими на певному ринку. Конкурентоспроможність визначає здатність витримати конкуренцію у порівнянні з аналогічними об'єктами [143, 40, 193].

В аспекті управління найчастіше конкурентоспроможність розглядається у двох аспектах [143, 84, 33]:

1) конкурентоспроможність продукту, тобто рівень його відповідності у певний проміжок часу вимогам цільових споживачів чи обраної сфери ринку за найсуттєвішими ознаками та властивостями: економічними, технічними, екологічними тощо;

2) конкурентоспроможність підприємства — це ступінь компетенції у порівнянні з іншими підприємствами, котрі конкурують на ринку, у накопиченні та застосуванні виробничого потенціалу визначеної направленості, а також його окремих складових: технології, ресурси, менеджмент, навички і знання фахівців.

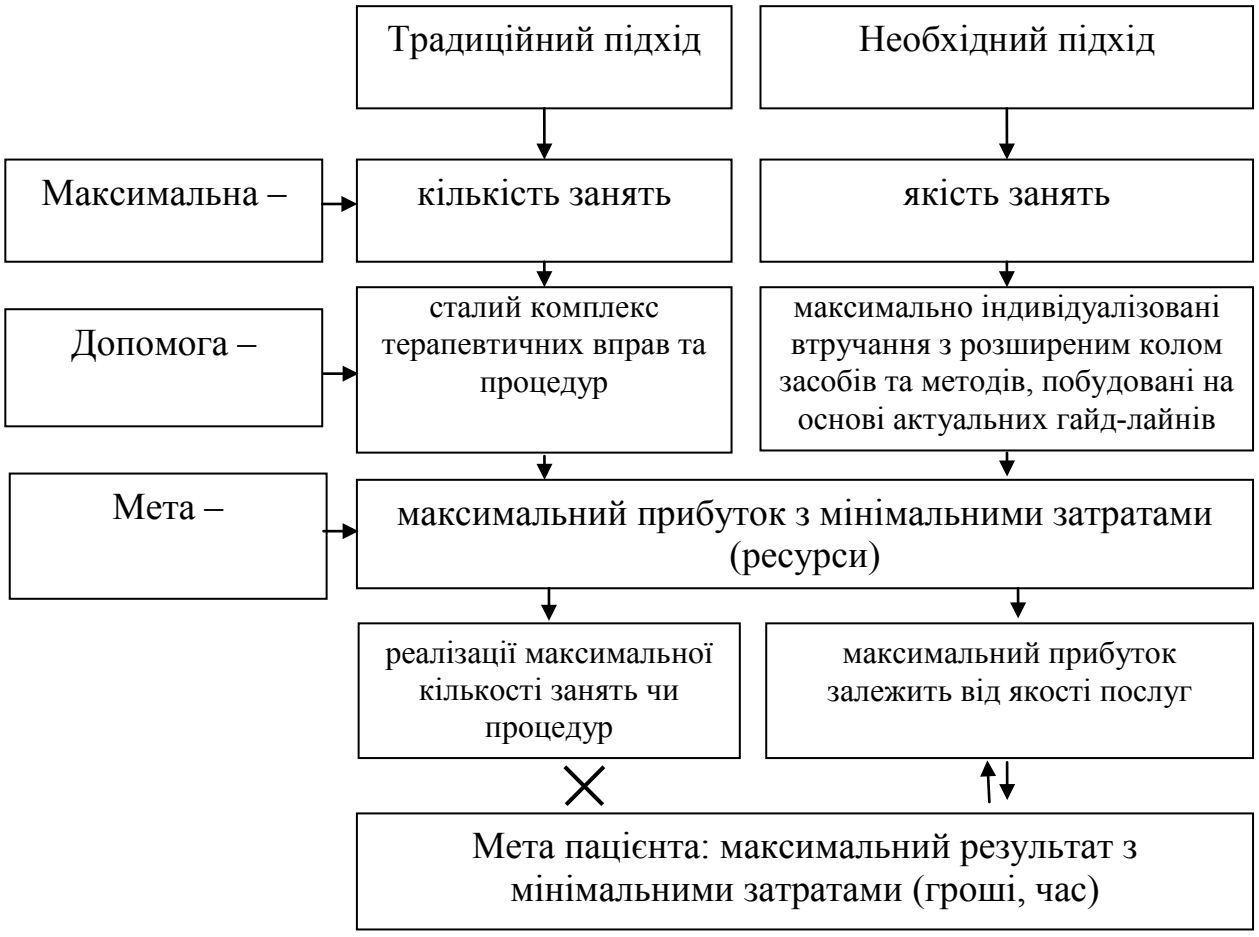


Рис. 4.1. Відмінності у підходах формування мети центру фізичної терапії

Правильне формування мети організації та її політики сильно впливає на конкурентоспроможність її самої та послуги, на персонал та клієнтів. Зокрема, на необхідність професійного зростання – для персоналу; на формування кола постійних клієнтів з позитивним та лояльним відношенням до організації, у

нашому випадку – центру з надання послуг з фізичної терапії. У системі управління організацією цілі виконують ряд важливих функцій [228, 201, 221]:

– відображають філософію організації, концепцію її діяльності і розвитку;

– знижують невизначеність поточної діяльності як організації, так і окремого працівника;

– служать персоналу орієнтиром, допомагають сконцентруватися на досягненні результатів, регулювати власні вчинки і поведінку;

– складають основу критеріїв для виділення проблем, прийняття рішень, контролю й оцінки результатів дій, морального і матеріального заохочення персоналу;

Окрім того, залежно від мети будуть формуватися складові системи фізичної терапії та схема управління.

В науково-технічній літературі часто використовуються терміни «система». Так слово «система» має грецьке походження і означає ціле, складене з частин чи множини елементів, зв'язаних один із одним і утворюючих певну цілісність, єдність. Під системою розуміють сукупність зв'язаних між собою і з зовнішнім середовищем елементів чи частин, функціонування яких спрямоване на одержання конкретного корисного результату [45]. Відповідно до традиційної системи до ключових складових локальної системи фізичної терапії (на рівні закладу) для осіб з ураженнями опорно-рухового апарату на амбулаторному етапі можна віднести:

- центр з надання послуг фізичної терапії на чолі з власником (керівником);

- лікаря, котрий здійснює консультацію, призначає більш-менш стандартній комплекс вправ та періодичність тренувань;

- фізичного терапевта / фахівця з фізичної реабілітації, котрий виконує призначене лікарем;

- пацієнта.

До недоліків цієї системи (рис. 4.2) можна віднести:

- відсутність участі фізичного терапевта у призначенні вправ;

- нехтування творчим підходом до зіставлення комплексу та оперативних його змін;
- використання стандартного комплексу фізичних вправ з невеликими модифікаціями (виключення деяких вправ), достатньо невеликий арсенал фізичних вправ та технік, що використовуються у фізичній терапії;
- наявність лише механічної роботи фізичного терапевта / фахівця з фізичної реабілітації;
- відсутність достатньої кількості контактів з тим, хто може ввести корективи до призначеного комплексу (лікарем) – зазвичай кожні 2 тижні;
- можливість відсутності достатнього рухового досвіду у того, хто призначає фізичні вправи;
- консультуючий лікар може не мати навіть профільного спрямування (не бути лікарем ЛФК, спортивним лікарем, травматологом чи ортопедом);
- низька мотивація фізичних терапевтів;
- відсутність достатнього контролю над якістю послуг консультування та фізичної терапії;
- власник (керівник) зазвичай не має жодного відношення до фізичної терапії, є лише бізнесменом.

Враховуючи зазначені особливості, у такій системі (рис 4.2) корисні результати фахівців відрізняються значною мірою від корисного результату пацієнта. Так для керівника корисним результатом буде максимальний прибуток; для лікаря – також прибуток; для фізичного терапевта чи фахівця з фізичної терапії – також прибуток, оскільки наявне нехтування статусом професії, зведення праці до механічної фізичної роботи, велике завантаження пацієнтами (можливо 2 пацієнти одночасно, або початок тренування у той час, коли продовжується попереднє) призводить до зниження мотивації, виведення на перший план матеріальних потреб та неможливості надання послуги на найвищому рівні.

Найвіддаленішою складовою від пацієнта є керівник закладу, окрім того з ним майже відсутній зворотній зв'язок, котрий представлений лише прибутком (рис 4.2).

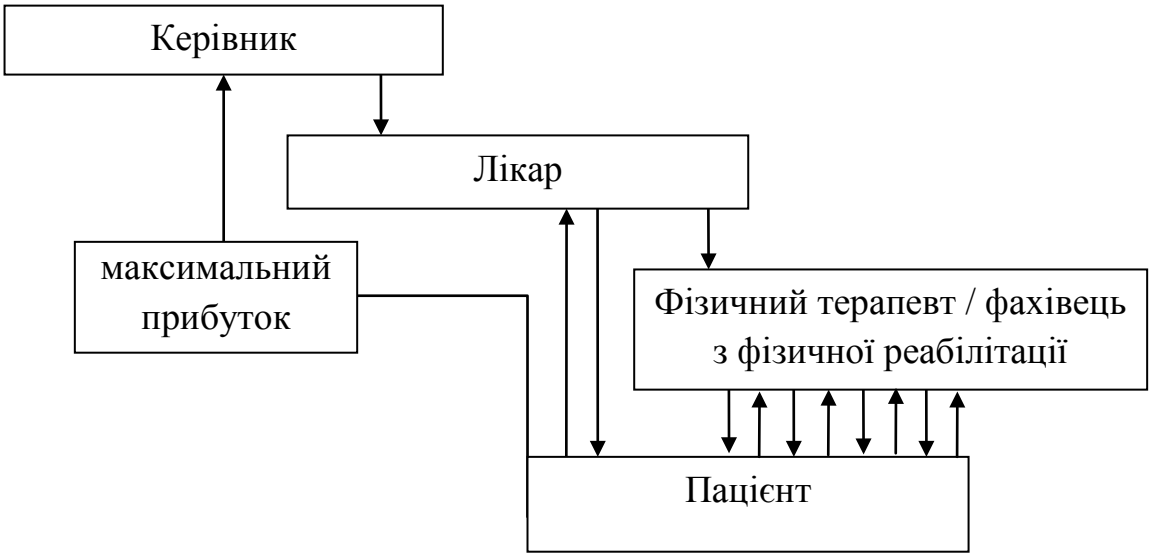


Рис. 4.2. Традиційна схема управління у центрах фізичної терапії

Зворотній зв'язок з лікарем є недостатнім і, окрім того, може носити формальний характер, оскільки побажання пацієнта щодо внесення змін до занять фізичними вправами будуть виконуватися, знову ж таки, по-перше - у рамках стандартного і обмеженого комплексу фізичних вправ; по-друге – спеціалістом, котрий не має достатнього досвіду практичного виконання фізичних вправ. Незважаючи на те , що фізичний терапевт отримує найбільшу кількість зворотної інформації від пацієнта (рис 4.2), її використання буде не належним, оскільки він лише виконує вказівки лікаря та відповідає за виконання переданого йому комплексу фізичних вправ.

Розглядаючи цю систему (рис. 4.2) слід відзначити, що вона більшою мірою відповідає адміністративній школі управління та традиційній структурі управління. Так традиційна структура управління заснована на широкому застосуванні регламентуючих документів і передбачає строге дотримання ієрархічної субординації у відносинах «начальник – підлеглий», важливе значення надається повноваженням і відповідальності посад, а не кваліфікації і

досвіду персоналу. Система контролю в такій структурі строго ієрархічна (вертикальна) [53, 228, 241].

Проте традиційні структури управління ефективні у великих організаціях, де необхідно забезпечити погоджену і чітку роботу великих колективів людей, які працюють над досягненням загальної мети. Такі структури дозволяють мобілізувати енергію людей і кооперувати працю при вирішенні складних питань у масовому і крупносерійному виробництві [33, 189, 228]. Принципові недоліки традиційної структури управління полягають у наступному [145, 156, 228]:

– вона перешкоджає росту потенціалу працівників, кожний з яких використовує лише частину своїх умінь, навичок та здібностей, що необхідні для безпосереднього виконання конкретної роботи;

– не застосовується належним чином весь управлінський інтелект організації (істотний фактор ефективного управління): питання стратегії і тактики вирішуються на вищих рівнях, а нижчі рівні займаються лише виконанням поставлених завдань;

– функціональна спеціалізація елементів традиційної структури створює нерівномірність їх розвитку, а це призводить до виникнення протиріч між підрозділами, непогодженості їх дій і інтересів.

На нашу думку, враховуючи, що фізична терапія представляє собою роботу у вигляді «людина – людина», у системі управління центом фізичної терапії слід віддавати перевагу врахуванню соціально-психологічних і емоційних потреб працівника у процесі роботи і управління, а людський фактор вважати основним елементом ефективної організації.

У пропонованій системі фізичної терапії на амбулаторному етапі (рис. 4.3) корисний результат хоч і буде різний для її складових, проте залежність їх один від одного буде ставитися на перший план. Так для керівників закладів, котрі займаються наданням послуг фізичної терапії, корисним результатом є прибуток, якість надаваних послуг та збільшення кількості пацієнтів, формування позитивних відгуків про заклад та спеціалістів, формування

можливостей для зростання працівників як спеціалістів, розширення закладу та спектру послуг.

Для фізичного терапевта та лікаря корисним результатом є прибуток, котрий досягається наявністю позитивної динаміки у стані пацієнта, його задоволеністю процесом фізичної терапії, збільшенням кількості пацієнтів, формуванням позитивних відгуків про спеціалістів закладу та саму систему надання послуг. Окрім того корисним результатом для фізичного терапевта є реалізація можливостей кар’єрного росту.

Для пацієнта, котрий отримує послуги фізичної терапії, корисний результат можна сформувати як відновлення втрачених функцій, рівня активності та участі, а також підвищення якості життя.

4.2.1. Структура управління процесом фізичної терапії осіб з ураженнями ОРА, яка ґрунтується на складових діяльності фізичного терапевта

Методичні основи побудови програми фізичної терапії засновані на результатах аналізу науково-методичної літератури [20, 60, 126, 159, 180, 222].

Традиційні методичні основи (принципи медичної та фізичної реабілітації, педагогічні принципи) побудови програми фізичної терапії доповнювалися принципами МКФ та принципами формулювання старт-цілей. Окрім того, у сформованій системі (рис. 4.3) фізичний терапевт бере активну участь у розробці та корекції програми фізичної терапії, що є одним з важелів підвищення значимості, мотивації та збагачення праці. Роль фізичного терапевта, його вмінь та навичок, досвіду та творчого підходу зростає.

Зворотній зв'язок від пацієнта забезпечується у більш повній мірі за рахунок використання оперативних та етапних методів оцінки (загальних, специфічних для патології, а також оцінки задоволеності пацієнта).

При першому відвідувані центру пацієнт отримував консультації лікуючого лікаря та фізичного терапевта для визначення оперативних та етапних інструментів оцінки, планування стратегій відновлення.

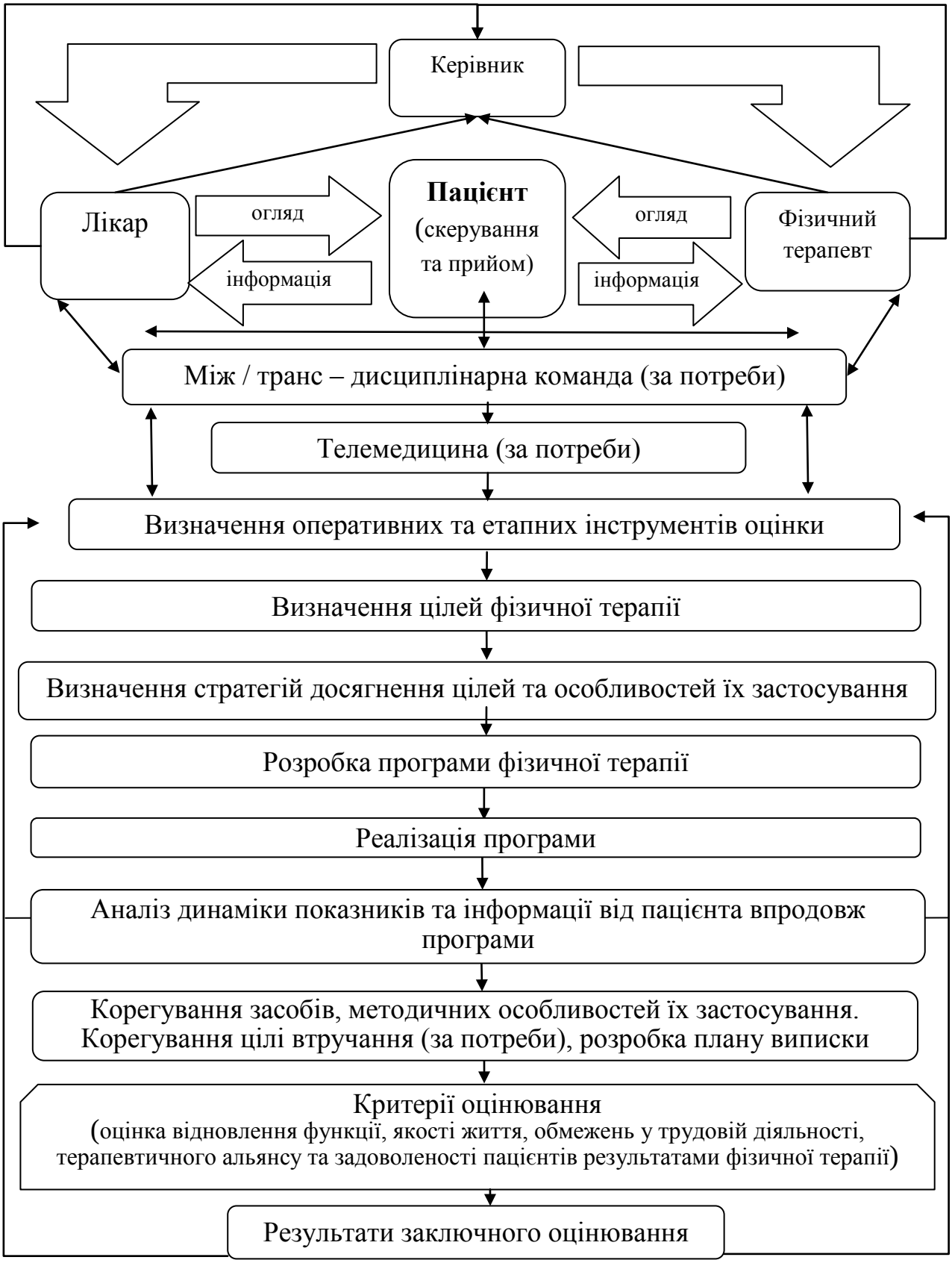


Рис. 4.3. Впроваджена система фізичної терапії осіб з ураженнями опорно-рухового апарату на амбулаторному етапі

За необхідності коло фахівців розширяли за рахунок запрошених фахівців, які залучені до роботи центру на договірних засадах.

Визначення оперативних та етапних інструментів оцінки передбачало: визначення пріоритетів; вибір інструментів оцінювання для оцінки початкового рівня при поступленні; інтерв'ю та цілі пацієнта; міжнародні стандарти обстеження; необхідність запобіжних заходів; фізикальне обстеження; функціональна та інструментальна оцінка (аналіз рухових функцій людини: ходи, присідання, піднімання та носіння вантажу, штовхання, підтягування, дотягування, хапання); об'єктивний та суб'єктивний прогнози на основі функціонального рівня; реабілітаційний план.

Обстеження важлива частина складової роботи фізичного терапевта яка спрямована на визначення особливостей та обсягу рухових порушень. А.М. Герцик виокремлює в обстеженні спостереження, опитування, тестування та вимірювання, також аналіз зібраних даних [62].

При роботі з пацієнтами використовували суб´єктивну та об´єктивну оцінку, спостереження, аналіз результатів оцінювання у порівнянні з вихідним рівнем, інтактною стороною і табличною базою даних.

Основні складові суб'єктивного обстеження, що були застосовані: анамнез, опитувальники, ВАШ болю, візуальна оцінка активного та пасивного діапазону руху в суглобі, класифікація тривожних прапорців.

Об´єктивна оцінка: постуральна оцінка, пальпація, антропометрія, динамометрія, гоніометрія (активний та пасивний рух в суглобі), ізометричне тестування м'язів, ММТ; класифікація додаткових рухів в суглобі, оцінка суглобової гри, визначення нормального та патологічного кінцевого відчуття рухів в суглобах; функціональне тестування, специфічні для ураження тести та шкали, оцінка ходи за "Rancho Los Amigos".

Спостереження: фото- та відеофіксація, формальне та неформальне спостереження [62]

При неможливості встановлення діагнозу, визначення плану реабілітації та формування спільної мети коло фахівців, які входили до міждисциплінарної

команди, доповнювали фахівці Університетської клініки м. Фрайбурга (Німеччина).

Телемедична послуга надає пацієнтам унікальну можливість проконсультуватись із спеціалістами високого рівня у всіх областях медицини, обговорити правильність встановленого діагнозу, сформувати спільні цілі терапії отримати рекомендації щодо подальшої терапії та реабілітації, а також забезпечити поточний контроль для тих, хто вже пройшов лікування за кордоном.

У спектр телемедичних послуг входять: телеконсультація, розгляд попередньо висвітленої медичної документації, повна анкета, скарг пацієнта та раніше встановлених діагнозів, телерадіологія - обробка та оцінка радіологічних (ПЭТ / КТ, КТ, МРТ) або рентгенових знімків пацієнтів, за необхідності консиліумом фахівців, телепатологія - дистанційне гістологічне дослідження, що проводиться спеціалістами гістопатологами на основі цифрових мікроскопічних зображень, телеосвіта для пацієнтів - нова методика навчання, що базується на використанні інформаційно-комунікаційних технологій.

Телеконсультація проходить у режимі відеоконференцій із використанням спеціальної програми VIDYO, встановленої на комп'ютері в центрі або у пацієнта чи на ноутбуці з можливістю виїзду за межі закладу. Це захищений канал зв'язку у форматі DICOM. Для забезпечення доброї якості відеозв'язку необхідна наявність комп'ютера, обладнаного веб-камери та мікрофона, а також швидкого інтернету (мінімум 2 МБ). Перевірка зв'язків, як правило, проводиться напередодні консультації. Попередня передача медичної документації до розгляду можлива у форматах PDF або WORD на англійській або німецькій мовах. Пересилка знімків здійснюється з електронними носіями на сервери клініки через спеціальні радіологічні тунелі, встановлені у наших партнерів. Тривалість телеконсультацій, зазвичай, 20-30 хвилин за умови якісної попередньої підготовки. Для оптимізації часу консультацій з пацієнтів обговорюють питання та складають

Комп'ютерна сітка та технічні можливості, що існують у Медичному центрі «Феско» дозволяють проводити телеконсультації у всіх кабінетах та підрозділах центра у попередньо запланований час. У структурі клініки є співробітник, що відповідає за розвиток і застосування телемедицини та допомагає персоналу із використанням можливостей технології.

Враховуючи результати проведеного аналізу результатів обстежень пацієнтів та динаміку показників, а саме наявність статистичних відмінностей між групами залежно від типу відношення до хвороби, та аналізу результатів практичного досвіду застосування принципів SMART у постановці індивідуальних цілей фізичної терапії [172, 405, 27], необхідним та важливим стає необхідність їх дотримання. Це пояснюється тим, що у осіб з розглянутими порушеннями функцій можлива відсутність бажання до фізичної активності та наявний ризик завчасного припинення програми фізичної терапії. Тому після обстеження пацієнта важливим є встановлення індивідуальних цілей з максимально можливою участю та погодженням пацієнта вже на першій консультації. Також методика SMART залишалася важливою умовою підвищення ефективності програми фізичної терапії та необхідним інструментом управління процесом у ланці «фізичний терапевт - пацієнт».

Безпосередньо методика SMART та концепція «управління за цілями» (англ. management by objectives) розроблена Пітером Друкером та згадана автором у праці "The Practice of Management". Ця книга присвячена загальним принципам управління по цілям і методиці їх визначення. «Управління за цілями» було єдиним стандартом управління у якому робота оцінювалася не за процесом, а за отриманими результатами у формі досягнення визначених цілей [14, 80].

Досягнення мети фізичної терапії та реабілітації має залежність від визначення, відповідно до наукових робіт [310, 258].

Раніше зазначалося [121], що передача інформації між людьми може відбуватися зі зміною її змісту і таким чином дещо спотворюватися. Водночас, однакова інформація часто сприймається та аналізується по різному різними

людьми. Цей факт збільшує роль методики SMART, оскільки обстежені пацієнти мали різне ставлення до хвороби, що визначало особливості їх поглядів на необхідну терапію, оцінку симптомів, особливості подачі різноманітної інформації лікарем та фізичним терапевтом, зокрема рекомендацій щодо рухової активності, прогнозу динаміки симптомів та показників якості життя. Окрім того, пацієнти з нераціональним ставленням до хвороби мали гірші показники якості життя та обмежень у трудовій діяльності, котрі віддзеркалювали можливості підтримання уважності, зосередженість, чітке мислення. Це підвищує значимість принципів SMART.

Водночас, у науковій літературі відзначається, що причина нерозуміння між керуючою процесом фізичної терапії ланкою (фізичний терапевт) і пацієнтом обумовлюється саме у неможливості людей ідентично оцінювати однакову інформацію чи обставини [121]. На зниження рівня такого нерозуміння спрямовані зокрема принципи формування індивідуальних цілей за критеріями SMART.

Абревіатура SMART утворена першими літерами ряду принципів формування цілей [14, 187, 258]:

specific – конкретна, специфічна;

measurable (чи motivational, manageable) – ціль (чи її результат) може бути виміряна;

attainable (achievable, appropriate, assignable, acceptable, attainable, ambitious, agreed upon, agreed, actionable, action-oriented) - досяжна;

relevant (realistic, results, results-focused / results-oriented, resourced) - відповідає контексту (можливостям пацієнта і забезпеченості ресурсами), значима, обґрунтована;

time-bounded, timed - пов’язана з конкретним терміном виконання чи досягнення.

Отже, визначення мети тут віддзеркалює те, що мета є конкретною, вимірною, досяжною, значущою і співвідноситься з конкретним терміном [227].

Важливою умовою у постановці індивідуальної мети та завдань для пацієнта є відсутність зайвих слів, котрі не мають змістовного навантаження [121].

Визначення цілей фізичної терапії передбачало: формулювання цілей на рівні участі за низхідною моделлю МКФ (Яка роль у суспільстві є важливою для Вашого пацієнта?), відповідно до обмежень діяльності (Які обмеження у діяльності спричиняють перешкоди у вищезазначеній участі? Які навички необхідні для досягнення вищезазначеної ролі?), структури спільно з пацієнтом (Які порушення впливають на виконання вищезазначеної діяльності?) та його сім'єю (за потреби); пояснення поняття «здоров'я», його моделей та шляхів його зміцнення в контексті стану конкретного пацієнта; інтерпретацію вербальних та невербальних відповідей пацієнта.

Фізичний терапевт повинен дотримуватися певних кроків аби уникнути непорозумінь [258]:

визначати мету у співпраці з пацієнтом, з врахуванням його потреб і побажань;

сформувати більш детально опис цільового функціонального рівня пацієнта;

зробити перевірку для уточнення правильного розуміння пацієнтом суті цієї мети.

Цілі та завдання, котрі відповідають зазначеним умовам, починають працювати як інструмент управління. Це є дуже актуальним для покращення управління системою фізичної терапії.

Визначення стратегій досягнення цілей та *розробка програми фізичної терапії* на засадах використання науково обґрунтованих клінічних настанов за нозологіями передбачало: критичний аналіз належного підбору наукових праць та описів засобів втручання; синтез інформації, отриманої з кількох джерел; підтримку, розвиток та постійне вдосконалення практичних навичок з окремих методів терапевтичного впливу; пояснення пацієнту клінічного обґрунтування для підтвердження обраного підходу фізичної терапії, посилаючись на сучасні наукові дослідження.

На основі синтезу отриманої інформації застосовували прогнозування. За визначенням А.М. Герцика [60] – це наукове передбачення необхідне для оцінювання системних ресурсів, необхідних для досягнення мети. Автор зазначає, що у фізичній терапії прогноз визначають за рівнем максимально можливого поліпшення рухових функцій пацієнта й часом, необхідним для досягнення цього рівня [60].

З урахуванням комплексу показників, отриманих при обстеженні пацієнта, на засад планування та прогнозування відбувалося формування технології втручання, підбір засобів фізичної терапії та індивідуалізація заходів (підбір терапевтичних вправ з необхідними біомеханічними особливостями, спеціальних методик практичного застосування засобів фізичної терапії), формування технології контролю, письмове оформлення програми фізичної реабілітації/фізичної терапії).

Її досягнення базувалося на виконанні ряду загальних для пацієнтів програми фізичної терапії завдань:

• сприяння зниженню інтенсивності, тривалості болю (b280) і інших симптомів;

• сприяння підвищенню м’язової сили (відповідно до коду МКФ b730);

• сприяння підвищенню м’язової витривалості (відповідно до коду МКФ b740);

• сприяння підвищенню функції рухливості суглоба чи суглобів, кісткового апарату (відповідно до коду МКФ b710, b720);

• сприяння нормалізації м’язового тонусу (відповідно до коду МКФ b735)

• сприяння покращенню виконання змісту складових «діяльності та участі», а саме розділів «мобільність», «самообслуговування», «домашній побут»;

• сприяння модифікації факторів середовища за необхідності.

Як видно з поставлених загальної мети та загальних завдань до методичних основ побудови програми входила МКФ. Окрім того, до

методичних основ входили засади формування індивідуальних смарт-цілей (смарт-завдань) для пацієнтів .

Зокрема методологічні принципи МКФ відіграли роль при встановленні напряму процесу фізичної терапії та встановленню індивідуальних потреб пацієнтів для надання рекомендацій стосовно їх діяльності та участі.

За розробленою системою фізичної терапії осіб з ураженнями ОРА коло засобів, тих які використовували було розширене. Це було зроблено з ряду причин, а саме:

для можливості повної самореалізації фізичних терапевтів;

для кращого формування терапевтичного альянсу за рахунок покращення ряду критеріїв – «розуміння пацієнтом того, як він може змінитися у результаті занять», «частота отримання нових способів розгляду проблеми пацієнта у результаті того, що пацієнт робить у терапії», «відчуття пацієнтом того, що робота у фізичній терапії допоможе виконати ті зміни, які він хоче», «частота виникнення думки у пацієнта, що спосіб роботи з його проблемою правильний»;

для формування у пацієнта ряду рухових умінь та навичок тих терапевтичних вправ, котрі він зможе виконати вдома безпечно і самостійно, а не лише тих, котрі виконуються з фахівцем та з використанням тренажерів. Водночас, ця обставина збільшує відповідальність пацієнта за частину самостійної роботи над собою і пояснення пацієнта у формі «не знаю як / не розумію як, тому і не займаюся самостійно» змінюється на вимогу програми та фахівців «вчимо вправи для самостійної роботи над собою і обов’язково займаємося фізичною терапією самостійно у визначених об’ємах»;

для формування у фізичного терапевта клінічного мислення з використанням алгоритму прийняття рішень ГОАК II у перекладі М.Я. Романішина (додаток Е).

Так до програми фізичної терапії були включені такі терапевтичні вправи:

для розвитку фізичних якостей (сили, витривалості, гнучкості, координації, рівноваги);

спрямовані на збільшення та підтримку амплітуди руху;

з мобілізацію суглобів;

для відновлення чутливості;

мануальні прийоми для відновлення трофіки та амплітуди руху;

Вправи спрямовані на розвиток сили

Використовували перевантаження, як основний метод розвитку м’язової сили та витривалості. Вправи на розвиток сили із полегшених вихідних положень, пасивні та ідеомоторні використовували при оцінці 1 та вище за ММТ. Вправи з полегшених В.п.:

рух в горизонтальній площині;

за підтримки кінцівки рукою, на лямці;

при русі кінцівки по ковзній площині (скло, плексиглас) в горизонтальному і похилому напрямках;

із застосуванням деяких снарядів і пристосувань (валиків, напіваликів, м'ячів);

рух в воді (загальна і місцева ванна, басейн).

При оцінці 2 по ММТ використовували вправи на подолання сили тяжіння кінцівки. При оцінці 3 по ММТ використовували зовнішнє обтяження.

Для відновлення сили використовували вправи з еластичними стрічками отримали значну популярність у сфері фітнесу та фізичної терапії, зокрема при порушеннях опорно-рухового апарату [26. 106], у результаті ряду особливостей їх використання. До таких засобів відносяться вправи з стрічкою-амортизатором Тера-Бенд (Thera-band), котра є різновидом еспандера, може бути без спеціальних рукояток (кінець намотують на долоню для фіксації чи просто стискають) чи може мати рукоятки на кінцях.

Основною метою застосування еластичної стрічки є перетворення звичайних вправ у комплекс вправ з обтяженням без використання тренажерів [170]. Водночас, на відміну від більшості тренажерів, застосування такого амортизатора робить можливим виконання терапевтичних вправ з великою кількістю варіантів площин руху, амплітуди, напрямів руху з спротивом при визначеному фіксуванні кінців стрічки, а також робить можливим виконання

вправ з розвантаженням суглобів. Велика варіативність притаманна й вихідним положенням виконання терапевтичних вправ з еластичними стрічками. Ще однією перевагою таких еспандерів є можливість зручного підбору навантаження.

Використовували такі форми тренування сили:

гімнастичні чи/або механічні способи;

ізометричні або статичні вправи;

динамічні – концентричні та ексцентричні вправи;

ізокінетичні вправи;

ізотонічні вправи;

вправи з відкритим та закритим кінематичним ланцюгом;

пліометричні вправи (стрибкові вправи);

Вправи на витривалість використовували з метою: покращення функціонального стану серцево-судинної системи; запобігання появі патологічного стану, зокрема ортостатичній гіпотензії.

Використовували активні та пасивні вправи на підтримку амплітуди руху. Показами до застосування активних вправ на підтримку амплітуди руху вважали стани коли пацієнт може здійснити виконати рух сегментом з/без допомоги, коли пацієнт має слабкість м’язів і може здійснити рух в суглобі через бажану амплітуду руху (зазвичай проти сили тяжіння).

Активні вправи з допомогою застосовували, коли рух потребує контролю. Пасивні вправи у випадках коли:

спостерігається гостра стадія запалення тканин (активні вправи на підтримку амплітуди руху можуть бути шкідливі для процесу одужання);

пацієнт не може чи нездатний підтримати свою активність або рух сегментів (парез, плегія);

власна сила м’язів пацієнта є недостатньою для забезпечення ефективного руху суглобів;

у випадку шкідливості активного скорочення м’язів;

як навчальний процес;

як техніка оцінювання.

Першочергова задача пасивних вправ на підтримку амплітуди руху - це зменшення вторинних ускладнень під час іммобілізації сегменту, таких як дегенерація суглобового хряща, поява адгезій, формування контрактур та зниження циркуляції крові. Другорядні задачі визначали як: підтримка суглобового руху та функції сполучної тканини; мінімізація впливу на формування контрактур; підтримка еластичності м'язу; підтримка трофіки та гемодинаміки; збільшення руху синовіальної рідини, що сприяє кращому живленню суглобового хряща та дифузії в суглобі; зниження болю в суглобі; сприяння процесам відновлення після хірургічних втручань; сприяння підтримці у пацієнта відчуття руху.

Задачі активних вправ на підтримку амплітуди руху: підтримка еластичності скорочувальних та інертних структур м'язу; забезпечення сенсорного зворотнього зв'язку під час вольового скорочення м'язу; забезпечення збереження цілісності кісток та суглобів; збільшення циркуляції та запобігання появі тромбозу; розвиток координації та рухових навичок для функціональної діяльності;

Вправи на підтримку амплітуди руху виконували: в анатомічних площинах – фронтальній, сагітальній, горизонтальній; з повною чи неповною амплітудою; відповідно до екскурсії м'язу; комбіновані рухи – діагональні рухи чи рухи, що включають декілька площин; функціональні комбіновані рухи – рухи, що використовуються під час щоденної побутової діяльності.

Перед застосуванням вправ на підтримку амплітуди руху визначали загальний стан пацієнта, звертали увагу на будь-які зміни в температурі, кольорі шкіри, об'ємі сегменту, амплітуді та якості руху, а також наявності болю. Визначали можливості пацієнта щодо виконання активних чи пасивних вправ, характеризували рухи, які можуть мати ризик зменшення амплітуди, вирішували які рухові комбінації можуть бути кращими для досягнення завдань. Пацієнта готували до процедури (розміщували, фіксували сегмент, пояснювали

вправу). Звертали увагу на особливості техніки виконання вправ на підтримку амплітуди руху, а саме:

для контролю руху, обхопити кінцівку довкола суглобу;

підтримувати ділянку, яка має слабкість або порушення цілісності;

здійснювати рух сегментом через повну безболісну амплітуду та до точки появи опору до руху, тобто рух виконується в межах наявної амплітуди;

виконувати рух рівномірно та ритмічно в межах 5 – 10 повторень кожного руху;

стабілізувати проксимальний суглоб, переміщувати дистальний сегмент вздовж напряму повільно та з невеликими затримками наприкінці руху;

виконувати легкий надлишковий тиск вкінці руху, за необхідності

Протипокази для застосування активних вправ на підтримку амплітуди руху: коли рух перешкоджає загоєнню тканин; за наявності максимально обмеженої м'язової рухливості; у випадку сильних болів що супроводжують обмеження м'язової рухливості. Протипокази застосування пасивних вправ на підтримку амплітуди руху; біль під час та після припинення рухової активності; розвиток дисфункціонального м'язового тонусу; інші несприятливі реакції на вправи (запалення, ефузії, тощо).

Дозування пасивних вправ на підтримку амплітуди руху: зазвичай від 5 до 12 повторів; приблизно 5-10 секунд за цикл; в середньому від 3 до 5 разів на тиждень; деякі повтори при наслідках периферичних невропатій як правило повільніші при тривалому утриманні в діапазоні від 20 до 60 секунд.

Способи розтягу та мобілізації тканин при застосуванні вправ на гнучкість: мануальний або механічний; пасивний та/або активний; самостійний; PNF розтяг; постізометрична релаксація (ПІР); суглобова мобілізація/маніпуляція; тканинна мобілізація/маніпуляція; мобілізація нервової тканини.

Показники від яких залежить ефективність розтягу: положення/позиціювання; стабілізація; інтенсивність розтягу (сила); тривалість розтягу; швидкість розтягу; кількість повторень; форма виконання.

Категорії вправ на розтяг, які використовувалися:

статичний розтяг (тривалість від декілька секунд до 5 хв. і більше за один повтор.);

циклічний розтяг (це періодичне але чітко дозоване прикладання сили, кожне утримання триває приблизно 5-10 секунд);

балістичний розтяг (це швидкий, сильний переривчастий розтяг, де присутня висока швидкість та висока інтенсивність);

вправи, які базуються на концепції PNF.

Покази до застосування вправ на розтяг: коли амплітуда руху є обмежена м'якими тканинами, які втратили свої властивості до видовження в результаті появи адгезій, контрактур, рубців; обмеження амплітуди руху, що викликано структурними деформаціями; є м'язова слабкість та вкорочення тканин.

Вправи можуть бути використані, як частина програми загальної фізичної підготовленості для запобігання травм, перед та після енергійний вправ, що потенційно можуть викликати м'язові ушкодження.

Протипокази до застосування вправ на розтяг: обмеження руху суглобу, що викликані кістковими змінами; недавні переломи та переломи що не зрослися; гострий стан, запалення чи інфекційний процес; різкий та гострий біль під час суглобового руху чи м'язового видовження; гематома чи інші травми м'яких тканин; гіпермобільність суглобу; вкороченні м'які тканини, що забезпечують стабільність суглобу; вкорочені м'які тканини, які дозволяють пацієнтам з паралічем або слабкістю виконувати специфічні рухові завдання.

Використовували методику мобілізації суглобів. Мобілізація чи маніпуляція суглобу, це пасивна, удосконалена техніка мануальної терапії, яка прикладається/застосовується до суглобів та споріднених з ними м'яких тканин з різною швидкістю та амплітудою виконання використовуючи фізіологічні та додаткові рухи. Вправи на мобілізацію суглобів:

через ковзання та/або кочення;

стискання;

розтяг/витяжіння (тракція/дистракція);

тракція – це розтяг вздовж осі кістки;

дистракція/витяжіння – це розтяг який спрямований на роз’єднання суглобових поверхонь.

Також використовували постізометричну релаксацію (ПІР), який базується на здатності м’язів краще розслаблятися (при підвищеному тонусі у стані спокою) та додатково розтягуватися після ізометричного скорочення у розтягнутому стані впродовж 5–7 с [94, 179, 163]. Обов’язковим елементом є пасивне розтягнення після ізометричного скорочення впродовж 8–10 секунд. Після 3-5 повторень скорочень та пасивних розтягнень у м’язових волокнах і виникає стійке розслаблення з суттєвою аналгезією [179]

Великим блоком терапевтичних вправ, що застосовувалися були вправи на баланс та постуральний контроль (динамічний процес у якому тіло має здібність зберігати стійку позу в статичних або динамічних умовах). Використовували: статичні вправи (наприклад утримання положення стоячи на одній нозі); динамічні вправи (звичайні рухи наприклад сідання, хода); вправи в межах площі опори (кидок, ловля м'яча); вправи по за межами площі опори (нахиляння, вставання, присідання); вправи на розвиток відчуття балансу (із закритими очима, невідомою площею опори); вправи на розвиток функціональної активності.

Використання механотерапії при порушеннях опорно-рухового апарату широко розповсюджене [4, 182, 87, 197]. В програмах використовували механотерапевтичні апарати, в основу конструкції яких лягли біомеханічні закони руху суглобів [131]. Кількість вправ у апаратах механотерапії, кількість повторень, обтяження, вихідні положення підбиралися та змінювалися фізичним терапевтом як планово, так і оперативно на занятті фізичною терапією. Окрім того зі сторони фізичних терапевтів було розширено комплекс вправ на тренажерах.

Можливість та доцільність застосування визначених вправ, необхідність виконання вправ у полегшених вихідних положеннях чи, навпаки, необхідність переходу до більш складних вправ та вихідних положень визначалася

безпосередньо фізичним терапевтом з урахуванням змін скарг пацієнта, динаміки амплітуди рухів у суглобах та відчуття пацієнта при їх виконанні, динаміки зміцнення м'язів певних анатомічних зон чи груп м'язів, освоєння техніки виконання вправ.

Реалізація програми фізичної терапії відбувалася на засадах: дотримання основних юридичних та етичних вимог, провадження діяльності зі згоди пацієнта; слідування законодавчим актам, що стосуються фахівців сфери охорони здоров'я України; дотримання меж загальної сфери професійної діяльності; дотримання Етичного Кодексу фізичного терапевта; керування процесом безпечного, ефективного та вчасного втручання у фізичній терапії; попередження/мінімізації ризику та небезпеки під час втручання фізичної терапії; готовності у разі невизначеності звертатися за допомогою чи скеровувати пацієнта до іншого спеціаліста сфери охорони здоров'я.

Корегування засобів, методичних особливостей їх застосування. Корегування цілі втручання (за потреби), розробка плану виписки. Процес реалізації програми відбувався з використанням SMART-формату, що давало змогу при визначенні кінцевої мети процесу відновлення розробити дерево цілей, визначати довготривалі та короткотривалі цілі.

Кожна SMART-ціль має чітко визначені показники її досягнення, як у часі, так і за результатами об'єктивних досліджень. У процесі досягнення цілей формувалася домашня програма реабілітації, проводилося ознайомлення пацієнта з основними її складниками. Фізичним терапевтом проводилося документування проміжних результатів для визначення необхідності корекції цілей.

Загальна оцінка формувалася з показників *відновлення функції та активності, якості життя, обмежень у трудовій діяльності, терапевтичного альянсу та задоволеності пацієнтів* результатами фізичної терапії. Окрім обраних критеріїв оцінювання для кожного пацієнта в залежності від його основного захворювання були підібрані валідні та чуттєві інструменти обстеження, які обиралися на засадах використання науково обґрунтованих

клінічних настанов за нозологіями та дозволяли оцінити зміни при досягненні короткочасних та довготривалих цілей.

Під час періоду навчання проводили роботу з персоналом щодо співпраці у міждисциплінарній команді, ведення документації, коректної передачі інформації про пацієнтів між працівниками, узгодженості та наступності визначеної програми фізичної терапії (рис. 4.4). Керівниками відстежувалося безумовне дотримання обраної моделі управління діяльності фізичного терапевта.

Рис. 4.4. Блок-схема управління діяльністю фізичного терапевта

Телемедичний метод також використовували для підвищення кваліфікації для лікарів та середнього медичного персоналу, навчання студентів, обмін останніми науковими даними, дистанційна передача сучасного клінічного

досвіду. Служба включає в себе: розроблення плану та зміст курсу навчання за замовленою темою, складання презентаційних слайдів, цикл лекцій провідних фахівців, послуги перекладача та технічне забезпечення.

Управління у відносинах з пацієнтами, що проходять курс фізичної терапії, відіграє дуже важливу роль, оскільки від його особливостей залежить постановка цілей і можливість їх досягнення, задоволеність пацієнта від отриманих реабілітаційних послуг та суб’єктивна оцінка результату їх впливу на функціональний стан, якість життя.

Розглядаючи систему представлену на рис. 4.3 та 4.4 слід відзначити, що вона більшою мірою відповідає горизонтальному поділу праці між лікарем та фізичним терапевтом у розробці програми для пацієнта.

Загалом, управління являє собою сукупність впливів на об'єкт, здійснюваних за визначеною програмою. Зміна стану системи в заданому напрямку досягається шляхом додавання до неї так званих керуючих впливів (рис. 4.5).

У широкому сенсі керуючими впливами називають будь-які впливи, параметрами яких можна розпоряджатися при управлінні системою; ними також можна варіювати для того, щоб здійснити рух системи в необхідному напрямі, кращому в порівнянні з іншими [198].

Керуючий вплив являє собою вплив спрямований на об'єкт керування, призначений для досягнення мети керування. Вироблення керуючих впливів включає збір, передачу й обробку необхідної інформації, прийняття рішень. Здійснення керуючих впливів охоплює передачу керуючих впливів і при необхідності перетворення їх у форму, безпосередньо сприйману об'єктом керування [58, 111].

Керуючий вплив від керівника центру з надання послуг фізичної терапії на співробітників виявляється у вигляді методів менеджменту, котрі розрізняються напрямком впливу на керований об'єкт, способом врахування інтересів працівників, формою та характером впливу.

Рис. 4.5. Спрощена схема системи управління процесом фізичної терапії

Враховуючи, що у представлених схемах є обмін інформацією, з технічної точки зору процес фізичної терапії також має ознаки інформаційної системи.

Інформаційна система може бути визначена як набір взаємозалежних компонентів, що збирають, оброблюють, зберігають і розподіляють інформацію, щоб підтримати процес прийняття управлінського рішення і управління організацією в цілому [45]. У системі фізичної терапії управлінське рішення може мати форму визначення цілей втручання та змісту програми фізичної терапії, а також їх модифікацію з врахуванням динаміки стану пацієнта (рис.4.4), тобто інформації, котра надходить до системи.

Таким чином правильне формування мети організації, системи управління, покращення зворотного зв'язку є важливими факторами підвищення якості послуг фізичної терапії та розвитку центру з надання послуг фізичної терапії.

У представленій системі пункт «Результати заключного оцінювання» також мають більш широкий зміст, на відміну від традиційного підходу. Зокрема, для керівника результати ефективності представляються не лише у формі прибутку, а й у рівні задоволеності пацієнтами різними сторонами отримання послуг фізичної терапії у закладі, у особливостях формування терапевтичного альянсу.

4.3. Особливості менеджменту у мотивації персоналу з надання послуг фізичної терапії для пацієнтів з ураженнями опорно-рухового апарату на амбулаторному етапі

Ціль менеджменту у сфері послуг — забезпечити прибутковість діяльності підприємства, завдяки ефективному використанню кадрового потенціалу і раціональній організації сервісного процесу, спрямованого на виявлення та задоволення потреб населення [143, 224, 233].

До завдань менеджменту у сфері послуг можна відносять наступне [143, 224]:

- визначення цілей та виявлення шляхів їх досягнення;
- згуртування людей навколо загальних цілей;
- організація процесів розробки та надання послуг;
- забезпечення високої якості обслуговування;
- постійна підготовка і розвиток персоналу;
- забезпечення ефективності комунікацій між персоналом та клієнтом;
- розробка і застосування різних способів оцінки діяльності працівників і підприємства в цілому;
- створення своїх власних традицій і використання набутого досвіду [143, 224].

Стандартна послідовність реалізації функцій менеджменту має вид «визначення цілі» – «планування» – «рішення» – «організація» – «мотивація» – «контроль» [228, 51]. На рівні центру з фізичної терапії перші чотири функції будуть значною мірою відноситися до розробки бізнес плану та проектування

закладу, створення системи управління. Надалі особливо важливим є застосування методів менеджменту для функції «мотивації» з метою налагодження роботи центу та підвищення якості послуг.

Менеджмент персоналу, котрий надає послуги фізичної терапії, займає важливе місце у підвищенні рівня послуг, що надаються, та, відповідно, поліпшенні динаміки стану пацієнта.

Відповідно до сучасних поглядів, постійне поліпшення методів менеджменту та мотивації фахівців є необхідним, у тому числі й у сфері фізичної терапії.

Більшість керівників визнає той факт, що продуктивність роботи персоналу залежить не тільки від професіоналізму та компетентності співробітників, але і від того, як вони ставляться до виконуваної роботи. Високий рівень задоволеності і лояльності спонукає співробітників докладати більше зусиль для якісного і своєчасного виконання своєї роботи, тим самим збільшуючи продуктивність підприємства та сприяючи досягненню її стратегічних цілей. Зниження рівня задоволеності і лояльності персоналу навпаки, гальмує розвиток підприємства, знижує результативність співробітників і збільшує вірогідність відходу цінних кадрів з організації [93]. Тому важливим у роботі центру з надання послуг фізичної терапії є визнання ролі методів менеджменту, вчасності розпізнавання перших ознак негативних змін, реалізації заходів щодо виправлення ситуації, а також впровадження системи моніторингу задоволеності і лояльності персоналу. Це є запорукою постійного зростання якості послуг та системи управління.

У теорії менеджменту виділяють наступні ознаки для класифікації методів менеджменту напрямком впливу на керований об'єкт; способом врахування інтересів працівників; формою впливу; характером впливу [237, 143, 54]. У менеджменті персоналу для надання послуг фізичної терапії доцільно застосовувати досить широкий ряд методів менеджменту, оскільки мова йде про вплив на досить складну систему – колектив фізичних терапевтів, котрі у свою чергу здійснюють керуючий вплив на не менш складні системи – пацієнтів.

Так за напрямком впливу на керований об'єкт розрізняють методи прямого впливу, котрі безпосередньо впливають на керовану систему, та методи непрямого впливу, котрі створюють умови для впливу на керовану систему менеджменту [237, 198, 73]. Так у центрі з надання послуг фізичної терапії осіб з ураженнями опорно-рухового апарату методи прямого впливу можуть бути представлені наказами, розпорядженнями, вказівками, інструкціями та протоколами ведення, положеннями, тарифами, а методи непрямого впливу реалізуються на практиці у підборі колективу з врахуванням різних ознак та наступному формуванні загального психологічного клімату.

Наступна група методів менеджменту, котра є дуже актуальною у сфері надання послуг фізичної терапії, формується за способом врахування інтересів працівників. За цією ознакою виділяють [237, 54]:

- методи матеріального впливу – беруть до уваги майнові та фінансові інтереси найманих працівників;
- методи владного впливу – спрямовані на налагодження та організацію функцій, обов'язків і прав працівників, інструктування та нормування їх діяльності;
- методи морального впливу – спрямовані на підвищення соціально-господарської активності.

Зокрема методи матеріального впливу застосовуються у вигляді економічного стимулювання, матеріальної відповідальності. Так у центрі з надання послуг фізичної терапії для хворих ортопедичного профілю методи владного впливу можуть бути представлені - штатним розкладом, інструкціями та протоколами надання окремих послуг та проведення процедур, наказами, розпорядженнями, доганами. Методи морального впливу теж набувають великої значимості у аспекті роботи центру з фізичної терапії. Так вони включають етичні норми, моральні стимули у роботі з пацієнтами.

За формою впливу розрізняють кількісні (калькуляції, ціни, матеріальні стимули тощо) та якісні методи (вказівки, інструкції, моральні стимули, методи добору колективу за психофізіологічними факторами) [237, 50].

За характером впливу виділяють [237, 228, 192]:

– економічні методи менеджменту. Зумовлені різноманітними економічними чинниками, за допомогою яких досягається колективне та індивідуальне задоволення потреб на всіх рівнях;

– технологічні методи менеджменту – плив на працівників через документи, які визначають технологію, зокрема фізичної терапії при різних патологіях опорно-рухового апарату;

– соціально-психологічні методи менеджменту – сукупність специфічних способів впливу на міжособистісні стосунки і зв'язки, соціальні процеси, що виникають у трудових колективах. З метою успішної роботи організації (центру фізичної терапії) в умовах ринкових відносин перед усе необхідно активізувати соціальну активність усіх працівників за рахунок підвищення ініціативності, творчої цілеспрямованості, самодисципліни. Це досягається шляхом управління інтересами і через інтереси. На створення цього загального задоволення спрямовані психологічні і соціальні методи менеджменту.

– адміністративні (організаційно-розпорядчі) методи менеджменту здебільшого є однозначними, тобто виключають варіативність завдань і способів їх розв'язання. В основі організаційного впливу лежать: організаційне регламентування, організаційне нормування і організаційне проектування.

Використання методів менеджменту сприяє виникненню ряду позитивних змін у діяльності колективу фізичних терапевтів (рис. 4.6). Окрім того для процесу фізичної терапії додатковий вплив цих методів буде спрямований і на пацієнта, а саме підвищенням якості послуг.

Робота фізичного терапевта є досить виснажливою як з фізичної сторони, так і з психологічної. Це відбувається за рахунок необхідності показу фізичних вправ пацієнтові чи виконання фізичних вправ одночасно з пацієнтом, необхідності допомоги пацієнтові у фіксуванні навантаження та регулюванні спротиву, а також при проведенні, наприклад, процедур масажу, міофасціального релізу.

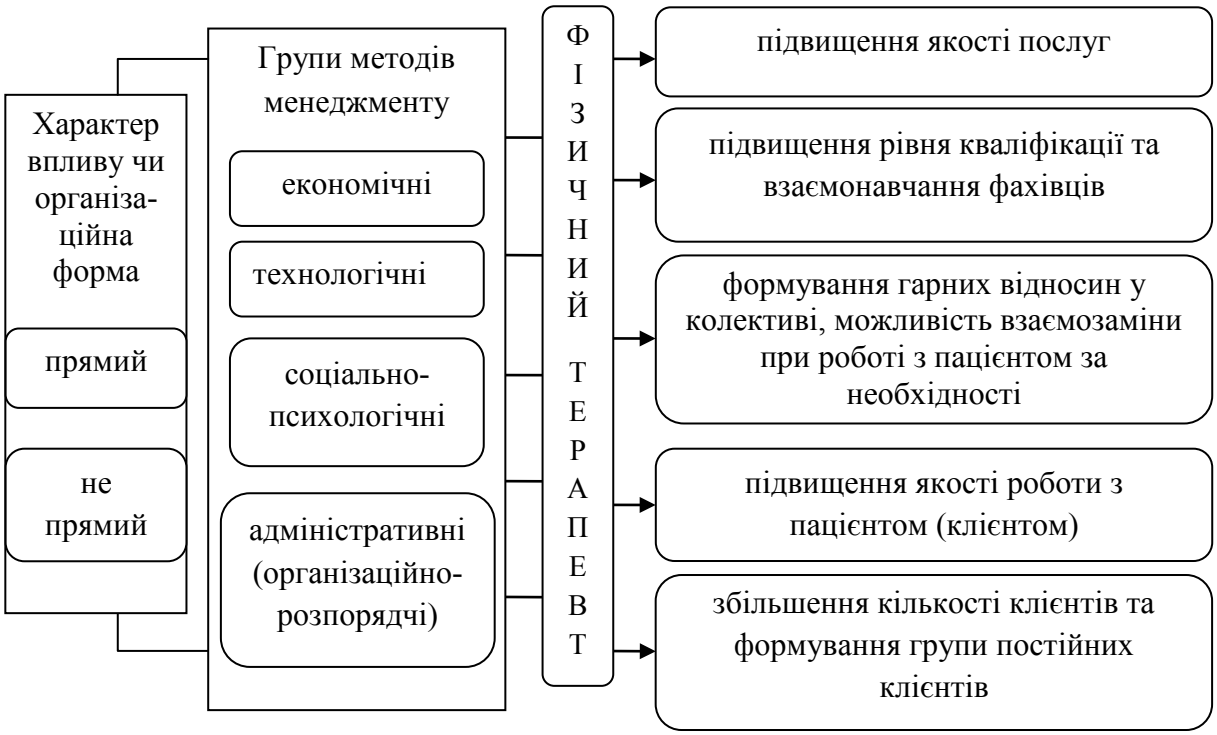


Рис. 4.6. Вплив методів менеджменту на діяльність фізичного терапевта

Психологічне навантаження виявляється у тому , що робота з пацієнтами у більшості випадків передбачає надходження, можливо у більшій кількості ніж необхідно, скарг від пацієнта стосовно свого стану, інформації щодо неможливості виконати навіть легке рухове завдання. Тому важливим у менеджменті фізичних терапевтів, а також й інших працівників центру з надання послуг фізичної терапії пацієнтам осіб з ураженнями ОРА, є мотивація персоналу.

З іншої сторони, наразі ринок послуг фізичної терапії знаходиться у стані постійної конкуренції. У результаті цього збільшується значення кожного фахівця у досягненні цілей центру з фізичної терапії.

Вагомим завданням, що стоїть перед керуючою частиною, є спрямування колективу на досягнення визначених цілей центру фізичної терапії, оскільки як економічне зростання загалом, так і гарна динаміка стану пацієнта залежить від наявності працівників з високою кваліфікацією та вміння спонукати їх до високої продуктивності праці. З метою збільшення ефективності праці найманих працівників центру з надання послуг фізичної терапії важливою є робота з мотивації працівників, її ефективне практичне застосування, а також

удосконалення методів. За це відповідає однойменна функція менеджменту «мотивація».

Вивчення проблеми мотивації має вагоме теоретичне і практичне значення, оскільки найбільш цінним ресурсом у сучасних умовах ринку послуг фізичної терапії є персонал, а не устаткування. Тому саме персонал є одним з найважливіших факторів прогресивного розвитку та максимізації доходів у цій сфері діяльності. До найбільш поширених мотивуючих факторів можна віднести розмір заробітної плати, відчуття успішності, наявність просування по службі, творче і ділове зростання, визнання ефективності роботи і схвалення результатів праці, наявність положення про високу міру відповідальності, гарні стосунки з колегами та з начальником, можливість чи перспектива рішення соціально-побутових проблем.

Тому обов’язок керівника успішного центу з надання послуг з фізичної терапії полягає у тому, щоб мотиваційні цілі працівників у значній мірі співвідносилися з інтересами центру і вели у заключному результаті до успіху, котрий можна охарактеризувати як досягнення корисного результату відразу у всіх учасників системи керівник – фізичний терапевт - пацієнт.

Мотивація - це один із видів управлінської діяльності, який забезпечує процес спонукання себе та інших працівників до діяльності, що спрямована на досягнення особистих цілей або цілей організації [152, 64, 110].

Найефективніша реалізація функції мотивації вимагає розуміння, що саме змушує робітника виконувати роботу якісно. Існує ряд понять, які потрібно розглянути: потреба, винагорода та мотиви.

Потреби виникають і знаходиться всередині людини і виявляється в індивідуальній формі. Це особливий стан психіки індивіда, усвідомлення ним незадоволеності, відчуття відсутності чогось, відображення невідповідності між внутрішнім станом і зовнішніми умовами. Це те, від чого людина завжди прагне звільнитися (задовольнити свої потреби, приглушити чи не реагувати на них). Виникають потреби як усвідомлені, так і неусвідомлені, і велика їх частина періодично відновлюється [228].

Винагорода – це все, що людина вважає цінним для себе. Але поняття цінності в людей специфічні, а отже, і різна оцінка винагороди і його відносної цінності. Керівник має справу з двома головними типами винагороди: внутрішньою і зовнішньою. Внутрішню винагороду дає сама робота. Наприклад, це почуття досягнення результату, змістовності і значущості виконаної роботи, самоповаги. Зовнішня винагорода дається організацією, наприклад: зарплата, просування по службі, символи службового статусу і престижу, похвали і визнання, а також додаткові виплати [54].

Мотив – це внутрішнє бажання людини задовольнити свої потреби, що залежить від безлічі внутрішніх і зовнішніх факторів, а також від дії інших мотивів, які виникають паралельно з цим. Мотив не тільки спонукає людину до дії, але і визначає, що і як треба зробити. Таким чином, мотив викликає дії для усунення проблем, але в різних людей ці дії можуть бути абсолютно різними, навіть якщо вони обумовлені однією проблемою. Мотиви піддаються усвідомленню: людина може впливати на свої мотиви, приглушати їхній вплив чи навіть усувати їх [228].

Мотиваційний потенціал працівника — складова трудового потенціалу, яка характеризує готовність працівника до максимальної трудової віддачі, розвитку конкурентоспроможності, реалізації в роботі набутих знань, здібностей, умінь, навичок [110].

У літературі представлені різні теорії мотивації та трактування видів мотивації персоналу. Тому для розробки механізмів мотивації працівників центру фізичної терапії пацієнтів з ураженнями ОРА необхідно розглянути основні теорії мотивації.

Наявні змістовні теорії мотивації ґрунтуються на вивченні потреб людини, що є основним мотивом її поведінки і діяльності. Вони прагнуть пояснити, що в особистості чи її оточенні формує і підтримує визначену поведінку або спосіб дій. Вони являють собою спроби визначити і класифікувати потреби людей, що спонукають їх до дій [228].

Відповідно до теорії ієрархії потреб Абрахама Маслоу, в основі поведінки лежать потреби людини, які можна розділити на первинні (фізіологічні, потреби в безпеці) та вторинні (потреби у приналежності і любові, у визнанні, у самовираженні). Згідно з теорією Маслоу, всі ці потреби можна розташувати в строгій ієрархічній послідовності у вигляді піраміди, в основі якої лежать первинні потреби, а вершиною є вторинні [64].

Значення ієрархічності побудови полягає в пріоритетності для людини потреб нижчих рівнів, це позначається на її мотивації [64, 357]. Проте у теорії К. Альдерфера сукупність потреб людини розглядається як континуум – множину рівнозначних, однорівневих потреб [151].

Виходячи з спрямованості мотивації у підлеглих у теорії Д.Мак-Грегора (“X” і “Y”) було виділено два портрети людини, які є протилежними один одному [64, 228, 110]. Теорія “X” формує основи управління та контролю традиційного менеджменту (через контроль), коли менеджер повідомляє підлеглим, які вони мають зобов’язання, і застосовує покарання чи винагороди у процесі праці. Дії менеджера базуються на тому, що людина має відразу до роботи і уникає її за можливістю; більшу частину людей варто змушувати працювати, контролювати і керувати ними, наголошуючи на можливості покарання; людина бажає уникнути відповідальності, у неї відсутні сильні амбіції, віддає перевагу бути керованою, і бажає, в першу чергу, безпеки і спокою.

Теорія «X», таким чином, відповідає негативній мотивації і розглядає тільки задоволення первинних (базових) потреб, не торкаючись високих [228].

Протилежна теорія «Y» – база так званого «менеджменту співучасті» (управління за допомогою мотивації). Ця теорія ґрунтується на наступних допущеннях [228, 64, 52, 174]:

– праця – це природний процес, і звичайні люди не відчувають ворожості до роботи так само, як і в процесі гри чи відпочинку. Людина може сприймати роботу як джерело задоволення або як покарання залежно від умов праці;

– контроль і загроза покарання – не єдиний спосіб змусити людину сумлінно трудитися: якщо люди залучені до організаційних цілей, вони намагаються завзято працювати, використовуючи самоконтроль і самоврядування. В мотивах людини переважають соціальні потреби і бажання гарно працювати;

– прагнення людини до визначеної мети залежить від винагороди, і найбільш важливою винагородою є задоволення її самолюбства і прагнення до самовираження;

– у визначених умовах людина не тільки готова взяти на себе відповідальність, але і прагне до неї. Більшість людей прагне використовувати свої знання і досвід, брати на себе відповідальність;

– здатність до знахідливості, уяви, творчості при вирішенні проблем організації поширена серед працівників;

– у обставинах сучасного виробництва потенціал середнього працівника використовується не повністю і повинен бути максимально розкритий.

Теорія "Y" відповідає позитивній мотивації, стосується незадоволених і більш високих потреб. Вона сприяє зменшенню витрат на контроль діяльності персоналу, оскільки орієнтована на самоконтроль і співробітництво [228].

На практиці наймані спеціалісти, які представлені у теорії Д. Мак-Грегора, формують протилежні групи людей і вимагають використання відмінних мотивів поведінки і стимулювання до праці [143, 64], що стосується й підбору персоналу для роботи у центрі з надання послуг фізичної терапії.

Дослідник Д. Мак Клелланд доводив, що мотивація має ґрунтуватися на потребах досягнення, участі, влади [228, 64, 110]. Потреба досягнення виявляється у бажанні досягати цілі більш ефективно порівняно з минулим досвідом. Працівники з цією потребою чимало і якісно працюють, проте їм не подобається ділитися своєю роботою, вони бажають досягати цілей і результату особисто. Потреба участі виявляється в людини у формі відчуття необхідності дружніх стосунків з колективом та оточенням. Працівники з цією потребою прагнуть створити і підтримувати гарні відносини, мати підтримку і гарну

оцінку за виконану роботу з боку оточення, їх турбує думка про них. Бажання влади виявляться у людини в прагненні мати контроль над ресурсами, процесами і людьми в організації. Такі люди розділяються на дві групи: «влада заради влади» та «влада заради досягнення мети організації» [64, 143, 73].

Ця теорія у організації менеджменту працівників центру з надання послуг фізичної терапії піднімає питання необхідності визначення розподілу обов'язків та завдань (має бути один виконавець чи група?), розподілу влади (у кого має збільшуватися рівень влади? з якою метою? чи буде від цього користь організації?).

З'ясування впливу матеріальних і нематеріальних чинників на мотивацію людини відображено у теорії мотивації Фредеріка Герцберга. Він прийшов до висновку, що існують дві основні категорії факторів оцінки ступеня задоволеності від виконаної роботи: фактори, які утримують на роботі, (гігієнічні - адміністративна політика, умови праці, розмір заробітної плати, міжособистісні відносини) і фактори, які мотивують до роботи (мотиватори - досягнення, визнання заслуг, відповідальність, можливість для кар'єрного зростання) [228, 64, 311].

Важливою також є теорія очікування (надії), котра базується на працях В. Врума і стверджує, що активна потреба не є єдиною неодмінною умовою мотивації працівника для виконання обраних цілей. Людина повинна мати надію, що її тип поведінки насправді приведе до задоволення потреби чи отримання бажаного. Очікування працівника аналогічне оцінці ним вірогідності виникнення певної події [64, 110, 237].

У сучасних умовах ринкових відносин теорія справедливості, напевно, лише збільшила свою значимість.

Ця теорія висуває альтернативне розуміння того, як люди розмірюють та направляють свої сили та енергію для виконання поставлених завдань та мети. Відповідно до теорії справедливості працівники суб'єктивно розраховують відношення винагороди, котру отримають, до витрачених зусиль, а потім порівнюють його з винагородою інших працівників, які виконують аналогічну

роботу чи витрачають аналогічну кількість зусиль. У разі наявності дисбалансу при порівнянні та несправедливості, з'являється психологічна напруга. У результаті виникає ситуація, за якої з метою встановлення справедливості необхідно ліквідувати наявну різницю, що виконується за рахунок зменшення кількості зусиль чи збільшення отриманої винагороди [55, 64, 237].

У колективі центру з надання послуг фізичної терапії, як і на будь якому підприємстві, існують усі типи працівників, і обрання однієї концепції мотивації основною визначається більшою частиною працівників певного типу в колективі. Проте застосування виключно лише однієї концепції може призводити до накопичення неузгодження методів керування з мотивами окремих працівників, зокрема важливим є збереження професіоналів з досвідом роботи та творчим підходом до процесу фізичної терапії. Тому процес вибору та використання мотиваційних концепцій для колективу центру фізичної терапії є досить складним та творчим (рис. 4.7).

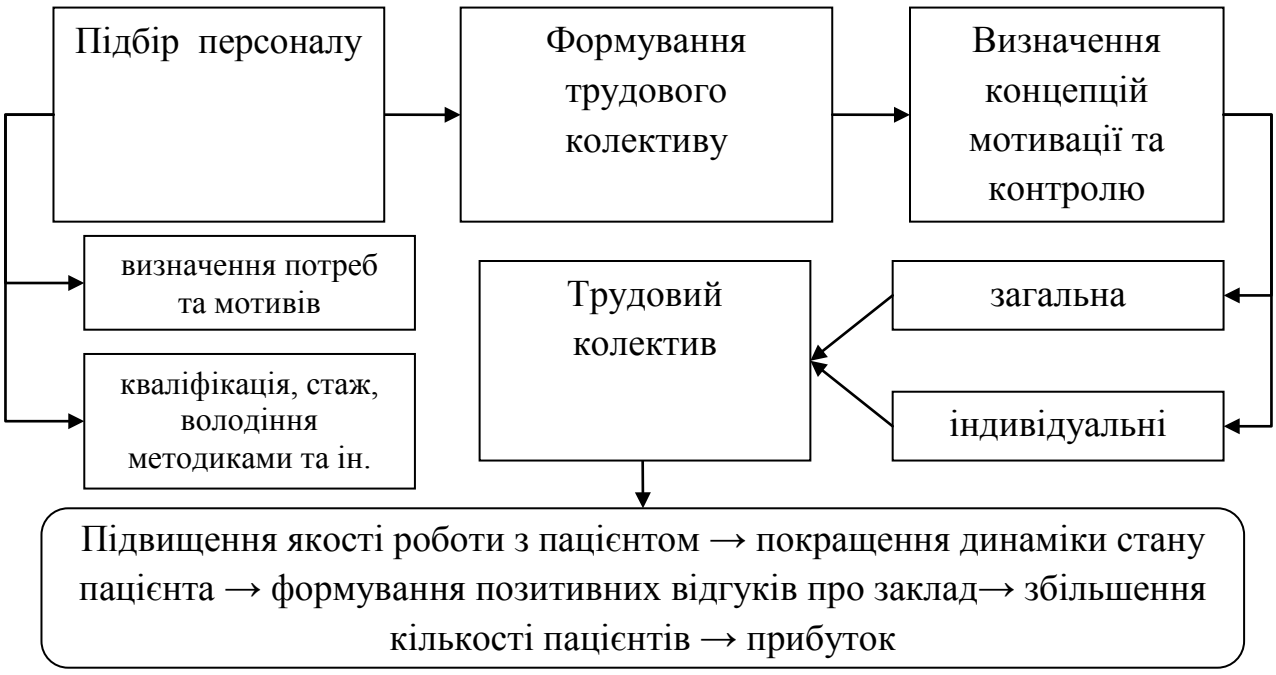


Рис. 4.7. Схема визначення та використання мотиваційних концепцій у центрі з надання послуг фізичної терапії для пацієнтів осіб з ураженнями ОРА.

Узагальнюючи вище сказане, у аспекті центру з фізичної терапії мотивацію можна розглядати як процес спонукання працівників до ефективної діяльності з метою досягнення цілей центру шляхом задоволення потреб працівників та пацієнтів центру. А вибір стимулів для мотивації залежатиме від особливостей фахівців та колективу у цілому.

Також варто зазначити, що мотивація має базуватися на таких вимогах [152]:

- надання рівних можливостей щодо зайнятості і службового просування;
- узгодження рівня оплати праці за її результатами та визнання особистого внеску у загальний успіх;
- захист здоров'я осіб які працюють;
- можливість творчої реалізації працівника;
- підтримка в колективі атмосфери довіри.

Загалом мотиваційний механізм являє собою комплекс організаційно-економічних, матеріально-технічних та соціально-психологічних інструментів і методів спонукання до ефективної праці для забезпечення досягнення мети мотиваційної політики [152, 73].

Враховуючи розглянуті теорії мотивації, у рамках центру з надання послуг фізичної терапії можна виділити наступні мотиваційні чинники – економічні та не економічні. Зокрема до економічних слід віднести відрядну та погодинну оплату праці, наявність преміювання за виконання найбільшої кількості процедур чи перевиконання плану, оплата навчання, додаткові виплати за відсутність невиходів на роботу, за покупку курсу реабілітаційних послуг клієнтом чи активну участь у формуванні бажання пацієнта перейти на профілактичне та оздоровче застосування занять з фізичної терапії після вирішення поставлених раніше цілей, пільгове користування обладнанням центру для працівників та, можливо, їх родин, з урахуванням розкладу за завантаженості центру. Необхідність розробки та регулювання цих стимулів більше підкреслюється рядом теорій мотивації (рис. 4.8).

Рис. 4.8. Економічні мотиваційні чинники для фахівців центру фізичної терапії

Підкреслимо, що стимул (мотивуючий фактор) перетворюється на мотив лише тоді, коли він усвідомлений людиною, сприйнятий нею. Наприклад, щоб премія (стимул) стала мотивом поведінки і діяльності конкретного працівника, необхідно, щоб він усвідомлював її як справедливу винагороду за працю. Тоді намагання заслужити премію сприятиме підвищенню ефективності праці. Проте для певної частини працівників, котрі не мають надії отримати премію (низька фахова підготовка, недисциплінованість тощо) ця можлива винагорода не трансформується в мотив, залишаючись на рівні потенційного стимулу [110].

До не економічних (рис. 4.9) можна віднести заходи щодо збагачення праці, просування за службою, формування зручного чи гнучкого графіку праці,

відчуття успішності у працівників (наприклад, на основі визнання ефективності роботи з пацієнтом і схвалення результатів праці), наявність можливостей самовдосконалення, наявності положення про високу міру відповідальності за здоров’я пацієнта, участі у прийнятті рішень щодо формування змісту програми фізичної терапії та рішень на рівні центру.

Відзначимо, що теорія збагачення праці рекомендує забезпечити наявність в роботі кожного працівника як мінімум 6 факторів, корті разом забезпечують її привабливість:

• відповідальність за продуктивність;

• усвідомлення важливості і необхідності виконуваної роботи;

• можливість самостійного розподілу ресурсів у процесі роботи, контролю над ресурсами;

• наявність зворотного зв'язку, можливість отримання інформації про результати роботи;

• можливість професійного росту, набуття нового досвіду, підвищення кваліфікації (робота не повинна бути одноманітною);

• можливість впливу працівника на умови праці [192, 154, 50].

Формування наявності положення про високу міру відповідальності за здоров’я пацієнта насамперед реалізується рівнозначністю ролі лікаря та фізичного терапевта на рівні закладу, їх результатів обстежень, ролі у розробці програми фізичної терапії, а іноді й стосовно питань реабілітації загалом.

Таким чином ці заходи ліквідують стан організації роботи, коли лікар здійснює огляд і надає стандартний, а не індивідуалізований, комплекс вправ для пацієнта (рис. 4.2), а фізичний терапевт виконує лише механічну роботу. Окрім того такі заходи грають роль й у збагаченні праці фізичних терапевтів. Роль лікаря зменшується у аспекті підбору фізичних вправ, залишається необхідною у питаннях вироблення командного рішення щодо протипоказань, дозування навантаження.

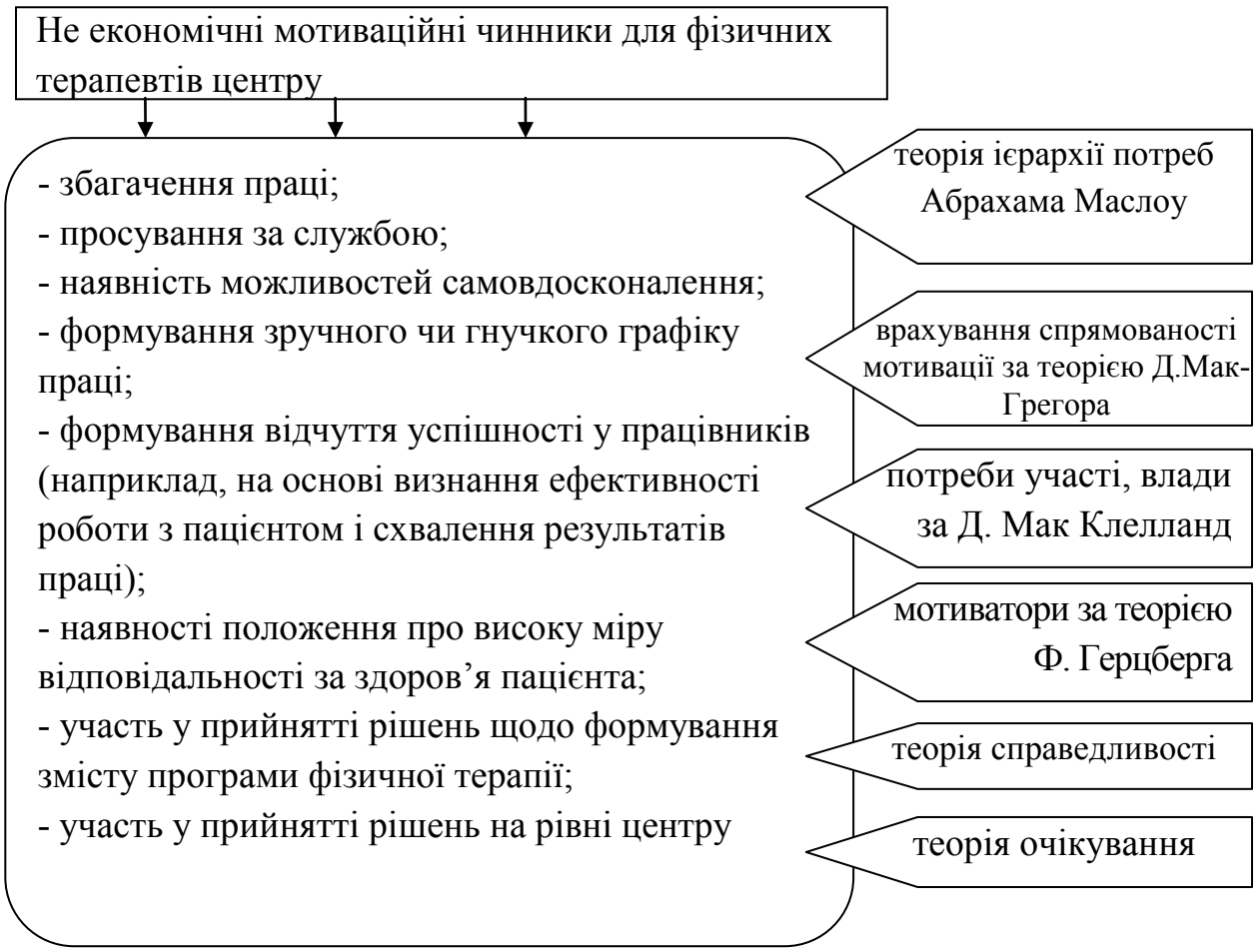


Рис. 4.9. Не економічні мотиваційні чинники для фахівців центру фізичної терапії

Формування відчуття успішності та задоволення потреб самовдосконалення у працівників є можливим за рахунок:

- участі у конференціях;
- постійного навчання;
- об'єктивного порівняння попередніх результатів роботи з минулими;
- визнання навіть невеликих досягнень у роботі фахівців (введення нових фізичних вправ до протокольних комплексів; висока оцінка результатів роботи пацієнтом та його задоволеність);
- введення наряду з матеріальними винагородами й не матеріальних (наприклад, відзнака, грамота, диплом, фото на дошку пошани, звання «працівник місяця»; заходи мають формуватися також враховуючи психологію

особистості, колективу, оскільки для деяких людей щира подяка від керівника може бути важливішою ніж гроші).

Реалізація ряду економічних та не економічних мотивуючих факторів можлива при проведенні колективних зборів. Зокрема правильним є наголошення на зборах щодо успішного рішення завдань програми фізичної терапії певним фізичним терапевтом, оволодіння новою методикою чи технікою втручань фізичного терапевта, наявності пропозиції нововведень зі сторони працівника чи групи, визначення поглядів колег щодо тактики дій стосовно складного пацієнта чи адміністративних рішень. Також важливими є збори з метою взаємного навчання, що може реалізовуватися у вигляді лекцій з презентаціями, практичними майстер-класами з подальшим обговоренням ключових та не зрозумілих питань.

Таким чином, відповідно до результатів аналізу літератури [195, 196, 194], модель системи мотивації персоналу можна представити у вигляді послідовності дій (рис. 4.9).

Рис. 4.10. Модель мотивації персоналу

Відзначимо, що використання як економічних, так і не економічних мотиваційних чинників, стимулів сприяє збільшенню багатства мотивації персоналу (різноплановість мотивів як результат різноманітності значущих для працівника потреб, які спонукають його до трудової діяльності) [110]. Це відбувається у результаті відкритої взаємодії, коли суб'єкт зовнішнього середовища (наприклад, керівник) породжує мотиви, що спонукають людину до певних дій.

4.4. Система менеджменту процесу фізичної терапії у ланці «фізичний терапевт – пацієнт» у центрі фізичної терапії для осіб з ураженнями опорно-рухового апарату

Як вже згадувалося стандартна послідовність реалізації функцій менеджменту має вид «визначення цілі» – «планування» – «рішення» – «організація» – «мотивація» – «контроль» [228, 51]. Загалом ця послідовність відповідає складовим процесу фізичної терапії та системі управління (рис. 4.3).

Управління у відносинах з пацієнтами, що проходять курс фізичної терапії, займає дуже важливу роль, оскільки від його особливостей залежить постановка цілей і можливість їх досягнення, задоволеність пацієнтом від отриманих реабілітаційних послуг та суб'єктивна оцінка результату їх впливу на функціональний стан, якість життя.

Повноцінність контакту з пацієнтом визначається істинним розумінням його хвороби як індивідуальної реакції на ситуацію, яка загрожує здоров'ю. Хвороба - це серія важких втрат: фізичних і психологічних, дійсних і потенційних, іноді втрата знайомого оточення і самосприйняття. Під втратою слід розуміти будь-яку ситуацію (дійсну, потенційну або уявну) у якій цінний для людини об'єкт змінюється чи стає недоступним. Хворий втрачає стабільність, незалежність, фізичне і душевне благополуччя, впевненість в собі і в завтрашньому дні, можливість функціонувати на попередньому рівні, право на прийняття всіх рішень з приводу себе, контроль над ситуацією з можливістю повного самообслуговування, можливість фінансового забезпечення і т.п. [99].

Взаєморозуміння та комунікація фізичного терапевта з пацієнтами є дуже важливими факторами, що впливають на результативність роботи. За достатнього рівня комунікації довіра пацієнта до фахівця зростає, а з часом формується особливий вид взаємодії та відносин - терапевтичний альянс.

Наразі докази значимості та необхідності такого альянсу у досягненні позитивного результату накопичуються [334, 345, 398]. Проте вже є результати, корті свідчать про те, що для осіб, які беруть участь у фізичній терапії при хронічному болю у опорно-руховому апараті, наявність гарного терапевтичного альянсу (фізичний терапевт - пацієнт) може поліпшити результати втручання. Для того, щоб полегшити формування міцного терапевтичного альянсу, фізичні терапевти повинні розуміти фактори, які позитивно і негативно впливають на відносини. Дослідження показують, що визначення терапевтичного альянсу залишається незмінним, оскільки переходить до традиційних установок у сфері фізичної терапії [334].

До основних аспектів, умов і факторів взаємодії пацієнта і фахівців галузі охорони здоров’я, зокрема фізичної терапії, відносять [98]:

- юридичні права пацієнтів;
- сучасні умови медичної практики та їх вплив на взаємодію пацієнта і лікаря;
- критерії вибору лікаря і переваги його особистих якостей з позицій пацієнта;
- ставлення пацієнтів до хвороби і психотипи особистості;
- сучасна медична конфліктологія;
- правила інформаційної взаємодії з пацієнтом при використанні сучасних технічних засобів комунікації;
- комунікативна компетентність фахівців у забезпеченні взаємодії з пацієнтом.

Таким чином успіх у досягненні мети фізичної терапії буде залежати як від фізичного терапевта так і від пацієнта.

Стосовно можливостей досягнення поставлених адекватних цілей слід відзначити, що вони залежать значною мірою від організованості пацієнта - систематичне відвідування процедур, занять з фахівцем, виконання самостійних завдань та зміна способу життя.

Тому у підборі членів робочого колективу центру з надання послуг фізичної терапії, у керуванні взаємовідносинами між фахівцем, що надає послугу і працює з пацієнтом, та самим пацієнтом, окрім дотримання правил і норм професійної етики та деонтології, важливими є знання історичних парадигм у відносинах «лікар – пацієнт» та їх застосування, знання психотипів пацієнтів та особливостей їх ставлення до хвороби, а також вміння мотивувати пацієнта працювати над собою (рис. 4.11).

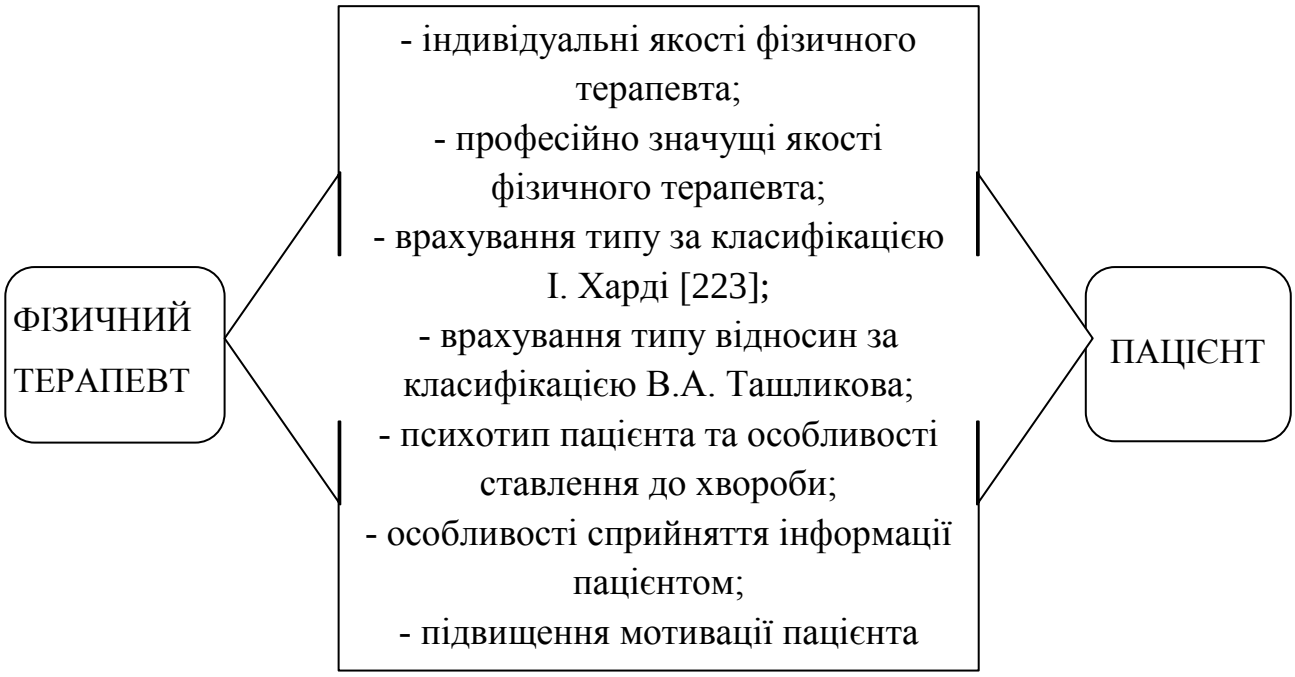


Рис. 4.11. Ключові аспекти у керуванні взаємовідносинами та комунікацією між фізичним терапевтом та пацієнтом

Враховуючи особливості діяльності працівників центрів з надання послуг фізичної терапії для осіб з порушеннями опорно-рухового апарату важливим у підборі персоналу є наявність професійно важливих якостей, котрі визначаються у літературі [190, 21], як індивідуальні властивості суб'єкта

діяльності, які служать успішному виконанню професійної діяльності, ефективному розв’язанню професійних задач, особистісно-професійному зростанню та вдосконаленню, а також значимо пов'язані хоча б з одним результативним параметром діяльності (якістю, продуктивністю, надійністю).

Особистість фізичного терапевта реабілітаційного центру для осіб з порушеннями опорно-рухового апарату, стиль поведінки можуть впливати на пацієнтів як позитивно, так і негативно.

Виділяють [101, 7] чотири основні групи індивідуальних якостей, що формують структуру професійної придатності фахівців:

- абсолютні – характеристики, що є необхідними для виконання роботи на мінімально допустимому або заданому нормативами рівні;
- відносні - такі, що передбачають можливість демонстрації суб'єктом високих кількісних результатів діяльності та майстерності;
- мотиваційна готовність до практичної реалізації роботи, що може компенсувати більш низький рівень розвитку інших професійно-важливих якостей;
- анти якості (професійні протипоказання), котрі у структурі професійної придатності мають бути на мінімальному рівні розвитку чи відсутні.

Певні поєднання професійно важливих якостей необхідні і є більш пріоритетними для конкретних сфер трудової діяльності. Так Є. Климов висунув пропозицію цих якостей, а Л. Шеховцова та Є. Тютюнник систематизували їх [104, 188]. Так для посад за типом «людина - людина» у літературі [188] зазначають такий список професійно важливих інтелектуальних, моральних та естетичних якостей: доброзичливість, товариськість, такт, чистота, чіткість і виразність мови, чуйність, емпатія, витримка і емоційна стійкість, самостійність, наполегливість, домінантність, організаторські здібності, соціальний інтелект, експресія особи і поведінки.

Проте для таких професій, як фізичний терапевт та фахівець з фізичної реабілітації, котрі спеціалізуються на наданні послуг для осіб з порушеннями

опорно-рухового апарату, важливими також є фізична витривалість, енергетична зарядженість, швидкість реакції, координація рухів, просторове уявлення; м’язово-кінестетична чутливість.

З іншої сторони професійно значущі якості для однієї і тієї ж посади у різних за спеціалізацією організаціях можуть бути досить різними чи інколи протилежними, що залежить від специфічних форм роботи, особливостей психології хворих. Таким чином їх перелік при підборі персоналу має уточнюватися з урахуванням особливостей (філософія та корпоративна культура організації) центру з надання реабілітаційних послух, зокрема фізичної терапії, та запланованих посад (специфіка діяльності).

Для цього можна використовувати наступний алгоритм:

- аналіз основних функцій та процедур, що проводить фахівець;
- виявлення і аналіз критичних моментів у практичній діяльності з пацієнтами (прогнозування щоденних складних робочих ситуацій);
- формування переліку професійно важливих якостей для успішного виконання завдань та обов’язків на конкретній посаді (інколи доцільно визначити необхідні якості для окремої функції чи критичної ситуації). Обов’язково об'єднати близькі за значенням якості та відсіяти зайві, провести ранжирування за рівнем значущості.

Враховуючи, що фізичні терапевти, як і медичні сестри, досить тісно співпрацюють з пацієнтами, проводячи терапевтичні вправи, а також є елементом взаємодії «лікар - фізичний терапевт - пацієнт» при проведенні фізичної терапії серед осіб з ураженнями ОРА, типологічну класифікацію медичних сестер [223] можна певною мірою перенести на фізичних терапевтів. Так при підборі фізичних терапевтів центру з надання реабілітаційних послуг пацієнтам зі захворюваннями опорно-рухового апарату слід враховувати наступну класифікацію І. Харді [223]:

- практичний тип (рутинер) у виконанні професійних обов'язків характеризується точністю і строгістю, проте до негативних моментів відносять

зникнення самого пацієнта з уваги фахівця та надміру механічне виконання обов'язків;

- артистичний тип виділяється прагненням справити враження на пацієнта, наслідувати когось чи грати завчену роль (благодійник, наставник) з увагою на свою важливість, безкорисливість. Проте нещирість відносин, при її розумінні пацієнтом, може чинити негативний вплив на формування довіри;
- нервовий тип характеризується дратівливістю, втомою, відчуттям недооцінення праці, а саме емоційне напруження передається пацієнтам, котрі вагаються звертатися зі своїми проблемами до такого фахівця;
- чоловікоподібний тип визначається великою статурою, енергійністю, самовпевненістю, рішучістю, безкомпромісністю. До позитивних сторін відноситься можливість використання організаторських, педагогічних і виховних задатків при гарному інтелекті. Проте у незручних обставинах на перший план виходять негативні характеристики (негнучкість, прямолінійність, агресивність) у відношенні до пацієнтів;
- материнський тип ставить роботу головною метою і обов'язковою умовою життя, сумлінна турбота про хворого визнається життєвим призначенням. Також цей тип характеризується душевністю, співпереживання до стану пацієнтів;
- фахівці, котрі працюють з обладнанням, технічними засобами, зазвичай характеризуються відданістю своїм професійним обов’язкам, виявляють допитливість у конкретній сфері діяльності.

Для лікарів також є схожа класифікація. В.А. Ташликов описав 4 типи лікарів у двох альтернативних парах [147]:

- співпереживаючий лікар - наявна емпатія, здатність розділяти проблеми пацієнта (такого лікаря бажають пацієнти емоційно нестійкі, сенситивні);
- емоційно-нейтральний - відсторонений від переживань пацієнта, орієнтується на симптоми і користується технопрактичним підходом у лікуванні (підходить для інтравертних пацієнтів і шизоїдів);

- директивний тип відносин лікаря – заснований на авторитарній, не підтримує дискусій з пацієнтом стосовно діагнозу і методів лікування, усуває вагання у своїй професійній компетенції, має тенденцію дратуватися при критиці (для пацієнтів котрим властива тривожна недовірливість і педантизм);
- недирективний тип базується на принципах партнерства, а приписи, рекомендації та установки стосовно терапії пацієнту даються не у формі жорстких вказівок та без ігнорування думки пацієнта. Проте, надаючи допомогу пацієнту, підтримку і переконуючи в успішності результату лікування, слід бути, обережним для виключення ятрогенії.

Відповідно для покращення якості сприймання послуг слід враховувати й другу сторону відносин «фахівець галузі охорони здоров'я – пацієнт». Пацієнт також є активним у процесі реабілітації та має ряд особливостей, у тому числі не лише зі сторони, котра стосується захворювання (рис. 4.12). Ці характеристики слід використовувати у відносинах фізичний терапевт – пацієнт (споживач послуг), особливо у керуючих та мотивуючих впливах.

До характеристик, що віддзеркалюють пацієнта зі сторони ставлення до захворювання, наявних обмежень, скарг та вимагають врахування при проведенні фізичної терапії, реабілітації та управлінні цим процесом є психотип пацієнта. Використання у практиці фізичної терапії підходу до пацієнта з урахуванням психотипу має безпосереднє відношення до прогнозу лікування. Тому коли фізичний терапевт проводить послугу для відновлення здоров'я пацієнта, необхідно враховувати властивості психотипу людини для отримання найкращого результату.

У Європі одну з найвідоміших класифікацій «суб'єктивних типів ставлення до хвороби» (визначення, багато в чому схоже з внутрішньою картиною хвороби) запропонували психологи Роберт Кінцевий і Мілан Боухал у 1982 році. Згадана класифікація включає наступні типи реакції: нормальний (спостерігається реальна оцінка об'єктивного стану); зневажливий (наявна недооцінка важкості захворювання); заперечний (відбувається ігнорування самого факту хвороби); нозофобний (пацієнт розуміє своє перебільшення стану,

але подолати паніку не здатний); іпохондричний (відбувається занурення у хворобу); нозофільний (своєрідна форма задоволення від того, що хвороба звільняє від ряду неприємних обов'язків); утилітарний (прагнення нажитися на захворюванні - матеріально або морально) [226].

Рис. 4.12. Характеристика споживача послуг фізичної терапії

З 80-тих років у вітчизняній медичній психології успішно використовується класифікація типів ставлення до хвороби, котра була розроблена групою лікарів Ленінградського науково-дослідного психоневрологічного інституту ім. В. М. Бехтерева під керівництвом доктора медичних наук Андрія Личко. Ця класифікація включає дванадцять психотипів потенційних хворих і охоплює практично весь спектр можливих реакцій на захворювання, що виникло [48, 226]. Так виділяють наступні типи: гармонійний, ергопатичний, анозогностичний, тривожний, іпохондричний,

неврастенічний, меланхолійний, апатичний, сенситивний, егоцентричний, паранойяльний, дисфоричний [48, 49, 77].

Таким чином для підвищення якості надання послуг та задоволеності пацієнтів, формування адекватних програм фізичної терапії і розроблення комплексу профілактичних заходів, визначення стилю ведення та спілкування персоналу з пацієнтом психологічний статус є дуже важливим. Практичні рекомендації були розроблені на основі аналізу літератури [77] та практичного досвіду (табл 4.1).

Загалом пацієнтам з гармонійним психотипом (реалістичний, зважений) ставлення до хвороби притаманна тенденція не перебільшувати тяжкість свого стану, а також відсутність недооцінки серйозності хвороби. Серед представників цього психотипу спостерігається бажання сприяти досягненню успіху терапії, полегшенню близькому оточенню труднощів стосовно догляду.

За умови наявності несприятливого прогнозу у більшості випадків трапляється переключення інтересів на доступні сфери життя, концентрація уваги на власних справах, піклування про людей з близького оточення [49].

Гармонійне ставлення до хвороби та її симптомів, чи до свого стану здоров’я загалом, передбачає найкращі можливості побудувати гарні відносини з пацієнтом. Серед таких пацієнтів, як правило, не виникає труднощів у відносинах з персоналом та близьким оточенням. З представниками такого відношення до хвороби використовувалися рекомендації до повної комплексної програми фізичної терапії та фізіотерапевтичних процедур, оскільки підґрунтя для результативної співпраці у цьому випадку найкраще.

Ергопатичний (стенічний) тип ставлення до хвороби характеризується тим, що відбувається «відхід від хвороби у роботу», також характерно занадто відповідальне, вольове відношення до роботи, що може бути виражене більшою мірою ніж до хвороби. Виборче відношення до проведення обстеження та лікування, що обумовлюється прагненням продовжувати працювати, незважаючи на хворобу. Спостерігається прагнення втримати професійний

статус і зберегти можливість продовжувати активну трудову діяльність не змінюючи в колишні умови [48].

Анозогностичний (ейфорійний) тип ставлення до хвороби – характерне дуже завзяте відхилення наявності захворювання, вірогідних її наслідків, можливе навіть спростування і ігнорування наявних фактичних проблем. Симптоми можуть розглядатися у якості проявів «несерйозних» захворювань чи змін у самопочутті.

Таблиця 4.1

Особливості втручання фізичного терапевта в залежності від психотипу пацієнта

Психотипи	Особливості втручання фізичного терапевта
Раціональні психотипи:	
Гармонійний, ергопатичний, анозогностичний,	надання повної та раціонально обґрунтованої інформації про особливості захворювання та його симптоми; розробка блоку рекомендацій для самостійного виконання, опанування його ключових елементів під час проходження програми; систематичне наголошення на необхідності продовження терапії після стихання симптомів задля профілактики передчасного припинення лікування та реабілітації до наступного загострення
Нераціональні психотипи:	
Тривожний, (тривожно-депресивний і обсесивно-фобічний), меланхолійний (вітально-тужливий), іпохондричний, сенситивний,	співпраця за «материнською» методикою взаємовідносин та спілкування, котра характеризувалася систематичними підбадьореннями, висловленням похвали за певні результати і успіхи впродовж обстежень та фізичної терапії пацієнтів; надання пацієнтові і його родичам повної інформації про захворювання та особливості програми фізичної терапії; зменшення рівня тривожності; відокремлення скарг, пов’язаних з ураженими структурами, від сенестоалгій і сенестопатій; використання у веденні пацієнтів обов’язкового визначення термінів наступних процедур і повторних курсів; пропонування повної програми із включенням інших засобів реабілітації

Продовження табл. 4.1

Неврастенічний, апатичний, егоцентричний, паранойяльний,	формування відносин з наданням раціональної інформації за типом «дорослий–дорослий» з характерними рисами офіційності; слідкування за виконанням рекомендацій; настоювання на головній ролі фізичного терапевта та членів міждисциплінарної команди у плануванні та проведенні процедур, захоплення ініціативи; пояснення пацієнту помилковості його уявлення щодо необхідної програми фізичної терапії; запобігання стимуляції «дратівливої слабкості»; запобігання затяжних «виправдальних дебатів»; продовження роботи за умови відсутності задоволеності пацієнтом; стимуляція підтримки сім'ї.

Це чинить вплив на проявлення відмов від діагностичних заходів, візитів до лікаря та самої терапії. Проявляться бажання розібратися власними силами, самостійно, а також характерною особливістю є надія на те, що все обійдеться і самостійно вирішиться (вилікується).

При ейфоричному варіанті анозогностичного типу відмічається необґрунтовано підвищений настрій, зневажливе, легковажне ставлення до хвороби і лікування. Бажання продовжувати отримувати від життя все, що і раніше, незважаючи на хворобу. Легкість порушень режиму і лікарських рекомендацій, згубно позначаються на перебігу хвороби [49].

При роботі з ергопатичним та анозогностичним типами важливим є надання повної та раціонально обґрунтованої інформації про особливості захворювання та його симптоми, оскільки ці обидва типи характеризуються загальною особливістю «запереченням хвороби»: шляхом «бажання найшвидше повернутися до роботи» у ергопатичного типу, шляхом «невпізнання очевидного захворювання» у анозогностичного типу. Для таких пацієнтів важливим елементом у програмах фізичної терапії є блок рекомендацій для самостійного виконання та профілактичні заходи, оскільки у відносинах з фізичним терапевтом та медичним персоналом спостерігається невисоке

бажання співпрацювати. Оскільки покращення у симптомах захворювання часто викликає передчасне припинення лікування до наступного загострення, то систематичне наголошення на необхідності продовження терапії після стихання симптомів також є характерною особливістю ведення таких пацієнтів.

Тривожний (тривожно-депресивний і обсесивно-фобічний) тип характеризується наявністю постійного занепокоєння і недовірливості щодо несприятливого перебігу хвороби, можливих ускладнень, неефективності і навіть небезпеки лікування. Настрій тривожний, і як наслідок пригніченість настрою і психічної активності. Спостерігається пошук нових способів лікування, «авторитетів», додаткової інформації стосовно захворювання і методів лікування, а також відмічається часта зміна лікуючого лікаря. Інтерес більшою мірою виражений до об'єктивних даних (результатів аналізів, висновків фахівців), ніж до суб'єктивних, що є однією з відмінностей від іпохондричного типу. Таким чином віддається перевага слухати прояви захворювання у інших, а не пред'являти без кінця свої скарги. При обсесивно-фобічному варіанті тривожна недовірливість перш за все стосується малоймовірних ускладнень хвороби, невдач лікування, змін взаємин з близькими у зв'язку з хворобою. Ритуали та прикмети стають захистом від тривоги [48, 49].

Засади співпраці лікаря, фізичного терапевта та іншого задіяного медичного персоналу у роботі з пацієнтами тривожного типу базуються на прояві терпіння, періодичних підбадьорень та заохочень, що загалом можна охарактеризувати як «материнський» підхід. Як пацієнтові так і його родичам надається повна інформація про захворювання та її особливості, пропонується повна програма фізичної терапії з включенням інших засобів реабілітації, оскільки для пацієнтів такого типу є характерною більша схильність до комплексних програм відновного лікування. У ведені таких пацієнтів медичний персонал має бути готовий до можливості зменшення рівня тривожності стосовно попередніх факторів й формування нових тривожних моментів.

Тривога супроводжує цих людей на протязі всього життя, як риса типу конституції.

Серед пацієнтів з іпохондричним типом спостерігається надмірна концентрація уваги на особистих хворобливих та інших дискомфортних відчуттях. У відносинах з медичним персоналом виявляється прагнення постійно розповідати про них, аналогічна ситуація наявна і у спілкуванні з іншими оточуючими. Виявляється гіперболізація наявних, а також пошук неіснуючих хвороб і проблем, симптомів побічної дії засобів терапії. Характерною є комбінація готовності лікуватися і відсутності надії у результативне лікування. Це може виявляється бажанням постійно проходити діагностичні обстеження, вимогами більш ретельного обстеження іншими, наприклад відомими чи авторитетними, фахівцями, побоюваннями отримати ще більшу шкоду від процедур [48, 77, 99].

Іпохондричний відноситься до типів з високим рівнем неприємностей та важкої співпраці з персоналом, котрий реалізує програму фізичної терапії. У скаргах пацієнта стосовно його відчуттів необхідно відокремлювати ті, що зв'язані з ураженими структурами, від сенестоалгій і сенестопатій. Відповідно до деонтології такі пацієнти та їх сім'ї інформувалися повною мірою стосовно захворювання і необхідного лікування. Реабілітаційна команда має бути проінформованою, що «добре» такому пацієнтові не буває, і, відповідно, подяка чи визнання наявності ефективності терапії від пацієнта є рідкістю. Виконання програми фізичної терапії може супроводжуватися наданням їй пацієнтом певної дивакуватості. У веденні пацієнтів використовувалося обов’язкове визначення термінів наступних процедур і повторних курсів.

Неврастенічний тип характеризується поведінкою за типом «дратівливої слабкості» - спалахи роздратування, що більшою мірою проявляються при болях, дискомфорті, невдачах лікування і спрямовуються на першого-ліпшого, а також завершується критичним ставленням до своїх вчинків, каяттям і докорами сумління. Невміння і небажання терпіти больові відчуття [48]. З метою формування продуктивної співпраці з пацієнтами неврастенічного типу

важливим є визнання недоліків (наявних чи надуманих) та неможливість вступу у затяжні «виправдальні дебати». Це допомагає заспокоїти пацієнта та формувати надалі відносини з наданням раціональної інформації за типом «дорослий-дорослий». Також враховувалися можливі причини стимуляції «дратівливої слабкості» з метою їх нівелювання.

Меланхолійний тип чи вітально-тужливий проявляється відсутністю віри у результативну фізичну терапію і одужання навіть за умови сприятливих об'єктивних показниках і задовільному самопочутті. Переважає песимістичний погляд на все навколо.

Дещо схожий підхід як при тривожному типі, застосовується при меланхолійному (депресивному). Так впродовж обстежень та фізичної терапії пацієнтів перевага надається «материнській» методиці взаємовідносин та спілкування, котра характеризувалася систематичними підбадьореннями, висловленням похвали за певні результати і успіхи. Як і тривожний тип, меланхолійний тип більш схильний до застосування комплексних програм відновного лікування і профілактики.

У пацієнтів з апатичним типом спостерігається повна байдужість до своєї долі, до результату хвороби й лікування, втрата інтересу до життя й всього, що раніше хвилювало. Відбувається пасивне підпорядкування процедурам і лікуванню при наполегливому спонуканні з боку. Млявість і апатія у поведінці, діяльності і міжособистісних відносинах [48, 49]. До роботи з пацієнтами апатичного типу ставиться вимога перед фізичними терапевтами центру з надання реабілітаційних послуг брати всю ініціативу на себе. Необхідним також є стимуляція підтримки сім’ї.

Сенситивний тип характеризується надмірною вразливістю, занепокоєнням можливими несприятливими враженнями, що можуть справити відомості про хворобу на оточуючих. Характерною є боязнь стати тягарем, коливання настрою пов'язані з міжособистісними контактами [49]. У особливостях ведення пацієнтів сенситивного тип характерною рисою є схильність до «материнської» методики з постійними переконаннями у

відсутності реальних і уявних причин побоювань, у позитивні наслідки запропонованої терапії.

У представників егоцентричного (істероїдний) типу відношення до хвороби відбувається «ухвалення» хвороби, пошуки вигоди від неї. Спостерігається виставлення напоказ своїх страждань і переживань для збільшення співчуття і підвищення уваги. Відбувається формування вимоги виняткової турботи про себе на шкоду іншим справам та цілковита неувага до близьких [49, 77, 98]. Головним аспектом у менеджменті пацієнтів егоцентричного типу визначається уникнення «поневолення». У відносинах з пацієнтом такого типу необхідно відповісти на питання «хто кого лікує?», не виконувати забаганки та не припускати командування пацієнта. Відносини між фізичним терапевтом та пацієнтом будуються з офіційними рисами за типом «дорослий-дорослий».

У пацієнтів з паранойяльним типом – спостерігається впевненість, що хвороба є результатом зовнішніх причин чи злого наміру; підозрілість і настороженість щодо розмов про себе, до ліків і процедур; прагнення приписувати можливі ускладнення, побічні дії до недбалості і злого наміру фахівців з наступними звинуваченнями і вимогами покарань [49, 226, 99]. Паранойяльний тип не рідкість, враховуючи ментальність. Необхідність переконувати пацієнта стосовно помилковості пояснення виникнення та підходу до лікування захворювання є індивідуальним питанням. Можливі варіанти, що після застосування нетрадиційних методів («зняття порчі», «очищення житла») пацієнти паранойяльного типу робляться більш спокійними, а також стають схильними до фізичної терапії [77].

Дисфоричний (агресивний) тип домінує гнівливо-похмурий настрій, постійний незадоволений вигляд; спостерігаються заздрість і ненависть до здорових, включаючи близьких, спалахи озлобленості зі схильністю звинувачувати у хворобі інших. Вимога особливої уваги до себе і підозрілість до процедур і лікування. Агресивне, часом деспотичне ставлення до близьких, вимога в усьому догоджати [48, 49]. Дисфоричний тип ставлення є важким у

роботі фізичного терапевта. Взаємовідносини мають будуватися за принципом «дорослий-дорослий» з характерними рисами офіційності. Персонал реабілітаційної команди має бути проінформований про необхідність виконання професійного обов'язку з відсутністю задоволеності пацієнтом. Пацієнтів з таким типом слід приймати такими, якими вони є. Спроби змінити їх особливості вважаються недоцільними.

Потрібно відзначити, що перші три типи реакції вважаються «раціональними», оскільки соціальна адаптація у таких пацієнтів не порушена і вони можуть самостійно впоратися зі своїми психологічними проблемами [98, 226]. Враховуючи такий широкий спектр представлених особливостей пацієнтів та можливість їх поєднань актуалізується роль психології встановлення контакту з пацієнтом при первинній консультації, технік психологічного приєднання і ведення, аналіз і виявлення потреб пацієнта, основ активного слухання і здавання відкритих питань, технології і психології безконфліктного спілкування, правила поведінки в конфлікті, робота з запереченнями пацієнтів (види заперечень: умова, сумнів, відмовка; потреби клієнта, що ховаються за запереченням) у діяльності центру, що спеціалізується у фізичній терапії та наданні реабілітаційних послуг пацієнтами з захворюваннями та пошкодженнями ОРА. Підбір для пацієнта правильного типу керування та відносин, фахівця з рядом відповідних індивідуальних якостей, а також врахування суб’єктивних відчуттів при застосування засобів та проведенні процедур фізичної терапії спрямоване на підвищення ефективності програми фізичної терапії, зниження ймовірності її завчасного завершення з ініціативи пацієнтом, підвищення рівня задоволеності пацієнтом послугами, покращення якості життя.

Наступним аспектом у комунікації та у впливі на відносини «фізичний терапевт – пацієнт» є особливості сприйняття інформації (табл. 4.2).

Згідно класифікації, яка ґрунтується на ознаці особливості сприйняття і обробки інформації виділяють наступні типи [151, 97, 130, 324]:

Таблиця 4.2

Урахування особливостей сприйняття і обробки інформації у керуванні та мотивації пацієнта при проведені занять фізичною терапією

Тип особливості сприйняття і обробки інформації	Особливості втручання фізичного терапевта
Інтуїтивний тип	слід не обмежуватися малим об’ємом інформації та наполягати на необхідності розуміння усіх необхідних методичних особливостей виконання терапевтичних вправ; не поспішати при виконанні вправ та дотримуватись параметрів амплітуди; при поясненні виконання вправ та керуванні виконанням (швидкість, темп, амплітуда, дихання) використовувати образи та порівняння для кращого сприйняття;
Мислячий тип	наявність чітких параметрів виконання терапевтичних вправ (вихідне положення, кінцеве положення, типові помилки у виконанні), інформація щодо пояснення дії обраних вправ та критеріїв дозування;
Сенсорний тип	збільшити кількість каналів відчуттів при поясненні вправ – максимально повно створити візуальну модель вправи за допомогою детальної демонстрації з акцентом на ключових моментах; при першому виконанні вправи слід використати супроводжуючі рухи, тримаючи пацієнта, наприклад, за суглоб чи притримуючи за частину тіла; також необхідно запитати про наявність визначених відчуттів (розтягу м’язу, обмеження амплітуди руху, свободи руху у суглобі);
Емоційний тип	необхідно створити пробудження позитивних відчуттів та формування позитивних асоціації - слідкувати за наявністю та динамікою почуттів втоми, болю у м’язах; виконання вправ та оцінка їх результативності має обов’язково носити позитивний компонент; на початку та впродовж заняття можна розповісти декілька коротких веселих історій для формування позитивних асоціацій.

1) інтуїтивний — приймає рішення при малому обсязі інформації; спирається на відчуття; сприймає образи, символи; рішення відчуває, але не може його раціонально обґрунтувати;

2) мислячий — схильний до аналізу, синтезу і узагальнення; рішення приймає спираючись на інформацію;

3) сенсорний — орієнтується на відчуття, що виникають в результаті дії на органи чуття: дотик, температурні смакові, нюхові, зорові, слухові відчуття;

4) емоційний — орієнтується на почуття (ставлення до потреб, задоволення або незадоволення яких обумовлює позитивні або негативні емоції) та емоції (активна форма переживання певного епізоду життя) [151, 97, 130, 324].

Так, з урахуванням особливостей сприйняття і обробки інформації, у керуванні та мотивації пацієнта при проведені занять фізичною терапією слід дотримуватися наступних положень:

- для інтуїтивного типу слід не обмежуватися малим об’ємом інформації та наполягати на необхідності розуміння усіх необхідних методичних особливостей виконання терапевтичних вправ; не поспішати при виконанні вправ та дотримуватись параметрів амплітуди; при поясненні виконання вправ та керуванні виконанням (швидкість, темп, амплітуда, дихання) використовувати образи та порівняння для кращого сприйняття;

- для мислячого типу необхідним є наявність чітких параметрів виконання терапевтичних вправ (вихідне положення, кінцеве положення, типові помилки у виконанні), інформація щодо пояснення дії обраних вправ та критеріїв дозування;

- для сенсорного типу слід збільшити кількість каналів відчуттів при поясненні вправ – максимально повно створити візуальну модель вправи за допомогою детальної демонстрації з акцентом на ключових моментах; при першому виконанні вправи слід використати супроводжуючі рухи, тримаючи пацієнта, наприклад, за суглоб чи притримуючи за частину тіла; також необхідно запитати про наявність визначених відчуттів (розтягу м’язу, обмеження амплітуди руху, свободи руху у суглобі);

- для емоційного типу необхідно створити пробудження позитивних відчуттів та формування позитивних асоціації - слідкувати за наявністю та

динамікою почуттів втоми, болю у м’язах; виконання вправ та оцінка їх результативності має обов’язково носити позитивний компонент; на початку та впродовж заняття можна розповісти декілька коротких веселих історій для формування позитивних асоціацій.

Проте, хоч ці підходи виокремленні для типів сприйняття інформації, але дуже часто необхідне їх комплексне застосування, що пояснюється поєднанням у особистості декількох типів з домінуванням певного типу.

Разом з розглянутими факторами, котрі визначають особливості відносин між фахівцем та пацієнтом, не менш важливу роль у досягненні згаданих завдань грає мотивація пацієнтів та можливості її підвищення.

Для повного розуміння особливостей мотивації, слід згадати про потреби, котрі може задовольняти фізична терапія серед осіб з ортопедичними патологіями. Так відповідно до однієї з найбільш поширеної класифікації потреб, можна стверджувати, що фізична терапія прямо чи опосередковано сприяє задоволенню:

- потреб у самореалізації (наприклад, при травмах опорно-рухового апарату відновлює працездатність, можливість подорожувати, займатися спортом);
- потреб у повазі (наприклад, якщо підтримання статусу та престижу людини вимагає наявність можливості самостійно і вільно пересуватись, використовувати повну амплітуду рухів у плечовому суглобі; якщо знижується рівень самоповаги від неможливості виконувати певну соціальну роль);
- соціальних потреб (наприклад, вплив на можливість брати участь у діяльності певної соціальної групи та підвищення соціальних зв’язків, котрі були погіршені через рухові обмеження);
- потреб у безпеці (наприклад, зниження відчуття страху можливості втратити рівновагу після травм нижніх кінцівок);
- фізіологічні потреби (наприклад, при порушеннях ОРА, що знижують можливості людини працювати на роботі, котра кращим чином може забезпечувати її матеріально та, відповідно, кращим чином задовольняти

потреби у їжі, житлі, фізична терапія може як сприяти підтриманню необхідного для даної роботи стану рухового апарату, так і покращувати його; з іншої сторони, фізична терапія, наприклад, може повернути чи прискорити повернення рухових можливостей необхідних для самостійного відвідання магазину та більш легкого чи швидкого приготування їжі).

Окрім того слід зауважити, що фізична терапія має можливості сприяти задоволенню утилітарних та гедонічних потреб.

До факторів, котрі можливо використовувати з метою управління пацієнтом для покращення якості роботи самого пацієнта над своїми проблемами, є впливи, котрі чинять мотивуючий вплив на пацієнта. Зокрема, до таких можна віднести: емоції пацієнтів, уявлення пацієнта про самого себе (теорія «Я»), референтні групи.

Так емоції досить сильно впливають на поведінку, зокрема й у сфері фізичної терапії.

Виділяють наступні рівні емоцій [151]:

— азарт — емоційне збудження, пов'язане з відчуттям ризику. Мислення в цей час стає некритичним;

— настрій — емоційний стан, що надає забарвлення поведінці особи протягом певного проміжку часу;

— афект — динамічний короткочасний психічний стан, який характеризується втратою самовладання, контролю над діями.

Емоції суттєво чинять вплив на поведінку пацієнта, а також стимулюють чи пригнічують бажання працювати над своєю проблемою з опорно-руховим апаратом.

Позитивні емоції є прискорювачами опрацювання інформації і покращують якість виконання терапевтичних вправ пацієнтом. Окрім того вони допомагають згадувати завдання, котрі виконувалися, наприклад, на попередньому тренуванні і співпадали з цими емоціями, формують асоціації, активізують спонукання до продуктивної роботи на заняттях фізичною терапією

Емоції можуть викликатися як подіями зовнішнього середовища, так і внутрішніми процесами [151], тому важливо використовувати з метою формування настрою музику та гумор.

Так для формування настрою та асоціацій фізичному терапевту слід сприяти виникненню чи актуалізації позитивних емоцій. Наприклад:

- радість - від проведених занять та зустрічі з фізичним терапевтом (як особистістю також); від розширення своїх функціональних можливостей
- щастя - від отриманих відчуттів при проведенні занять та процедур;
- захоплення – від нових відчуттів власного тіла на занятті та після; від усвідомлення своїх дійсних рухових можливостей, котрі часто можуть; від
- тріумфу – від можливості виконати завдання чи терапевтичну вправу, котру до цього не вдавалося виконати;
- піднесеність – за рахунок позитивної динаміки у стані та самопочутті;
- пожвавлення – від виконання терапевтичних вправ, а також емоційної розрядки, зміни виду діяльності;
- умиротворення та звільнення – від зменшення больових відчуттів та дискомфорту, від емоційної розрядки за рахунок переключення від буденних справ;
- інтересу та зацікавленості – до нових терапевтичних вправ, варіацій вже освоєних, до особистості самого фахівця;
- гордість – за свої перемоги у роботі над собою та своїм здоров’ям.

Важливим та корисним у керуванні мотивацією пацієнта є використання уявлення пацієнта про самого себе — уявлення особи про себе, образ власного «Я».

Американський психолог Карл Роджерс запропонував теорію, яку він назвав теорія «Я». Її сутність полягає у наступному: кожна особа має творчий потенціал для зростання і самовдосконалення, але негативний вплив соціальних інститутів може перешкодити самореалізації. Концепція теорії «Я» полягає у тому, що особиста відповідальність за власне життя дозволяє реалізувати цей творчий потенціал. Тільки сама особистість шляхом збагачення «внутрішнього

світу», накопичення життєвого досвіду зможе звільнитися від «підпорядкування інститутам та догмам авторитету». Усвідомлення свого «Я» починається в дитинстві і змінюється протягом життя [151, 71, 70, 178].

Таким чином, між використанням творчого потенціалу для зростання, самовдосконалення та фізичною терапією, як, наприклад, процесом покращення та відновлення функцій (вдосконалення порівняно з вихідним рівнем), процесом пізнання можливостей свого тіла при певному порушенні опорно-рухового апарату, необхідно провести асоціативний зв'язок для пацієнта. Для цього необхідно більш детально розглянути теоретичні основи цієї теорії.

Система «образу Я» складається із наступних підсистем [151, 178]:

— реальний «образ Я» — якою особа бачить себе;

— ідеальний «образ Я» — якою особа бажає себе бачити;

— соціальний «образ Я» — якою, на думку особи, її бачить оточення;

— ідеальний соціальний «образ Я» — якою особа хотіла б, щоб її бачили.

При різних обставинах та ситуаціях на поведінку споживача, у нашому випадку споживача послуг фізичної терапії, впливають різні «образи Я». Більшою мірою, використання цієї концепції є можливим у мотивуванні пацієнтів до початку занять фізичною терапією та підтриманні мотивації продовжувати роботу над собою засобами фізичної терапії, не дивлячись на можливі негативні відчуття пацієнта чи дискомфорт. Тобто цей образ може стати у нагоді у тій ситуації, коли пацієнт намагається перетворити реальній образ в ідеальний за рахунок ліквідації хронічних болів та підвищення працездатності, відновлення втрачених та знижених функцій, підвищення якості життя. Відповідно фізичний терапевт буде впливати на досягнення ідеальних образів.

Окрім того, вектор від реального «образу Я» до ідеального є лейтмотивом рекламних кампаній [151], котрі спрямовані на спонукання людей до певних вчинків та підвищення мотивації до них. Аналогічний механізм необхідно використовувати у фізичні терапії для кращого управління пацієнтом та спрямування його до визначених дій.

Зокрема у фізичній терапії для мотивації пацієнтів до занять та роботою над наявними проблемами слід прагнути формувати образ процедур фізичної терапії, котрі будуть спрямовані на досягнення відповідних ідеальних «образів Я» наявних та цільових пацієнтів.

Так, процедури фізичної терапії, як товар, мають підтверджувати очікуваний «образ Я» на основі зв'язаних з ними асоціацій. Наприклад, за рахунок надання відповідних епітетів та якостей - «здоровий», «активний», «сильний», «висока якість життя».

У літературі відзначають, що досягнення відповідності ідеальному «образу Я» формує самоповагу споживача. Відповідно рекламування самоповаги може змінити відношення до товару на основі стимулювання позитивних емоцій споживача [151]. З цією метою можливим є використання стратегії, котра спрямована на зачеплення самоповаги споживача та показом взаємозв'язку з товаром, котрий має змогу допомогти у наявній ситуації. У нашому випадку споживачем є пацієнт, товар – послуги фізичної терапії, наявна ситуація – біль у шиї, зниження рівня функціонування чи само обслуговування після травм. Зачеплення самоповаги повинно мати лояльний вигляд: «ви не можете собі дозволити жити з болем», «вам необхідно підвищити рівень функціонування, адже ви ще маєте виконувати активну роль у вашій сім’ї та суспільстві».

Базуючись на уявленнях про самого себе виділяють ряд типів клієнтів. Тому, з урахуванням аналізу літератури [151], слід виділити їх основні характеристики та принципи спілкування з ними у аспекті надання послуг фізичної терапії особам з порушеннями опорно-рухового апарату:

1. «Жорсткий». Характеристика - знає, що йому потрібно, може бути агресивним, дієвий, переконливий, змагається з оточенням, упертий, знає собі ціну, недовірливий. Принципи спілкування – підтримувати спокій; в розмові та дискусіях до уваги брати тільки факти; уважно слухати, демонструвати повагу до його знань; проявляти впевненість.

2. «Я все це знаю». Характеристика - вважає, що краще фахівців знає про особливості власної проблеми та шляхи її вирішення; можливі приниження та погрози; саркастичний; поблажливий до себе; упертий; не сприймає аргументацію. Принципи спілкування – необхідно підкреслити гарний рівень знань та обізнаності; застосовувати лестощі; брати до уваги зауваження, проте наполягати на власній версії необхідності роботи з наявною проблемою; підтримувати спокій; приводити факти; не вдаватися до вияснення стосунків.

3. "Доброзичливий екстраверт". До характеристик відносяться привітність, доброта, довірливість, позитивна налаштованість, балакучість, не дисциплінованість; доброзичливість; почуття гумору. При спілкуванні необхідно спонукати до однозначних відповідей ("так" чи "ні"); щонайбільше розмовляти по суті та бути діловитим.

4. "Нерішучий". До характеристик відносяться сором'язливість, невпевненість, неспокійність, підозрілість, полохливість, важкість у прийнятті рішень, схильність до пошуків недоліків. При спілкуванні необхідно вказати переваги від отримання послуг фізичної терапії; акцентувати увагу на незручності, хронізацію патологічного процесу, підвищення стійкості змін при відкладенні рішення; проявляти терпіння; бути твердим у своїх твердженнях; піддавати аналізу заперечення та аргументувати свій підхід до роботи.

5. "З поганою реакцією". До характеристик цього типу відносяться нетовариськість, некомунікабельність, неемоційність, стурбованість; наявність відповідей питанням на питання; критична налаштованість; відсутність сприйняття аргументів. При спілкуванні необхідно використовувати прямі запитання; користуватися паузою з метою спонукання до відповіді; детально описувати процедури фізичної терапії та методики при ознайомленні з послугами; проявляти доброзичливість.

6. "Противний сперечальник". До характеристик цього типу відносяться категоричність у постійному не погодженні, наявність багатьох контраргументів на кожну аргументацію; консервативність; недовірливість; відсутність любові до ризику; зміни розглядаються як загрози. При спілкуванні необхідно робити

посилання на отримані успіхи у минулому; пропонувати нові вправи та методики повільно; проявляти терпимість у обговоренні розбіжностіей; бути підговленим до аргументації; підтримувати позитивний настрій.

7. «Засмучений водій». Такий тип налаштований на протиборство та протиставлення, характеризується агресивністю, імпульсивністю, схильністю до легких образ; відсутністю сприйняття іншої позиції; засмученістю, розгубленістю, пошуками перемоги у дискусії. Принципи спілкування – необхідно вислухати; сконцентровувати увагу на можливості взаємних поступок та досягненні компромісу; не слід приймати образи; намагатись бути стриманим, врівноваженим та поміркованим; тримати себе у окреслених межах; посміхатися, поводитися доброзичливо та товарисько, користуватися логічними аргументами.

8. "Позитивно мислячий". Такий тип налаштований позитивно, характеризується баченням у фахівці людини, яка може принести користь, та конструктивністю, зацікавленістю та розумом; рішучістю та впевненістю у собі; вмінням слухати та задавати логічні запитання. Принципи спілкування – слід підтримувати інтерес до занять, спілкуватися захоплено та піднесено, підходити до процесу фізичної терапії виважено, обговорювати та приймати конструктивні і раціональні пропозиції.

Принципи спілкування мають використовуватися у досить різноманітних комбінаціях, що залежить від переважної належності клієнта до певного типу, а також і проявів інших типів.

Відзначимо, що деякі характеристики представлених типів мало асоціюються з можливістю самостійного вибору пацієнта щодо звернення до фізичної терапії. Не уявляється можливим побачити ті якості, котрі необхідні для роботи над собою. Саме тому дотримання зазначених підходів у спілкуванні, мотивації та управлінні процесом фізичної терапії є важливим. Разом з тим схилити на звернення до фахівців фізичної терапії можуть родичі «складних» типів пацієнтів, а також референтні групи.

Тому на рівень мотивації впливають також й референтні групи, думку чи бажання котрих можна також згадувати при використанні теорії «Я» та стратегії, котра спрямована на зачеплення самоповаги (інформація для пацієнта у вигляді «ми не можемо собі дозволити розчарувати наших близьких»).

Референтні групи, сім'я, ролі і статуси є соціальними чинниками, що впливають на поведінку пацієнта.

Референтні групи — це групи, що прямо, тобто при особистому контакті, або опосередковано впливають на поведінку споживача [151, 122].

З метою покращення якості процесу фізичної терапії, якості роботи пацієнта, прислухання до порад та зауважень, гарного виконання визначеного комплексу вправ вдома важливим є виявлення найбільш впливовішої референтної групи. Бажано, щоб взаємодія з членами цієї референтної групи носила постійний характер та чинила як нормативний вплив, так і ціннісно-орієнтований та інформаційний вплив, а сам пацієнт бажав до неї належати та, можливо, виконувати у ній певну роль. Заняття фізичною терапією слід асоціювати з нормами, котрі виставляє референтна група (наприклад, робочий колектив – мати гарну працездатність; члени спортивного клубу – мати високу фізичну підготовленість для можливості брати участь у тренуваннях, походах та інших колективних заходах), з цінностями наявними у референтній групі («головне здоров'я»), з інформацією, що надходить з референтної групи.

Наступним аспектом в управлінні якістю роботи та стимулюванням пацієнта є сім'я та наголошення на необхідності підтримання своєї ролі в ній, виконанні функцій.

Сім'я — це соціальна група, яка складається з чоловіка та жінки. які зазвичай перебувають у шлюбі, їх дітей та інших осіб, поєднаних родинними зв'язками з подружжям і здійснює життєдіяльність на основі спільного економічного, побутового, морально-психологічного укладу взаємної відповідальності виховання дітей [151, 181, 39, 137].

Життєдіяльність сім'ї реалізується через основні її функції [151, 39, 137, 244]:

— матеріально-економічну (бюджет сім’ї організація споживчої діяльності);

— участь у суспільному виробництві (набуття професії відновлення втрачених на виробництві сил);

— житлово-побутову (забезпеченість житлом, ведення домашнього господарства, організація побуту);

— репродуктивну (продовжений людського роду);

— комунікативну (створення сприятливого сімейного мікроклімату, внутрисімейне спілкування, взаємостосунки з мікро- та макросередовищем, контакт із засобами масової інформації літературою, мистецтвом);

— виховну (формування особистості дитини, передача їй соціального досвіду);

— релактивну (організація вільного часу та відпочинку) [151, 39, 137, 244].

Таким чином, враховуючи зазначені функції, можна відзначити можливість їх порушення при тій чи іншій патології опорно-рухового апарату, а також те, що вони більшої мірою на лежать до активності та участі людини. Відповідно для певної кількості пацієнтів, котрі мають активну сімейну роль та бажання її повернути чи покращити, постановка цілей та завдань фізичної терапії у напрямку відновлення активності та участі у розрізі сім’ї є важливим фактором управління процесом фізичної терапії.

Окрім того пацієнт чи людина, котра бажає отримати певну послугу фізичної терапії, у відносинах з центром фізичної терапії та його персоналом є покупцем. Тому слід розглянути особливості пацієнта як споживача та покупця послуг, а послуги фізичної терапії у аспекті ринку послуг.

Ринок послуг має низку специфічних рис, які зумовлюють особливий підхід до підприємницької діяльності на цьому ринку [143, 199].

Зокрема до таких особливостей належать:

1) висока динаміка ринкових процесів, пов'язана з динамікою попиту та пропозиції на послуги;

2) локальний характер, зумовлений локальністю обслуговування сервісного підприємства;

3) висока чутливість до змін ринкової кон'юнктури, зумовлена особливостями самих послуг;

4) специфіка організації виробництва послуг — це мобільні малі та середні підприємства;

5) специфіка процесу надання послуги — обумовлена особистим контактом із споживачем;

6) високий рівень диференціації послуг, який виходить з персоніфікації та індивідуалізації попиту [143, 199].

Відзначимо, що у результаті мінливості послуг загалом, відсутності гарантій та складності окремих операцій виникає певний ряд споживчих ризиків на ринку послуг, що стимулюють споживача зробити вибір на користь конкуруючого товару [143]. Наприклад, людина з болем замість фізичної терапії може придбати фармацевтичний засіб для зменшення болю, запалення, замість отримання процедури фізичної терапії мануального характеру (лікувальний масаж, опрацювання тригерних точок, міофасціальний реліз) з гарним рівнем доказовості обрати процедуру впродовж якої не буде дискомфорту або просто більш приємну процедуру, проте з нижчим рівнем доказовості ефективності.

Найпоширенішими на ринку послуг є такі ризики [143]:

1. Виконавчий ризик — споживач побоюється, що робота буде виконана не досить вдало. Наприклад, замість відомого лікаря обстеження проводитиме його асистент, який внаслідок недостатньої кваліфікації і практичного досвіду може поставити неточний діагноз.

2. Фізичний ризик — споживач вагається, чи не буде завдано йому фізичної шкоди під час обслуговування.

3. Фінансовий ризик — чи буде компенсовано усі витрати споживача тією послугою, що він обрав послуг.

4. Психологічний ризик — як придбання послуги відіб'ється на самолюбстві чи самоповазі людини.

5. Соціальний ризик — як придбання послуги позначиться на іміджі людини в очах інших людей (наприклад, лікування окремих хвороб, інтимні послуги).

6. Ризик втрати часу — споживач побоюється витрат часу, зусиль, зручностей під час купівлі, лікування тощо [143].

Для зменшення споживацьких ризиків постачальник послуги повинен визначити очікування покупця щодо одержання послуги та привести їх до реалістичного стану [143]. Наприклад, якщо пацієнт приходить з конкретним бажанням отримати певну процедуру і впевнений, що саме вона йому допоможе покращити стан здоров’я, то слід переконати клієнта, що бажана ним процедура чи методика втручання є недоцільною наразі чи загалом, можливо необґрунтована та не визнана науковими спільнотами (наприклад, якщо пацієнт звернувся з питанням проведення процедури або застосування методики, котрих нема у переліку, проте він дізнався про «величезну» ефективність з неофіційних джерел). Окрім того слід зазначити, що з урахуванням особливостей клієнта бажана процедура не зможе належним чином задовольнити його запити. З іншої сторони обов'язково потрібно виконувати обіцянки, котрі приводилися, наприклад у рекламі, оскільки під її впливом формуються очікування пацієнта, і як споживача також, щодо вказаних переваг центру фізичної терапії.

Визначення очікувань пацієнта, як покупця, у розробленій системі реалізується у процесі формування цілей та наповнення програми фізичної терапії.

Розглянемо заходи щодо зменшення згаданих ризиків у споживачів послуг фізичної терапії на амбулаторному етапі.

З метою зменшення виконавчих ризиків:

- наявність дошки з фото та короткою інформацією про спеціалістів (освіта, стаж роботи, володіння методиками, вузька спеціалізація);
- наявність місця для демонстрації здобутків центру та окремих фахівців (дипломи, що засвідчують перемоги на конкурсах, сертифікати, фото з зірковими пацієнтами);

- участь фізичного терапевта у обстеженні та визначенні цілей, складу програми, як захід підвищення впевненості пацієнта, що лікар після обстеження не передасть його просто до «робочої сили», а передасть у руки досвідчених та старанних професіоналів;
- відеодемонстрація у кімнаті очікування цікавих фрагментів із занять різних фахівців закладу для формування інтересу до пропонованих процедур, для формування думки, що усі спеціалісти можуть виконати завдання, котрі їм та вони самі собі ставлять;
- доступна та помітна для клієнтів книга відгуків у кімнаті очікування, на рецепції;
- позитивні відгуки у Інтернет мережі та соціальних мережах.

Заходи для зниження фізичного ризику у споживача послуг фізичної терапії включають акцентування уваги при консультації та на інтернет сторінці центру, що першочерговим завданням фахівців є не нашкодити, а потім вже планомірною, систематичною роботою повернути пацієнтові втрачені чи поліпшити знижені функції опорно-рухового апарату. Проте слід застерегти, що деякі методики можуть викликати дискомфорт, та пояснити для чого необхідне виконання таких впливів та механізм їх дії.

Для зниження відчуття фінансових ризиків у пацієнта при консультації слід надати інформацію щодо об’єму послуг, котрі він отримає; технік, котрі будуть застосовані; згадати про кваліфікацію персоналу, його ретельний підбір та, можливо, цінову політику конкурентів з одночасним висвітленням переваг пропонованих процедур та недоліків конкурентів. Тобто зробити співвідношення за критеріями «ціна-якість».

У зниженні відчуття психологічного та соціального ризиків серед пацієнтів основними важелями є:

- акцент на тому, що наразі піклування про своє здоров’я, особливо за рахунок природної активізації резервних можливостей у відновлені при порушеннях опорно-рухового апарату, сприймається суспільством як необхідність, а фізична терапія наразі є популярним методом не лише

лікування, а й навіть первинної профілактики порушень зі сторони опорно-рухового апарату;

- зосередження уваги пацієнта на тому, що не усі пропоновані процедури на ринку послуг фізичної терапії насправді є такими та мають обґрунтованість, достатні ступінь і рівень доказовості. Тому насправді у результаті використання неналежних процедур може не бути корисного результату для пацієнта, як для споживача, проте може з'явитися відчуття, що була куплена непотрібна чи неякісна послуга.

Зменшення ризику втрати часу відбувається за рахунок пояснень щодо необхідності найбільш раннього початку занять, оскільки втрата часу можлива лише у вигляді бездіяльності та наданні можливості наявному патологічному стану прогресувати, хронізуватися, а при деяких посттравматичних станах закріплюватися та обмежувати можливість повного відновлення.

Загалом, заходи щодо зменшення споживчих ризиків у пацієнтів є першими кроками у формуванні терапевтичного альянсу.

З метою формування кращої задоволеності проведеною процедурою фізичної терапії (послугою), іноді необхідно допомогли споживачеві оцінити надану послугу. Наприклад, пояснити додаткові можливості щодо покращення працездатності, якості сну, загального самопочуття, наприклад при неспецифічних болях у шиї; покращень у виконанні певної діяльності та участі (хобі, гра з дітьми чи онуками, рекреаційні види діяльності та інші) при патологіях поперекового відділу хребта, нижніх кінцівок.

Окрім того, постійний відбір, навчання та контролювання контактного персоналу підприємства послуг також сприяє зниженню більшості розглянутих ризиків у споживачів послуг [143].

Важливим напрямком у роботі центру з надання послуг фізичної терапії є конкурентні переваги процедур, що надаються, оскільки вони впливають не лише на збільшення кількості пацієнтів, схильність у виборі пацієнтів до процедур, що пропонуються, а й на підвищення мотивації до занять самих

пацієнтів. Проте для формування конкурентних переваг слід враховувати ряд обставин (рис. 4.13).

Важливою конкурентною перевагою закладів у сфері охорони здоров'я та послуг фізичної терапії, зокрема, є висока професійність фахівців. Наприклад, пацієнт, як покупець, найчастіше розглядає консультуючого лікаря та фізичних терапевтів, як експертів, довіряючи їх компетенції. Ця обставина додатково закріплює погляд на те, що фізичний терапевт є невід'ємною частиною послуги, навіть у тому випадку якщо процедура відбувається у роботизованій системі чи у вигляді використання техніки для проведення магнітотерапії, теплотерапії чи електротерапії.

Рис. 4.13. Умови формування конкурентних переваг послуг фізичної терапії для пацієнтів з ураженнями опорно-рухового апарату

Проте, у висококонкурентному середовищі існує ризик, що споживачі насправді не відчуватимуть великої різниці між конкурентними пропозиціями, і тому віддаватимуть перевагу компаніям які запропонують найнижчу ціну [143].

Це пояснює необхідність застосування, наряду з створенням конкурентних переваг, концепції позиціонування послуг, котра зосереджується на створенні та підтримці відчутних різниць для клієнтів.

Розуміння концепції позиціонування — ключ до створення ефективної конкурентної позиції. Позиціонування допомагає оцінити існуючі пропозиції підприємства і забезпечити послугам особливе положення на ринку, що відрізняє їх від інших [143, 224, 124].

Робота над створенням конкурентних переваг, позиціонування і сприяння утриманню пацієнта в ряді своїх постійних клієнтів є однією з пріоритетних цілей закладу, що надає послуги фізичної терапії. Так, наприклад, оскільки опорно-руховий апарат піддається впливу надмірних навантажень, мікротравмуванню, довготривалих статичних положень, у клієнта досить часто може виникати необхідність отримання фізичної терапії для того чи іншого відділу опорно-рухової системи після вирішення проблеми з котрою він звернувся вперше. Тому важливим є створення стійкої думки у пацієнта щодо необхідності звернення саме до того закладу, де він вже проходив терапію, а також направлення близького оточення за необхідності. Це є необхідною умовою адже заклад матиме прибуток лише в тому випадку, якщо наявне вдале просування своєї послуги на ринок, тобто існування своєї постійної клієнтської бази.

Окрім згаданих особливостей формування терапевтичного альянсу, підвищення задоволеності пацієнта послугами фізичної терапії та формування бази постійних клієнтів є ряд положень, котрі виконуються впродовж процедури фізичної терапії.

Зокрема, важливість оперативних інструментів оцінки динаміки (амплітуди, болю та інших скарг) для встановлення ефективності конкретного

заняття, для подальшої мотивації пацієнта до занять, для формування думки у пацієнта про те, що він не даремно займався хоча можливо було важко.

У аспекті терапевтичного альянсу та задоволеності послугами фізичної терапії важливим є правильне корегування помилок клієнта у виконанні впав чи розумінні техніки, виправленні уявлень пацієнта про причину, наприклад, болю, оскільки зауваження та критика можуть бути не правильно сприйняті. Перше правило при оцінці виконання вправи чи корекції уявлення про вправу це - не переходити на особистості, а обговорювати безпосередньо виконану роботу чи її результат. Проте на початку необхідно похвалити пацієнта за виконання вправи та старанність, звернути увагу на позитивні сторони. Потім чітко і конкретно вказати, що саме було виконано неправильно. Далі слід надати відповідні рекомендації чи додатково повторити інформацію про техніку виконання. Після цього слід підбадьорити пацієнта, щоб він зрозумів, що помилки роблять усі і важливо їх виправити і не повторювати.

Інколи фізичному терапевту слід запропонувати свою допомогу у виконанні вправ для того, щоб пацієнт відчув, наприклад, необхідну амплітуду руху чи ступінь розтягу, кут відведення у суглобі.

Гарним мотивуючим шляхом може слугувати вираження впевненості у можливості виконати вправи загалом чи з врахуванням побажань у техніці фізичного терапевта.

Необхідною є робота над переходом пацієнта з реабілітаційних до оздоровчих програм у майбутньому. Для цього фізичний терапевт надає інформацію щодо корисності рухової активності та її позитивний вплив на прогноз того чи іншого захворювання опоно-рухового апарату. З іншої сторони, можливість таких програм на базі цього ж центру підвищує економічний потенціал центру, як підприємства. Окрім того, наявність думок у фізичного терапевта щодо довгострокових перспектив пацієнта також є проявом піклування про пацієнта зі сторони спеціаліста, що є елементом терапевтичного альянсу.

Обов’язковою умовою підвищення ефективності системи фізичної терапії є контроль виконання призначених вправ вдома.

Висновки до розділу 4

Досягнення мети фізичної терапії є можливим при якісній роботі як фізичного терапевта, так пацієнта. З метою вчасного досягнення запланованих цілей фізичної терапії слід використовувати управління та мотивацію під час роботи з пацієнтами, котрі проходять курс фізичної терапії ортопедичної спрямованості.

Якість та продуктивність роботи фізичних терапевтів у сучасних ринкових умовах залежить не тільки від професіоналізму та компетентності, але і від рівня задоволеності їх потреб та лояльності. Окрім того робота фізичного терапевта є досить виснажливою як з фізичної сторони, так і з психологічної. Тому важливим у менеджменті фізичних терапевтів, а також й інших працівників центру з надання послуг фізичної терапії пацієнтам з ураженнями ОРА, є мотивація персоналу. Вивчення проблеми мотивації має вагоме теоретичне і практичне значення, оскільки найбільш цінним ресурсом у сучасних умовах ринку послуг фізичної терапії є персонал, а не устаткування. Застосування методів менеджменту та концепцій мотивації може сприяти ряду позитивних змін у діяльності колективу фізичних терапевтів, що віддзеркалиться на якості послуг, динаміці стану пацієнта та досягненні цілей програми фізичної терапії.

Розглянутий комплекс заходів для модифікації системи фізичної терапії спрямований на підвищення ролі фізичного терапевта у системі фізичної терапії (оцінка стану пацієнта; призначення та заміна вправ, дозування), на підвищення мотивації пацієнтів та фізичних терапевтів; на поліпшення управління системою на рівні закладу та процесом фізичної терапії, підвищення якості послуг та задоволеності пацієнта, а також на врахування особливостей пацієнтів (зокрема типу ставленням до хвороби, характеристики пацієнта як покупця послуг) у керуванні взаємовідносинами та комунікацією фізичним терапевтом.

Ці заходи були впроваджені для поліпшення динаміки якості життя, обмежень у трудовій діяльності, кращого формування терапевтичного альянсу, особливо серед пацієнтів з нераціональним ставленням до хвороби.

Матеріали розділу представлені у роботах: [208, 210, 209, 211, 207, 406].

РОЗДІЛ 5
ЕФЕКТИВНІСТЬ ВПЛИВУ ВПРОВАДЖЕНОЇ СИСТЕМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА ПОКАЗНИКИ ВІДНОВЛЕННЯ ОСІБ З УРАЖЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ НА АМБУЛАТОРНОМУ ЕТАПІ

Впродовж 2016-2018 років у Медичному центрі «Феско» пройшли курс фізичної терапії з урахуванням модифікацій, котрі були представлені у четвертому розділі, більше 650 пацієнтів. Проте для оцінки ефективності нововведень у програмі було проаналізовано дані 135 пацієнтів, оскільки до вибірки включалися пацієнти, котрі заповнили повністю та належним чином анкети після надання дозволу на збір, зберігання та обробку даних, а також працювали не менше 15 годин на тиждень, не мали коморбідних станів та пройшли курс повністю з гарною систематичністю. Окрім того частка пацієнтів відсіялася для наближення початкових результатів пацієнтів за 2016-2018 роки до результатів представлених у третьому розділі з метою покращення аналізу та порівняння динаміки у групах.

Серед пацієнтів 2016-2018 років групування проводилося аналогічним чином до того, котре застосовувалося для пацієнтів 2013-2015. Пацієнти груп 2016-2018 позначалися позначкою М (модифікована програма). У такий спосіб пацієнти з порушеннями у попереку та нижніх кінцівках ввійшли до М1+ та М1- («+» - психотипи з раціональним ставленням до хвороби), а пацієнти з порушеннями у верхній частині тіла до М2+ та М2-.

До М1+ та М2+ увійшли «раціональні» типи реакції на хворобу. Зокрема до М1+ увійшло 35 пацієнтів, а до М2+ увійшло 36 пацієнтів. До М1– увійшло 32 пацієнти, а до М2– потрапило також 32 пацієнти.

Відзначимо, що статистичних відмінностей між чотирма парами груп (групування з врахуванням одночасно двох факторів) 2013-2015 та 2016-2018 років не спостерігалося при порівнянні відповідних груп, наприклад Г1+ та М1+. Слід відзначити, що при порівнянні М1 з М2, М+ з М-, М1+ з М1-, М2+ з

М2- отримані статистичні відмінності між групами майже аналогічні до висвітлених у третьому розділі (рівень значущості інколи відрізнявся та різниця середніх значень груп дещо відрізнялася, проте не суттєво), що дає змогу провести порівняльний аналіз динаміки у групах 2013-2015 та 2016-2018 років.

5.1. Результати аналізу показників якості життя за SF-36 та їх динаміки у групах стандартної та розробленої систем

Початкові статистичні результати за опитувальником SF-36 груп 2016-2018 років представлені у таблицях 5.1 та 5.2. Як відзначалося, при порівнянні М1+ з М1-, М2+ з М2- отримані статистичні відмінності між групами майже аналогічні до висвітлених у третьому розділі (рівень значущості інколи відрізнявся та різниця середніх значень груп дещо відрізнялася, проте не суттєво), що дає змогу провести порівняльний аналіз динаміки у групах 2013-2015 та 2016-2018 років.

Таблиця 5.1

Показники якості життя за SF-36 при першому анкетуванні пацієнтів 2016-2018 років, бали

Показники якості життя		Групи			
		М1+	М1-	М2+	М2-
Фізичне функціонування	$\bar{x}$±S	47,86±12,85	46,72±12,74	62,36±8,06	62,03±7,06
	Me(25%; 75%)	45(40; 60)	50(35; 55)	60(55; 70)	60(55; 65)
Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності	$\bar{x}$±S	44,29±20,19	42,19±21,48	41,67±21,55	41,41±21,64
	Me(25%; 75%)	50(25; 50)	50(25; 50)	50(25; 50)	50(25; 50)
Біль	$\bar{x}$±S	38,6±14,86	36,75±14,3	40,97±14,86	39,13±14,4
	Me(25%; 75%)	40(30; 50)	40(24; 41)	41(31; 51,5)	40,5(31; 47,8)
Загальне здоров'я	$\bar{x}$±S	64±8,9	52,81±8,88	65,28±11,52	57,03±10,07
	Me(25%; 75%)	65(60;70)	55(46,3;60)*	65(55; 75)	57,5(51,3;65)*
Життєздатність	$\bar{x}$±S	57,29±5,47	45,94±4,66	59,31±6,56	49,38±6,57
	Me(25%; 75%)	60(55;60)	45(45; 50)*	60(55; 65)	50(45; 55)*
Соціальне функціонування	$\bar{x}$±S	55±19,93	54,69±21	54,17±21,55	53,91±20,19
	Me(25%;75%)	50(37,5; 75)	50(37,5;75)	50(37,5; 75)	50(37,5;71,9)
Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності	$\bar{x}$±S	44,76±16,05	18,75±16,8	44,44±15,93	18,75±16,8
	Me(25%;75%)	33,3(33,3;66,7)	33,3(0;33,3)*	33,3(33,3;66,7)	33,3(0; 33,3)

Продовження таблиці 5.1

Психічне здоров'я	$\bar{x}$±S	61,17±5,66	42,81±4,65*	60,33±4,98	42,38±5,31*
	Me(25%;75%)	62(58; 64)	42(40; 46)	60(56,5; 64)	42(38; 47,5)

*Примітка. * – різниця між показником статистично значуща при порівнянні з групою з раціональними психотипами та аналогічною локалізацією порушення p<0,01.*

Відзначимо, що усі показники опитувальника SF-36 достовірно покращилися у групах пацієнтів 2016-2018 років впродовж курсу фізичної терапії проведеного відповідно до розробленої програми та впроваджених змін у систему фізичної терапії (p<0,01). Водночас, більшість показників у групах 2016-2018 років мала кращу динаміку, що підтверджує ефективність впроваджених змін у зміст програми та у управління системи на різних ланках. Окрім того значна кількість заключних показників груп 2016-2018 років також були кращими порівняно з результатами аналогічних груп 2013-2015 років (табл. 5.3-5.6).

Таблиця 5.2

Показники сумарних шкал якості життя за SF-36 при першому анкетуванні пацієнтів 2016-2018 років, бали

Показники якості життя		M1+	M1-	M2+	M2-
Фізичний статус	$\bar{x}$±S	37,23±6,29	38,77±6,28	40,27±6,08	42,47±5,43
	Me(25%; 75%)	38,6(31,2;42,8)	40,9(33,3;43,6)	41,9(34,3;45,8)	43,4(37,5;47,1)
Психічний статус	$\bar{x}$±S	44,27±3,28	34,94±3,12*	42,66±3,49	33,47±3,45*
	Me(25%; 75%)	43,8(41,7;47,2)	35,1(31,8;37,7)	42,1(39,7;45,7)	33,4(30,2;36,6)

*Примітка. * – різниця між показником статистично значуща при порівнянні з групою з раціональними психотипами та аналогічною локалізацією порушення p<0,01.*

У таблиці 5.3 відзначені заключні показники $\bar{x}$±S, Me (25%; 75%) та показник зміни середнього значення (Δx) серед груп з порушеннями у нижній частині тіла та поперековому відділі з раціональними психотипами. Висвітлено результати порівняння заключних показників груп 2013-2015 та 2016-2018 років з врахуванням розподілу результатів.

Таблиця 5.3

Показники якості життя за SF-36 при повторному анкетуванні пацієнтів 2013-2015 (Г1+) та 2016-2018 (М1+) років з раціональними психотипами та порушеннями у нижній частині тіла, бали

Показники якості життя	Групи	$\bar{x}$±S	Δx	Me (25%; 75%)
Фізичне функціонування	Г1+	72,3±8,44	23,4	72,5(65; 80)
	М1+	77,9±7,00*	30	75(70; 85)
Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності	Г1+	62,5±17,35	17,9	75(50; 75)
	М1+	70,7±17,66	26,4	75(50; 75)
Біль	Г1+	65,3±6,74	25,6	60(60; 72)
	М1+	72,7±7,97	34,1	74(70; 74)**
Загальне здоров'я	Г1+	72,5±9,08	8,4	75(70; 80)
	М1+	77,3±8,77	13,3	75(70; 85)
Життєздатність	Г1+	70,2±5,53	13,0	70(65; 75)
	М1+	77,6±5,99	20,3	80(75; 80)**
Соціальне функціонування	Г1+	69,6±17,82	12,9	75(62,5; 87,5)
	М1+	69,3±16,42	14,3	62,5(62,5; 87,5)
Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності	Г1+	53,6±16,58	7,1	66,7(33,3; 66,7)
	М1+	72,4±15,09	27,6	66,7(66,7; 66,7)**
Психічне здоров'я	Г1+	67,3±5,64	7,0	68(62,50; 71,5)
	М1+	72,3±5,41**	11,1	72(70; 76)
Фізичний статус	Г1+	47,2±4,13	9,5	48,2(44,3; 51)
	М1+	49,0±4,12	11,8	49,15(45,89; 52,09)
Психічний статус	Г1+	46,0±3,58	1,7	47,2(42,8; 48,9)
	М1+	49,4±2,96	5,1	49,7(47,5; 50,7)**

*Примітка. * – різниця між показниками груп статистично значуща на момент заключного обстеження $p<0,05$; ** – $p<0,01$.*

Зокрема, приріст середніх значень шкали «фізичне функціонування» у Г1+ та М1+ відповідно склав 23,4 бала та 30 балів (табл. 5.3). Відповідно різниця у приростi склала 6,6 бала, що становить 28,2 % від приросту у Г1+. Слід відзначити, що приріст був статистично більшим у М1+ ($p<0,01$). Отже, серед пацієнтів 2016-2018 років з порушеннями у нижній частині тіла та поперековому відділі з раціональними психотипами приріст був достовірно кращим. Окрім того між заключними результатами груп встановлено статистично значиму відмінність, чого не спостерігалося при аналізі початкових результатів ($p<0,05$), а різниця між заключними $\bar{x}$ Г1+ та М1+ склала 6,6 балів.

Особливості динаміки шкали «роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності» у цих же групах виявилися зокрема у тому, що приріст середніх значень шкали у Г1+ та М1+ відповідно склав 17,9 бала та 26,4 бала. Відповідно різниця у прирості склала 8,5 балів, що становить 47,5 % від приросту у Г1+. Динаміка середнього значення була достовірно кращою у М1+ ($p<0,01$). Проте між заключними результатами Me (25%; 75%) груп за шкалою «роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності» не встановлено статистично значиму відмінність ($p>0,05$), хоча різниця середніх значень заключних результатів груп Г1+ та М1+ склала 8,2 балів. Це можна пояснити особливостями оцінювання у цій шкалі, котре може значно впливати на різницю середніх значень і слабо впливати на зміни Me (25%; 75%). Так, при перевірці відмінностей t-критерієм для незалежних вибірок різниця підтверджувалася ($p<0,05$).

Відповідно до результатів статистичного аналізу, особливості динаміки шкали «біль» виявилися у тому, що приріст середніх значень шкали у Г1+ та М1+ відповідно склав 25,6 бала та 34,1 балів. Таким чином, різниця у прирості склала 8,5 балів, що становить 33,2 % від приросту у Г1+. Динаміка середнього значення (Δx) була достовірно кращою у М1+ ($p<0,01$). Водночас, між заключними результатами Me (25%; 75%) у групах за шкалою «біль» встановлено статистично значиму відмінність ($p<0,01$): Г1+ 60(60; 72) балів та М1+ 74(70; 74) балів. Різниця середніх значень заключних результатів Г1+ та М1+ склала 7,4 балів.

За результатами проведеного статистичного аналізу, динаміка шкали «загальне здоров'я» була менш вираженою ніж у попередніх шкалах. Збільшення середніх значень шкали у Г1+ та М1+ відповідно становило 8,4 бала та 13,3 бала. Динаміка середнього значення (Δx) була достовірно кращою у М1+ ($p<0,01$), а різниця між групами за цим показником склала 4,9 бала, що становить 58,3 % від приросту у Г1+. Водночас, між заключними результатами Me (25%; 75%) у групах Г1+ та М1+ за шкалою «загальне здоров'я» не

встановлено статистично значиму відмінність (p>0,05). Різниця середніх значень заключних результатів Г1+ та М1+ склала 4,8 балів.

У динаміці шкали «життєздатність» встановлені статистично достовірні покращення у обох групах (p<0,01), як і у попередніх шкалах. Приріст середніх значень шкали у Г1+ та М1+ відповідно слав 13 балів та 20,3 бала. Таким чином, різниця у прирості склала 7,3 бала, що становить 56,2 % від приросту у Г1+. У такий спосіб, приріст був достовірно кращим у М1+ (p<0,01). Окрім того, між заключними результатами Me (25%; 75%) груп отримано статистично значиму відмінність (p<0,01), а різниця середніх значень груп Г1+ та М1+ склала 7,4 балів.

Динаміка шкали «соціальне функціонування» виявилася зокрема у тому, що приріст середніх значень шкали у Г1+ склав 12,9 бал, а у М1+ становив 14,3 балів. Таким чином, різниця груп у прирості була незначною і склала 1,4 бала, що становить лише 10,9 % від приросту у М1+. Разом з тим, приріст у групах не мав статистичних відмінностей (p>0,05). Водночас, між заключними Me (25%; 75%) груп за шкалою «соціальне функціонування» не встановлено статистично значиму відмінність (p>0,05), а різниця середніх значень результатів груп Г1+ та М1+ була мінімальною.

Відповідно до результатів аналізу, різниця у динаміці груп за шкалою «роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності» була найбільш вираженою. На це також вплинули й особливості оцінювання цієї шкали. Збільшення середніх значень шкали у Г1+ та М1+ відповідно становило 7,1 бала та 27,6 бала. Динаміка середнього значення (Δx) була достовірно кращою у М1+ (p<0,01), а різниця між групами склала 20,5 бала, що майже втричі більше від приросту у Г1+. Водночас, між заключними результатами Me (25%; 75%) у групах встановлено статистично значиму відмінність, а самі показники склали відповідно 66,7(33,3; 66,7) балів та 66,7(66,7; 66,7) балів (p<0,01). Різниця середніх значень заключних результатів Г1+ та М1+ склала 18,8 балів. Отже, серед пацієнтів 2016-2018 років з порушеннями у нижній частині тіла та

поперековому відділі з раціональними психотипами приріст був достовірно кращим.

Шкала «психічне здоров'я», як і усі інші шкали, статистично покращилася у обох групах з порушеннями у нижній частині тіла та поперековому відділі з раціональними психотипами ($p<0,01$). Приріст середніх значень шкали у Г1+ та М1+ відповідно слав 7 бала та 11,1 бала. Відповідно різниця у приростi становила 3,1 бала, що становить 44,3 % від приросту у Г1+. Слід відзначити, що приріст був статистично більшим у М1+ ($p<0,01$). Разом з тим, між заключними $\bar{x}\pm S$ груп встановлено статистично значиму відмінність ($p<0,01$) (табл. 5.3), а різниця середніх значень Г1+ та М1+ склала 5 балів.

У динаміці загальної шкали «фізичний статус» отримано статистично достовірні покращення у обох групах ($p<0,01$). Приріст середніх значень шкали у Г1+ та М1+ відповідно слав 9,5 бала та 11,8 бала. Таким чином, різниця у приростi склала 2,3 бала, що становить 24,2 % від приросту у Г1+. Слід відзначити, що приріст був достовірно більшим у М1+ ($p<0,05$). Таким чином, серед пацієнтів 2016-2018 років з порушеннями у нижній частині тіла та поперековому відділі з раціональними психотипами динаміка була статистично кращою за загальною шкалою «фізичний статус». Проте між заключними результатами $\bar{x}\pm S$ груп статистично значима відмінність не спостерігалася ($p>0,05$), а різниця середніх значень груп Г1+ та М1+ склала 2,3 балів.

Особливості динаміки загальної шкали «психічний статус» виявилися у тому, що приріст середніх значень шкали у Г1+ та М1+ склав 1,7 бала та 5,1 бала. У такий спосіб, різниця у приростi склала 3,4 балів, що становить 66,7 % від приросту у Г1+. За показником приросту (Δx) встановлено достовірну відмінність між групами ($p<0,01$). Разом з тим, між заключними Me (25%; 75%) у групах за загальною шкалою «психічний статус» встановлено статистично значиму відмінність ($p<0,01$) (табл. 5.3). Різниця середніх значень заключних результатів груп Г1+ та М1+ склала 3,4 балів.

У таблиці 5.4 відзначені заключні показники $\bar{x}\pm S$, Me (25%; 75%) та показник зміни середнього значення серед груп з порушеннями у нижній

частині тіла та поперековому відділі з нераціональними психотипами. Висвітлено результати порівняння заключних показників груп 2013-2015 та 2016-2018 років з врахуванням розподілу результатів.

Таблиця 5.4

Показники якості життя за SF-36 при повторному анкетуванні пацієнтів 2013-2015 (Г1–) та 2016-2018 (М1-) років з нераціональними психотипами та порушеннями у нижній частині тіла, бали

Показники якості життя	Групи	$\bar{x}$±S	Δx	Me (25%; 75%)
Фізичне функціонування	Г1–	64,6±9,29	19,4	65(60;70)
	М1-	70,9±7,67**	24,2	70(65; 75)
Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності	Г1–	52,8±20,02	13,0	50(25%;75%)
	М1–	65,6±17,68	23,4	75(50; 75)*
Біль	Г1–	55,3±11,86	19,7	60(50; 61)
	М1–	67,6±8,82	30,9	64(62,5; 72)**
Загальне здоров'я	Г1–	59,3±8,05	7,0	60(55; 65)
	М1–	67,7±8,89	14,8	70(65; 75)**
Життєздатність	Г1–	53,9±5,60	8,1	55(50; 60)
	М1–	69,1±5,3	23,1	70(65; 73,8)**
Соціальне функціонування	Г1–	65,7±16,11	12,5	62,5(62,5; 75)
	М1–	66,8±15,43	12,1	62,5(62,5; 75)
Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності	Г1–	25,9±16,88	8,6	33,3(0; 33,3)
	М1–	53,1±16,63	34,4	66,7(33,3; 66,7)**
Психічне здоров'я	Г1–	47,3±5,41	4,8	48(44; 52)
	М1–	55,9±4,68**	13,1	56(52,5; 59,5)
Фізичний статус	Г1–	45,6±5,37	7,5	46,6(40,5; 50,1)
	М1–	48,4±4,34	9,6	48,9(45,5; 52,2)
Психічний статус	Г1–	36,3±3,27	1,6	36,2(35,2; 38,3)
	М1–	42,4±3,18	7,4	42,8(38,8; 45,2)**

*Примітка. * – різниця між показниками груп статистично значуща на момент заключного обстеження $p<0,05$; ** – $p<0,01$.*

Так, приріст середніх значень шкали «фізичне функціонування» у Г1– та М1– відповідно склав 19,4 та 24,2 балів (табл. 5.4). Відповідно різниця у приростi склала 4,8 бала, що становить 24,7 % від приросту у Г1–. Слід відзначити, що приріст був статистично більшим у М1– ($p<0,01$). Отже, серед пацієнтів 2016-2018 років з порушеннями у нижній частині тіла та поперековому відділі з нераціональними психотипами приріст був достовірно кращим. Окрім того між заключними результатами груп встановлено

статистично значиму відмінність ($p<0,01$), чого не спостерігалося при аналізі початкових результатів, а різниця між заключними $\bar{x}$ Г1– та М1– склала 6,3 балів.

Динаміка шкали «роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності» у цих же групах виявилися зокрема у тому, що приріст середніх значень шкали у Г1– та М1– відповідно склав 13 бала та 23,4 бала. Відповідно різниця у прирості склала 10,4 балів, що становить 80 % від приросту у Г1–. Динаміка середнього значення була достовірно кращою у М1– ($p<0,01$). Водночас між заключними результатами Me (25%; 75%) груп встановлено статистично значиму відмінність ($p<0,05$), а різниця середніх значень заключних результатів груп склала 12,8 балів.

Відповідно до результатів статистичного аналізу, особливості динаміки шкали «біль» виявилися у тому, що приріст середніх значень шкали у Г1– та М1– відповідно склав 19,7 бала та 30,9 балів. Таким чином, різниця у прирості склала 11,2 балів, що становить 56,9 % від приросту у Г1–. Динаміка середнього значення (Δx) була достовірно кращою у М1– ($p<0,01$). Водночас, між заключними результатами Me (25%; 75%) у групах за шкалою «біль» встановлено статистично значиму відмінність ($p<0,01$): Г1– 60(50; 61) балів та М1– 64(62,50; 72) балів. Різниця середніх значень заключних результатів Г1– та М1– склала 12,3 балів.

Динаміка шкали «загальне здоров'я» була менш вираженою ніж у попередніх шкалах. Збільшення середніх значень шкали у Г1– та М1– відповідно становило 7 балів та 14,8 балів. Динаміка середнього значення (Δx) була достовірно кращою у М1– ($p<0,01$), а різниця між групами за цим показником склала 7,8 бала, що становить 111,4 % від приросту у Г1–. Водночас, між заключними результатами Me (25%; 75%) у групах Г1– та М1– за шкалою «загальне здоров'я» встановлено статистично значиму відмінність ($p<0,01$). Різниця середніх значень заключних результатів Г1– та М1– склала 8,4 балів.

У динаміці шкали «життєздатність» встановлені статистично достовірні покращення у обох групах ($p<0,01$), як і у попередніх шкалах. Приріст середніх значень шкали у Г1– та М1– відповідно слав 8,1 бала та 23,1 бала. Таким чином, різниця у прирості склала 15 балів, що становить 185,2 % від приросту у Г1–. У такий спосіб, приріст був статистично кращим у М1– ($p<0,01$). Окрім того, між заключними результатами Me (25%; 75%) груп отримано статистично значиму відмінність ($p<0,01$), а різниця середніх значень груп Г1– та М1– склала 15,2 балів.

Зміни у шкалі «соціальне функціонування» виявилася зокрема у тому, що приріст середніх значень шкали у Г1– склав 12,5 бал, а у М1– становив 12,1 балів. Таким чином, різниця груп у прирості була незначною ($p>0,05$). Водночас, між заключними Me (25%; 75%) груп за шкалою «соціальне функціонування» не встановлено статистично значиму відмінність ($p>0,05$), а різниця середніх значень результатів груп Г1– та М1– була мінімальною.

Відмінності у динаміці груп за шкалою «роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності» були найбільш вираженими, що частково пояснюється особливостями оцінювання цієї шкали. Збільшення середніх значень шкали у Г1– та М1– відповідно становило 8,6 бала та 34,4 балів. Динаміка середнього значення (Δx) була достовірно кращою у М1– ($p<0,01$), а різниця між групами склала 25,8 бала, що втричі більше від приросту у Г1–. Водночас, між заключними результатами Me (25%; 75%) у групах встановлено статистично значиму відмінність, а самі показники склали відповідно 33,3 (0; 33,3) балів та 66,7(33,3; 66,7) балів ($p<0,01$). Різниця середніх значень заключних результатів Г1– та М1– склала 27,2 балів. Отже, серед пацієнтів 2016-2018 років з порушеннями у нижній частині тіла та поперековому відділі з нераціональними психотипами приріст був достовірно кращим.

Шкала «психічне здоров'я», як і усі інші шкали, статистично покращилася у обох групах з порушеннями у нижній частині тіла та поперековому відділі з нераціональними психотипами ($p<0,01$). Приріст середніх значень шкали у Г1– та М1– відповідно слав 4,8 бала та 13,1 бала. Відповідно різниця у прирості

становила 8,3 бала, що становить 172,9 % від приросту у Г1–. Слід відзначити, що приріст був статистично більшим у М1– ($p<0,01$). Разом з тим, між заключними $\bar{x}\pm S$ груп встановлено статистично значиму відмінність ($p<0,01$) (табл. 5.4), а різниця середніх значень Г1– та М1– склала 8,6 балів.

У динаміці загальної шкали «фізичний статус» отримано статистично достовірні покращення у обох групах ($p<0,01$). Приріст середніх значень шкали у Г1– та М1– відповідно слав 7,5 бала та 9,6 бала. Таким чином, різниця у приростi склала 2,1 бала, що становить 28 % від приросту у Г1–. У такий спосіб, приріст був достовірно більшим у М1– ($p<0,01$). Тобто, серед пацієнтів 2016-2018 років з порушеннями у нижній частині тіла та поперековому відділі з нераціональними психотипами динаміка була статистично кращою за загальною шкалою «фізичний статус». Проте між заключними результатами $\bar{x}\pm S$ груп статистично значима відмінність не спостерігалася ($p=0,055$), а різниця середніх значень груп Г1– та М1– склала 2,8 балів.

Ключові особливості змін у загальній шкалі «психічний статус» виявилися у тому, що приріст середніх значень шкали у Г1– та М1– склав 1,6 бала та 7,4 бала. У такий спосіб, різниця у приростi склала 5,8 балів, що становить 362,5 % від приросту у Г1–. За показником приросту (Δx) встановлено достовірну відмінність між групами ($p<0,01$), а також між заключними результатами Me (25%; 75%) у групах за загальною шкалою «психічний статус» ($p<0,01$) (табл. 5.4). Різниця середніх значень заключних результатів груп Г1– та М1– склала 6,1 балів.

Загальний вигляд приросту середніх значень у групах з порушеннями у нижній частині тіла представлений на рис. 5.1. Ця діаграма дозволяє порівняти динаміку у цих групах.

Водночас, розглянуті результати порівняння динаміки між Г1+ та М1+ та між Г1- та М1- відображено на рис. 5.2, а саме результати віднімання значень показника Δx у М1+ від Δx Г1+ та Δx у М1- від Δx Г1-.

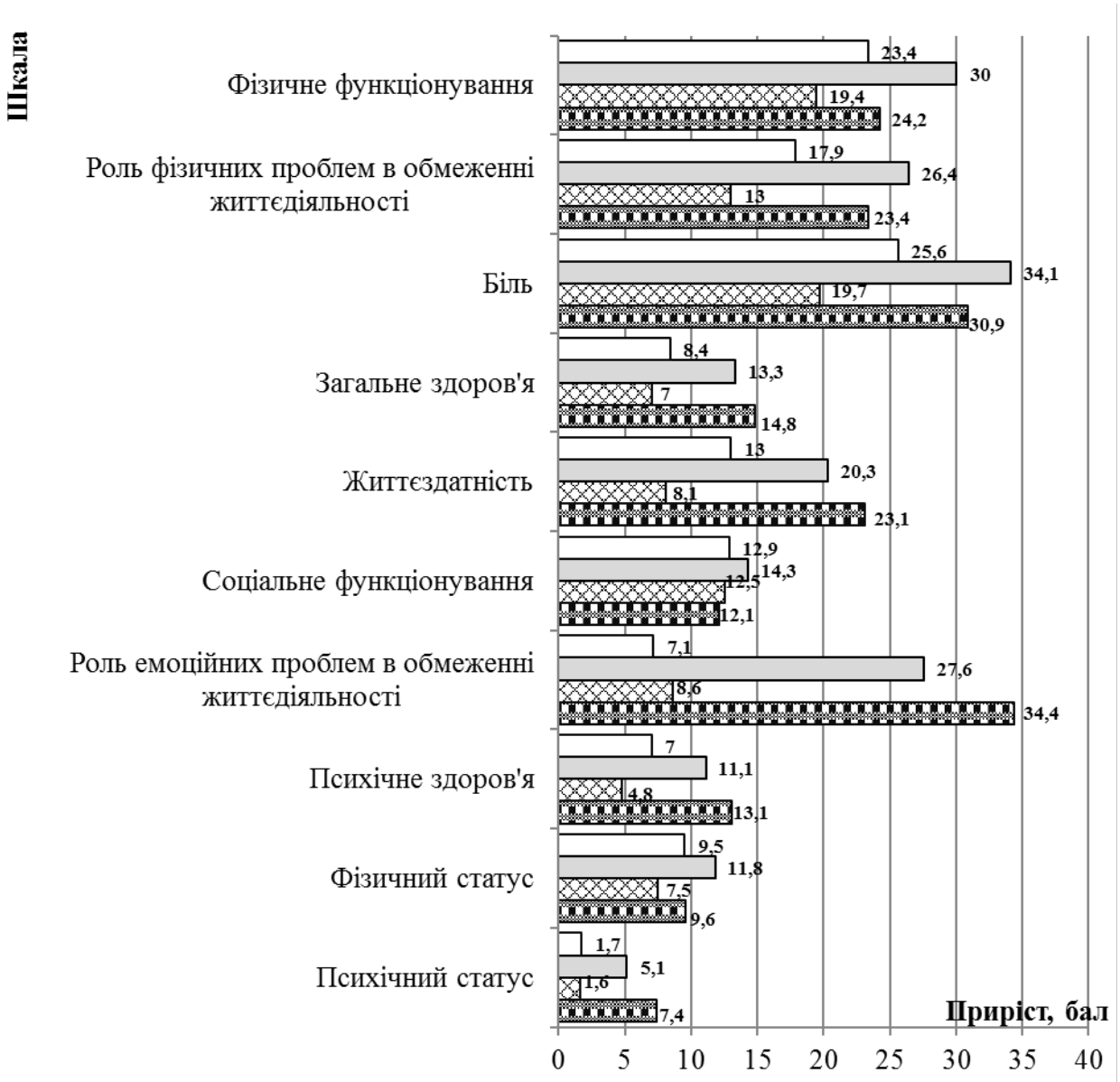


Рис. 5.1. Динаміка балів за опттувальником SF-36 у групах пацієнтів з ураженням у нижній частині тіла з раціональним (Г1+, М1+) та нераціональним (Г1-, М1-) ставленням до хвороби впродовж проходження фізичної терапії:

- □ - динаміка у Г1+;
- □ - динаміка у М1+;
- ▨ - динаміка у Г1-;
- ▩ - динаміка у М1-

Відповідно до отриманих результатів (рис.5.2) між групами з порушеннями опорно-рухового апарату у нижній частині тіла та раціональними психотипами (М1+ та Г1+) найбільша абсолютна різниця у динаміці спостерігалася за шкалою «роль емоційних проблем в обмеженні

життєдіяльності». Водночас, переваги у динаміці шкал «роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності», «біль» та «життєздатність» були вагомими. Це відображає позитивний вплив впроваджених модифікацій у систему фізичної терапії на динаміку якості життя серед пацієнтів з порушеннями опорно-рухового апарату у нижній частині тіла та раціональними психотипами.

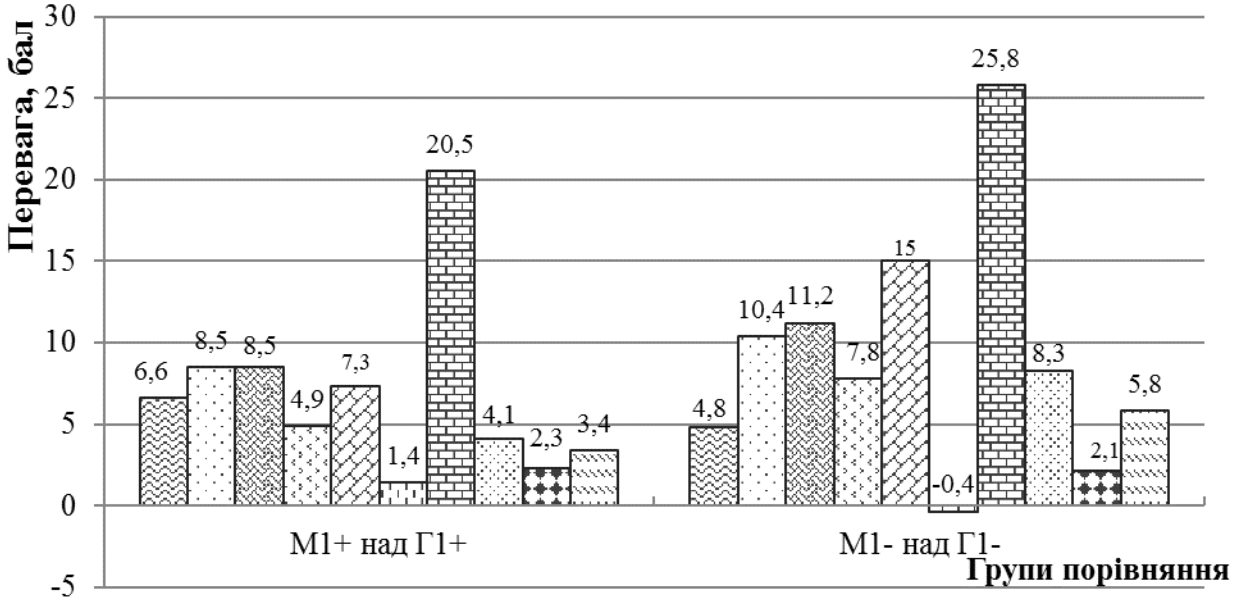


Рис. 5.2. Перевага у динаміці значень шкал опитувальника SF-36 груп модифікованої системи фізичної терапії над стандартною:

- фізичне функціонування;
- роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності;
- біль;
- загальне здоров'я ;
- життєздатність;
- соціальне функціонування;
- роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності;
- психічне здоров'я;
- фізичний статус;
- психічний статус

Відповідно до отриманих результатів (рис.5.2) між групами з порушеннями опорно-рухового апарату у нижній частині тіла та нераціональними психотипами (М1- та Г1-) найбільша абсолютна різниця у динаміці спостерігалася за шкалою «роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності». Водночас, переваги у динаміці шкал «життєздатність», «біль»

та «роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності» були вагомими. Це відображає позитивний вплив впроваджених модифікацій у систему фізичної терапії на динаміку якості життя серед пацієнтів з порушеннями опорно-рухового апарату у нижній частині тіла та нераціональними психотипами.

Разом з тим, при порівнянні встановлених відмінностей було виявлено кількісно більші відмінності у парі М1- та Г1- за більшістю шкал. Зокрема за шкалою «життєдіяльність» різниця у парі М1+ та Г1+ склала 7,3 бала, а у парі М1- та Г1- 15 балів.

У таблиці 5.5 відзначені заключні показники $\bar{x}$±S, Me (25%; 75%) та показник зміни середнього значення серед груп з порушеннями у верхній частині тіла (вище поперекового відділу) з раціональними психотипами. Висвітлено результати порівняння заключних показників груп 2013-2015 та 2016-2018 років з врахуванням розподілу результатів.

Так, приріст середніх значень шкали «фізичне функціонування» у Г2+ та М2+ відповідно склав 13,5 та 19,4 балів (табл. 5.5). Відповідно різниця у приростi склала 5,9 бала, що становить 43,7 % від приросту у Г2+. Слід відзначити, що приріст був статистично більшим у М2+ ($p<0,01$). Отже, серед пацієнтів 2016-2018 років з порушеннями у верхній частині тіла (вище поперекового відділу) з раціональними психотипами приріст був достовірно кращим. Водночас, між заключними результатами отримано статистично значиму відмінність ($p<0,01$), чого не спостерігалося при аналізі початкових результатів, а різниця між заключними $\bar{x}$ Г2+ та М2+ склала 5,3 балів.

Динаміка шкали «роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності» у цих же групах виявилися зокрема у тому, що приріст середніх значень шкали у Г2+ та М2+ відповідно склав 20,8 бала та 31,9 балів. Відповідно різниця у приростi склала 11,1 балів, що становить 53,4 % від приросту у Г2+. Зміни середнього значення були достовірно кращими у М2+ ($p<0,01$). Водночас між заключними результатами Me (25%; 75%) груп отримано статистично значиму відмінність ($p<0,05$), а різниця середніх значень заключних результатів груп склала 10,3 балів.

Таблиця 5.5

Показники якості життя за SF-36 при повторному анкетуванні пацієнтів 2013-2015 (Г2+) та 2016-2018 (М2+) років з раціональними психотипами та порушеннями у верхній частині тіла, бали

Показники якості життя	Групи	$\bar{x}$±S	Δx	Me (25%; 75%)
Фізичне функціонування	Г2+	76,5±7,45	13,5	75(70; 81,3)
	М2+	81,8±6,88	19,4	80(75; 85)**
Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності	Г2+	63,3±15,72	20,8	75(50; 75)
	М2+	73,6±17,87	31,9	75(50; 75)*
Біль	Г2+	71,0±5,80	29,0	72(70; 72)
	М2+	79,3±7,7	38,3	79(74; 84)**
Загальне здоров'я	Г2+	74,0±10,78	8,5	75(65; 81,3)
	М2+	80,4±10,17	15,1	80(75; 90)*
Життєздатність	Г2+	73,3±6,99	13,8	75(70; 80)
	М2+	76,1±7,38	16,8	75(70; 80)
Соціальне функціонування	Г2+	69,2±17,60	13,3	75(62,5; 87,5)
	М2+	68,1±18,53	13,9	75 (53,1; 87,5)
Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності	Г2+	52,2±16,80	6,7	66,7(33,3; 66,7)
	М2+	67,6±18,66	23,2	66,7(66,7; 66,7)**
Психічне здоров'я	Г2+	67,1±5,60	7,1	68(62; 70,5)
	М2+	70,2±5,67*	9,9	70(66; 74)
Фізичний статус	Г2+	49,1±3,99	8,5	50,3(46,4; 52,1)
	М2+	51,9±4,31	11,6	52,1(49,6; 55,2)*
Психічний статус	Г2+	45,4±3,69	2,6	45,8(41,9; 48,4)
	М2+	47,1±3,87	4,5	47,1(43,5; 48,7)

*Примітка. * – різниця між показниками груп статистично значуща на момент заключного обстеження $p<0,05$; ** – $p<0,01$.*

Відповідно до результатів статистичного аналізу, особливості динаміки шкали «біль» виявилися у тому, що приріст середніх значень шкали у Г2+ та М2+ відповідно склав 29 бала та 38,3 балів. Таким чином, різниця у прирості склала 9,3 балів, що становить 32,1 % від приросту у Г2+. Динаміка середнього значення (Δx) була достовірно кращою у М2+ ($p<0,01$). Водночас, між заключними результатами Me (25%; 75%) у групах за шкалою «біль» встановлено статистично значиму відмінність ($p<0,01$). Різниця середніх значень заключних результатів Г2+ та М2+ склала 8,3 балів.

Динаміка шкали «загальне здоров'я» була менш вираженою ніж у попередніх шкалах. Збільшення середніх значень шкали у Г2+ та М2+

відповідно становило 8,5 балів та 15,1 балів. У такий спосіб, зміни середнього значення (Δx) були достовірно кращими у М2+ ($p<0,01$), а різниця між Δx груп склала 6,6 балів, що становить 77,6 % від приросту у Г2+. Водночас, між заключними результатами Me (25%; 75%) у групах Г2+ та М2+ за шкалою «загальне здоров'я» встановлено статистично значиму відмінність ($p<0,01$). Різниця середніх значень заключних результатів Г2+ та М2+ склала 6,4 балів.

У динаміці шкали «життєздатність» встановлені статистично достовірні покращення у обох групах ($p<0,01$), як і у попередніх шкалах. Приріст середніх значень шкали у Г2+ та М2+ відповідно слав 13,8 бала та 16,8 бала. Таким чином, різниця у прирості склала 3 бали, що становить 21,7% від приросту у Г2+. У такий спосіб, приріст був статистично кращим у М2+ ($p<0,01$). Проте, між заключними результатами Me (25%; 75%) груп не отримано статистично значиму відмінність ($p>0,05$), а різниця середніх значень груп Г2+ та М2+ склала 2,8 бала.

Зміни у шкалі «соціальне функціонування» виявилася зокрема у тому, що приріст середніх значень шкали у Г2+ склав 13,3 бал, а у М2+ становив 13,9 балів. Таким чином, різниця груп у прирості була не достовірною ($p>0,05$). Водночас, між заключними Me (25%; 75%) груп за шкалою «соціальне функціонування» не встановлено статистично значиму відмінність ($p>0,05$), а різниця середніх значень результатів груп Г2+ та М2+ була мінімальною.

Відмінність у динаміці груп за шкалою «роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності» була найбільш вираженою, що частково пояснюється особливостями оцінювання цієї шкали. Збільшення середніх значень шкали у Г2+ та М2+ відповідно становило 6,7 бала та 23,2 бала. Динаміка середнього значення (Δx) була достовірно кращою у М2+ ($p<0,01$), а різниця між групами за Δx склала 16,9 бала, що у два з половиною раз більше від приросту у Г2+. Водночас, між заключними результатами Me (25%; 75%) у групах встановлено статистично значиму відмінність, а самі показники склали відповідно 66,7(33,3; 66,7)балів та 66,7(66,7; 66,7) балів ($p<0,01$). Різниця середніх значень заключних результатів Г2+ та М2+ склала 15,4 балів. Отже,

серед пацієнтів 2016-2018 років з порушеннями у верхній частині тіла (вище поперекового відділу) з раціональними психотипами приріст був достовірно кращим.

Шкала «психічне здоров'я», як і усі інші шкали, статистично покращилася у обох групах з порушеннями у верхній частині тіла з раціональними психотипами ($p<0,01$). Приріст середніх значень шкали у Г2+ та М2+ відповідно слав 7,1 бала та 9,9 бала. Відповідно різниця у прирості становила 2,8 бала, що становить 39,4 % від приросту у Г2+. Проте, приріст був статистично більшим у М2+ ($p>0,05$). Водночас, між заключними $\bar{x}\pm S$ груп встановлено статистично значиму відмінність ($p<0,05$) (табл. 5.5), а різниця середніх значень Г2+ та М2+ склала 3,1 балів.

У динаміці загальної шкали «фізичний статус» отримано статистично достовірні покращення у обох групах ($p<0,01$). Приріст середніх значень шкали у Г2+ та М2+ відповідно слав 8,5 бала та 11,6 бала. Таким чином, різниця у прирості склала 3,1 бала, що становить 36,5 % від приросту у Г2+. У такий спосіб, приріст був достовірно більшим у М2+ ($p<0,01$). Тобто, серед пацієнтів 2016-2018 років з порушеннями у верхній частині тіла з раціональними психотипами динаміка була статистично кращою за загальною шкалою «фізичний статус». Між заключними результатами Me (25%; 75%) груп статистично значима відмінність спостерігалася ($p<0,05$), а різниця середніх значень груп Г2+ та М2+ склала 2,8 балів.

Ключові особливості змін у загальній шкалі «психічний статус» виявилися у тому, що приріст середніх значень шкали у Г2+ та М2+ склав 2,6 бала та 4,5 бала. У такий спосіб, різниця у прирості склала 1,9 балів, що становить 73,1 % від приросту у Г2+. За показником приросту (Δx) не встановлено достовірну відмінність між групами ($p>0,05$), а також між заключними результатами Me (25%; 75%) у групах за загальною шкалою «психічний статус» ($p>0,05$) (табл. 5.5). Різниця середніх значень заключних результатів груп Г2+ та М2+ склала 1,7 балів.

У таблиці 5.6 відзначені заключні показники $\bar{x}$±S, Me (25%; 75%) та показник зміни середнього значення серед груп з порушеннями у верхній частині тіла (вище поперекового відділу) з нераціональними психотипами. Висвітлено результати порівняння заключних показників груп 2013-2015 та 2016-2018 років з врахуванням розподілу результатів.

Таблиця 5.6

Показники якості життя за SF-36 при повторному анкетуванні пацієнтів 2013-2015 (Г2–) та 2016-2018 (М2–) років з нераціональними психотипами та порушеннями у верхній частині тіла, бали

Показники якості життя	Групи	$\bar{x}$±S	Δx	Me (25%; 75%)
Фізичне функціонування	Г2-	72,5±7,01	10,4	70(70; 78,8)
	М2-	79,8±6,28	17,8	80(75; 85)*
Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності	Г2-	53,6±20,09	12,5	50(31,3; 75)
	М2-	75,0±15,55	33,6	75(75; 75)*
Біль	Г2-	62,1±10,01	22,6	60(60; 72)
	М2-	74,9±8,62	35,8	74(72; 84)*
Загальне здоров'я	Г2-	62,0±9,06	6,8	65(55; 65)
	М2-	73,8±8,8	16,7	75(70; 80)*
Життєздатність	Г2-	55,7±7,66	7,3	55(50; 60)
	М2-	71,7±7,99	22,3	75(65; 78,75)*
Соціальне функціонування	Г2-	66,1±15,91	12,1	62,5(62,5; 75)
	М2-	66,4±15,04	12,5	62,5(62,5; 75)
Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності	Г2-	26,2±16,62	8,3	33,3(8,3; 33,3)
	М2-	59,4±18,42	40,6	66,7(33,3; 66,7)*
Психічне здоров'я	Г2-	47,1±5,48	4,8	47(42,5; 51,5)
	М2-	54,6±6,27	12,3	54(48; 60)*
Фізичний статус	Г2-	48,4±4,83	6,1	49(45,3; 53,3)
	М2-	52,6±4,27*	10,1	53,4(50,2; 55,4)
Психічний статус	Г2-	35,4±3,46	2,2	34,9(34,2; 37,6)
	М2-	41,5±4,08*	8,0	42,1(38,5; 44,3)

*Примітка. * – різниця між показниками груп статистично значуща на момент заключного обстеження $p<0,01$.*

Зокрема, приріст середніх значень шкали «фізичне функціонування» у Г2– та М2– відповідно склав 10,4 та 17,8 балів (табл. 5.6). Відповідно різниця у прирості склала 7,4 бала, що становить 71,2 % від приросту у Г2–. Слід

відзначити, що приріст був статистично більшим у М2– ($p<0,01$). Отже, серед пацієнтів 2016-2018 років з порушеннями у верхній частині тіла (вище поперекового відділу) з нераціональними психотипами приріст був достовірно кращим. Водночас, між заключними результатами отримано статистично значиму відмінність ($p<0,01$), чого не спостерігалося при аналізі початкових результатів, а різниця між заключними $\bar{x}$ Г2– та М2– склала 7,3 балів.

Зміни шкали «роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності» у цих же групах виявилися зокрема у тому, що збільшення середніх значень шкали у Г2– та М2– відповідно склало 12,5 бала та 33,6 балів. Відповідно різниця у прирості склала 21,1 балів, що становить 168,8 % від приросту у Г2–. У такий спосіб, зміни середнього значення були статистично кращими у М2– ($p<0,01$). Водночас, між заключними результатами Me (25%; 75%) груп отримано статистично значиму відмінність ($p<0,01$), а різниця середніх значень заключних результатів груп склала 21,4 балів.

Відповідно до результатів статистичного аналізу, особливості динаміки шкали «біль» виявилися у тому, що приріст середніх значень шкали у Г2– та М2– відповідно склав 22,6 бала та 35,8 балів. Таким чином, різниця у прирості склала 13,2 балів, що становить 58,4 % від приросту у Г2–. Динаміка середнього значення (Δx) була достовірно кращою у М2– ($p<0,01$). Водночас, між заключними результатами Me (25%; 75%) у групах за шкалою «біль» встановлено статистично значиму відмінність ($p<0,01$). Різниця середніх значень заключних результатів Г2– та М2– склала 12,8 балів.

Динаміка шкали «загальне здоров'я» була менш вираженою ніж у попередніх шкалах. Збільшення середніх значень шкали у Г2– та М2– відповідно становило 6,8 балів та 16,7 балів. У такий спосіб, зміни середнього значення (Δx) були достовірно кращими у М2– ($p<0,01$), а різниця між Δx груп склала 9,9 балів, що становить 145,6 % від приросту у Г2–. Водночас, між заключними результатами Me (25%; 75%) у групах Г2– та М2– за шкалою «загальне здоров'я» встановлено статистично значиму відмінність ($p<0,01$). Різниця середніх значень заключних результатів Г2– та М2– склала 11,8 балів.

У змінах показників шкали «життєздатність» встановлені статистично достовірні покращення у обох групах ($p<0,01$), як і у попередніх шкалах. Приріст середніх значень шкали у Г2– та М2– відповідно слав 7,3 бала та 22,3 бала. Таким чином, різниця у прирості склала 15 балів, що становить 205,5% від приросту у Г2–. У такий спосіб, приріст був статистично кращим у М2– ($p<0,01$). Між заключними результатами Me (25%; 75%) груп отримано статистично значиму відмінність ($p<0,01$), а різниця середніх значень груп Г2– та М2– склала 16 балів.

Зміни у шкалі «соціальне функціонування» виявилася зокрема у тому, що приріст середніх значень шкали у Г2– склав 12,1 бал, а у М2– становив 12,5 балів. Таким чином, різниця груп у прирості була не достовірною ($p>0,05$). Водночас, між заключними Me (25%; 75%) груп за шкалою «соціальне функціонування» не встановлено статистично значиму відмінність ($p>0,05$), а різниця середніх значень результатів груп Г2– та М2– була мінімальною.

Відмінність у динаміці груп за шкалою «роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності» була найбільш вираженою, що частково пояснюється особливостями оцінювання цієї шкали. Збільшення середніх значень шкали у Г2– та М2– відповідно становило 8,3 бала та 40,6 балів. Динаміка середнього значення (Δx) була достовірно кращою у М2– ($p<0,01$), а різниця між групами за Δx склала 32,3 бала, що майже у чотири рази більше від приросту у Г2–.

Водночас, між заключними результатами Me (25%; 75%) у групах встановлено статистично значиму відмінність, а самі показники склали відповідно 33,3(8,3; 33,3) балів та 66,7(33,3; 66,7) балів ($p<0,01$). Різниця середніх значень заключних результатів Г2– та М2– склала 33,2 бала. Отже, серед пацієнтів 2016-2018 років з порушеннями у верхній частині тіла (вище поперекового відділу) з нераціональними психотипами приріст був достовірно кращим.

Шкала «психічне здоров'я», як і усі інші шкали, статистично покращилася у обох групах з порушеннями у верхній частині тіла з нераціональними

психотипами ($p<0,01$). Приріст середніх значень шкали у Г2– та М2– відповідно слав 4,8 бала та 12,3 бала. Відповідно різниця у прирості становила 7,5 бала, що становить 156,3 % від приросту у Г2–. Так, приріст був статистично більшим у М2– ($p>0,05$). Водночас, між заключними Me (25%; 75%) груп встановлено статистично значиму відмінність ($p<0,01$) (табл. 5.6), а різниця середніх значень Г2– та М2– склала 7,5 балів.

У динаміці загальної шкали «фізичний статус» отримано статистично достовірні покращення у обох групах ($p<0,01$). Приріст середніх значень шкали у Г2– та М2– відповідно склав 6,1 бала та 10,1 бала. Таким чином, різниця у прирості склала 5 балів, що становить 82 % від приросту у Г2–. У такий спосіб, приріст був достовірно більшим у М2– ($p<0,01$). Тобто, серед пацієнтів 2016-2018 років з порушеннями у верхній частині тіла з нераціональними психотипами динаміка була статистично кращою за загальною шкалою «фізичний статус». Між заключними результатами $\bar{x}\pm S$ груп статистично значима відмінність спостерігалася ($p<0,01$), а різниця середніх значень груп Г2– та М2– склала 4,2 балів.

Основні особливості змін у загальній шкалі «психічний статус» виявилися у тому, що приріст середніх значень шкали у Г2– та М2– склав 2,2 бала та 8 бала. У такий спосіб, різниця у прирості склала 5,8 балів, що становить 263,6 % від приросту у Г2–. За показником Δx встановлено достовірну відмінність між групами ($p<0,01$), а також між заключними результатами Me (25%; 75%) у групах за загальною шкалою «психічний статус» ($p<0,01$) (табл. 5.6). Різниця середніх значень заключних результатів груп Г2– та М2– склала 6,1 балів.

Загальний вигляд приросту середніх значень у групах з порушеннями у верхній частині тіла представлений на рис. 5.3. Ця діаграма дозволяє порівняти динаміку у цих групах.

Водночас, розглянуті результати порівняння динаміки між Г2+ та М2+ та між Г2- та М2- відображено на рис. 5.4, а саме результати віднімання значень показника Δx у М2+ від Δx Г2+ та Δx у М2- від Δx Г2-.

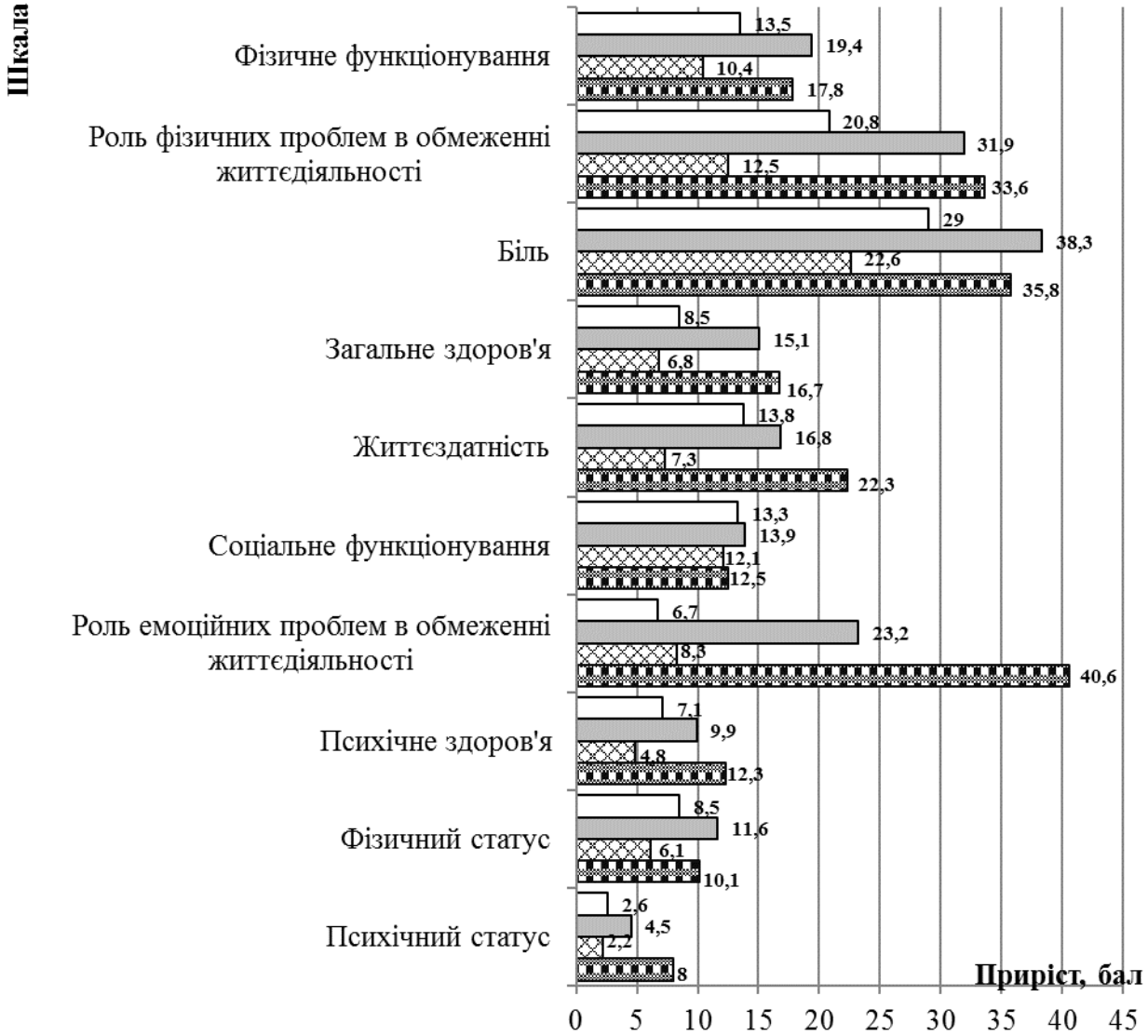


Рис. 5.3. Динаміка отриманих балів за опттувальником SF-36 у групах пацієнтів з ураженням у верхній частині тіла з раціональним (Г2+, М2+) та нераціональним (Г2-, М2-) ставленням до хвороби впродовж фізичної терапії:

- □ - динаміка у Г2+;
- ▒ - динаміка у М2+;
- ▨ - динаміка у Г2-;
- ▩ - динаміка у М2-

Відповідно до отриманих результатів (рис.5.4) між групами з порушеннями опорно-рухового апарату у верхній частині тіла та раціональними психотипами (М2+ та Г2+) найбільша абсолютна різниця у динаміці отримана за шкалою «роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності» (16,5 бала).

Водночас, переваги у динаміці шкал «роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності», «біль» та «загальне здоров'я» були вагомими. Це відображає позитивний вплив впроваджених модифікацій у систему фізичної терапії на динаміку якості життя серед пацієнтів з порушеннями опорно-рухового апарату у верхній частині тіла та раціональним ставленням до хвороби.

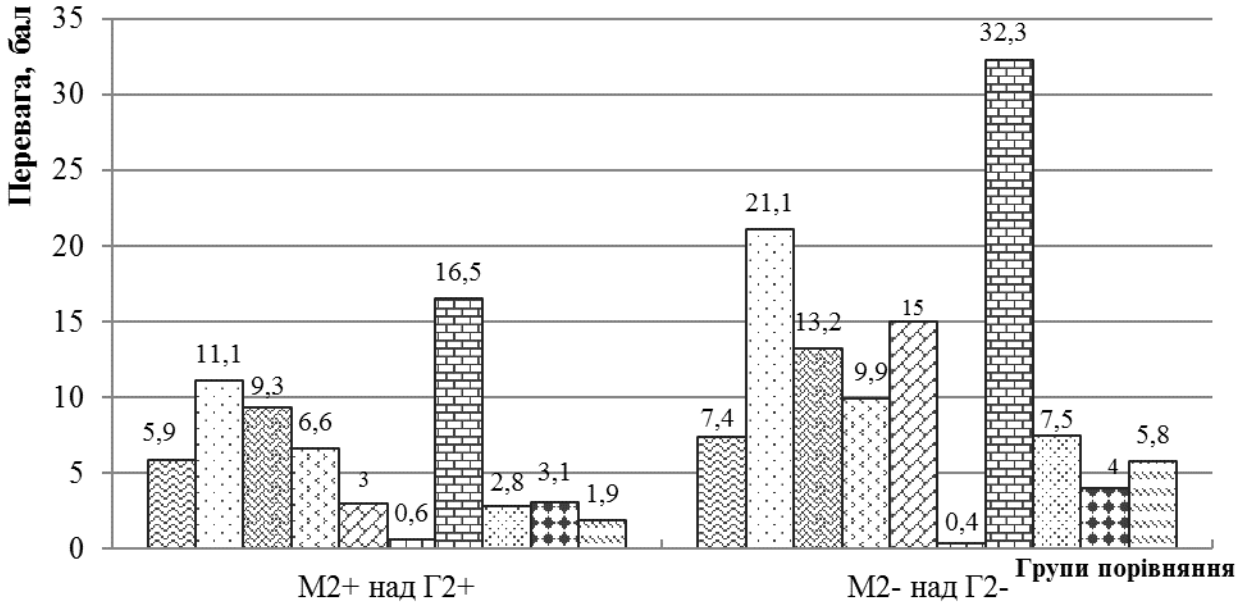


Рис. 5.4. Перевага у динаміці значень шкал опитувальника SF-36 груп модифікованої системи фізичної терапії над стандартною:

- фізичне функціонування;
- роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності;
- біль;
- загальне здоров'я ;
- життєздатність;
- соціальне функціонування;
- роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності;
- психічне здоров'я;
- фізичний статус;
- психічний статус

Відповідно до отриманих результатів (рис.5.4) між групами з порушеннями опорно-рухового апарату у верхній частині тіла та нераціональними психотипами (М2- та Г2-) найбільша абсолютна різниця у динаміці спостерігалася за шкалою «роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності». Водночас, переваги у динаміці шкал «роль фізичних проблем

в обмеженні життєдіяльності», «життєздатність», «біль» та «соціальне функціонування» були вагомими. Це відображає позитивний вплив впроваджених модифікацій у систему фізичної терапії на динаміку якості життя серед пацієнтів з порушеннями опорно-рухового апарату у верхній частині тіла та нераціональним ставленням до хвороби.

Разом з тим, при порівнянні встановлених відмінностей було виявлено кількісно більші відмінності у парі М2- та Г2- за більшістю шкал. Зокрема за шкалою «життєдіяльність» різниця у парі М2+ та Г2+ склала 16,5 бала, а у парі М2- та Г2- 32,3 балів; за шкалою «життєздатність» різниця у парі М2+ та Г2+ склала 3 бала, а у парі М2- та Г2- 15 балів (рис.5.4).

Представлений статистичний аналіз дає відповідь на питання стосовно переваг розробленої програми та змін у управлінні процесом фізичної терапії, проте слід розглянути наступні питання щодо динаміки показників у групах:

- за якими шкалами пацієнти 2016-2018 з нераціональним відношенням до хвороби мали однаковий рівень з пацієнтами з раціональним відношенням до хвороби на момент заключного дослідження, а також чи були відмінності між результатами отриманими при дослідженні пацієнтів 2013-2015 років;
- чи досягли пацієнти 2016-2018 з нераціональним відношенням до хвороби показників пацієнтів 2013-2015 з раціональним.

Так, у результаті порівняння заключних результатів М1+ з М1– було встановлено статистичну відмінність за шкалами «фізичне функціонування» та «біль» ($p<0,01$), чого не було при порівнянні початкових значень. Наявність чи відсутність відмінностей не змінилася за іншими шкалами (див. табл. 5.1 та 5.2). У результаті порівняння заключних результатів М2+ з М2– було встановлено лише одну нову відмінність від статистичних відмінностей початкових балів: за шкалою «біль» ($p<0,05$). Встановлено, що відмінності між результатами динаміки пацієнтів 2013-2015 років виявилися лише у тому, що після проходження курсу фізичної терапії пацієнти Г2+ з Г2– відрізнялися й за шкалою «фізичне функціонування» (табл. 3.5).

У такий спосіб можна констатувати, що пацієнти 2013-2015 та 2016-2018 мали загалом однакові тенденції у зміні шкал опитувальника SF-36, проте враховуючи результати порівняння груп (табл. 5.3-5.6) слід відзначити, що зміни у групах 2016-2018 років були більш вираженими.

Для отримання відповіді на питання, чи досягли групи пацієнтів 2016-2018 років з нераціональним відношенням до хвороби показників пацієнтів 2013-2015 з раціональним був проведений порівняльний аналіз заключних результатів М1– з Г1+, М2– з Г2+.

При порівнянні заключних М1– з Г1+ встановлено, що шкали «фізичне функціонування», «життєздатність», «роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності» не мали статистичних відмінностей, чого не спостерігалося при порівнянні Г1– з Г1+ (див. табл. 3.4), тобто група М1– зрівнялася за цими шкалами з Г1+. Окрім того показники Me (25%; 75%) за шкало «біль» були статистично ліпшими у М1– групі ніж у Г1+ ($p<0,05$). Інші результати були аналогічними. У такий спосіб додатково підтверджується краща ефективність модифікованої програми та заходів щодо покращення управління процесом фізичної терапії пацієнтів з порушенням у нижній частині тіла з нераціональним відношенням до хвороби.

При порівнянні заключних М2– з Г2+ встановлено, що шкали «фізичне функціонування», «загальне здоров'я», «життєздатність», «роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності» не мали статистичних відмінностей, чого не спостерігалося при порівнянні Г2– з Г2+ (див. табл. 3.5). Тобто група М2– зрівнялася за цими шкалами з Г2+. Водночас показники «роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності», «біль» та «фізичний статус» відрізнялися у М2– та Г2+ на користь групи пацієнтів 2016-2018 років ($p<0,01$) (див. табл. 3.5). Інші результати були аналогічними. У такий спосіб додатково підтверджується краща ефективність модифікованої програми та заходів щодо покращення управління процесом фізичної терапії пацієнтів з порушенням у верхній частині тіла з нераціональним відношенням до хвороби.

5.2. Результати аналізу показників якості життя за EQ-5D-5L та їх динаміки у групах пацієнтів, які долучалися до програм фізичної терапії за стандартною та розробленою системою

Початкові статистичні результати за опитувальником EQ-5D-5L груп 2016-2018 років представлені у таблиці 5.7. При порівнянні М1+ з М1-, М2+ з М2- отримані статистичні відмінності між групами майже аналогічні до висвітлених при аналізі груп 2016-2015 років (рівень значущості інколи відрізнявся та різниця середніх значень груп дещо відрізнялася, проте не суттєво), що дає змогу провести порівняльний аналіз динаміки у групах 2013-2015 та 2016-2018 років.

Таблиця 5.7

Показники якості життя за EQ-5D-5L при першому анкетуванні пацієнтів 2016-2018 років, бали

Показники якості життя		Групи			
		М1+	М1–	М2+	М2-
Мобільність	$\bar{x}$±S	3,14±0,65	3,19±0,64	1,11±0,4	1,19±0,4
	Me (25%; 75%)	3(3; 4)	3(3; 4)	1(1; 1)	1(1; 1)
Догляд за собою	$\bar{x}$±S	2,86±1,06	2,97±1	3,36±0,49	3,31±0,54
	Me (25%; 75%)	3(3; 4)	3(3; 4)	3(3; 4)	3(3; 4)
Звична повсякденна діяльність	$\bar{x}$±S	3±0,59	3±0,72	3,08±0,65	2,97±0,7
	Me (25%; 75%)	3(3; 3)	3(2,3; 3,8)	3(3; 3,75)	3(2,25; 3)
Біль/дискомфорт	$\bar{x}$±S	3,83±0,89	3,81±0,86	3,06±0,67	3,19±0,59
	Me (25%; 75%)	4(3; 5)	4(3; 5)	3(3; 3,75)	3(3; 4)
Тривога/депресія	$\bar{x}$±S	2,29±0,62	3,16±0,68	2,19±0,4	3,09±0,69
	Me (25%; 75%)	2(2; 3)	3(3; 4)*	2(2; 2)	3(3; 3,75)*
ВАШ-здоров’я	$\bar{x}$±S	59,71±10,43	47,97±9,83	63,61±12,11	53,28±9,56
	Me (25%; 75%)	60(55; 70)	50(41,3;55)*	70(55; 75)	55(50; 60)*

*Примітка. * – різниця між показником статистично значуща при порівнянні з групою з раціональними психотипами та аналогічною локалізацією порушення $p<0,01$.*

Відзначимо, що усі показники опитувальника EQ-5D-5L достовірно покращилися у групах пацієнтів 2016-2018 років впродовж курсу фізичної терапії, проведеного відповідно до розробленої програми та впроваджених змін

у систему фізичної терапії (p<0,01). Водночас, більшість показників у групах 2016-2018 років мала кращу динаміку, що підтверджує ефективність впроваджених змін у зміст програми та у управління системи у різних ланках. Окрім того значна кількість заключних показників груп 2016-2018 років також були кращими порівняно з результатами аналогічних груп 2013-2015 років (табл. 5.8-5.11).

У таблиці 5.8 відзначені заключні показники $\bar{x}$±S, Me (25%; 75%) та показник зміни середнього значення серед груп з порушеннями у нижній частині тіла та поперековому відділі з раціональними психотипами. Висвітлено результати порівняння заключних показників груп 2013-2015 та 2016-2018 років з врахуванням розподілу результатів.

Таблиця 5.8

Показники якості життя за EQ-5D-5L при повторному анкетуванні пацієнтів 2013-2015 (Г1+) та 2016-2018 (М1+) років з раціональними психотипами та порушеннями у нижній частині тіла та попереку, бали

Показники якості життя	Групи	$\bar{x}$±S	Δx	Me (25%; 75%)
Мобільність	Г1+	2,29±0,66	-0,82	2(2; 3)
	М1+	1,80±0,76	-1,34	2(1; 2)*
Догляд за собою	Г1+	2,21±0,74	-0,54	2(2; 3)
	М1+	1,71±0,79	-1,14	2(1; 2)*
Звична повсякденна діяльність	Г1+	2,32±0,67	-0,64	2(2; 3)
	М1+	1,83±0,66	-1,17	2(1; 2)**
Біль/дискомфорт	Г1+	2,57±0,69	-1,21	3(2; 3)
	М1+	1,66±0,87	-2,17	1(1; 3)**
Тривога/депресія	Г1+	1,21±0,42	-1,04	1(1; 1)
	М1+	1,31±0,47	-0,97	1(1; 2)
ВАШ-здоров’я	Г1+	68,9±10,03	8,93	70(65; 75)
	М1+	76,6±8,73	16,86	80(70; 80)**

*Примітка. * – різниця між показниками груп статистично значуща на момент заключного обстеження p<0,05; ** – p<0,01.*

Так, шкала «мобільність» статистично покращилася у обох групах (p<0,01). Зниження середніх значень шкали у Г1+ та М1+ відповідно склали

0,82 бала та 1,34 бала (табл. 5.8). Відповідно різниця у динаміці склала 0,52 бала, що становить 63,4 % від динаміки у Г1+. У такий спосіб, зміни були статистично кращими у М1+ ($p<0,01$). Водночас, між заключними показниками Me (25%; 75%) груп встановлено статистично значиму відмінність: 2(2; 3) бали у Г1+ та 2(1; 2) бали у М1+ ($p<0,05$). Таким чином, різниця між заключними $\bar{x}$ у Г1+ та М1+ склала 0,49 бала.

Особливості динаміки шкали «догляд за собою» у групах Г1+ та М1+ виявилися зокрема у тому, що зменшення середніх значень відповідно склало 0,54 бала та 1,14 бала. Отже, різниця у зниженні склала 0,6 бала, що становить 111,1 % від зниження у Г1+. У такий спосіб, зміни були статистично кращими у М1+ ($p<0,01$). Між заключними результатами Me (25%; 75%) груп за шкалою «догляд за собою» встановлено статистично значиму відмінність: 2(2; 3) бали у Г1+ та 2(1; 2) бали у М1+ ($p<0,05$). А різниця середніх значень заключних результатів груп Г1+ та М1+ склала 0,5 бала.

Відповідно до результатів статистичного аналізу, особливості динаміки шкали «звична повсякденна діяльність» виявилися у тому, що зниження середніх значень шкали у Г1+ та М1+ відповідно склало 0,64 бала та 1,17 бала. Таким чином, різниця у динаміці склала 0,53 бала, що становить 82,8 % від зниження у Г1+. У такий спосіб, зміни були статистично кращими у М1+ ($p<0,01$). Водночас, між заключними результатами Me (25%; 75%) у групах за шкалою «звична повсякденна діяльність» встановлено статистично значиму відмінність: 2(2; 3) бали у Г1+ та 2(1; 2) бали у М1+ ($p<0,01$). Різниця середніх значень заключних результатів Г1+ та М1+ склала 0,49 бала.

У динаміці шкали «біль/дискомфорт» встановлені статистично достовірні покращення у обох групах ($p<0,01$), як і у попередніх шкалах. Зниження середніх значень шкали у Г1+ та М1+ відповідно слало 1,21 бала та 2,17 бала (табл. 5.8). Таким чином, різниця у динаміці склала 0,96 бала, що становить 79,3 % від зниження у Г1+. У такий спосіб, зміни були статистично кращими у М1+ ($p<0,01$). Тобто, серед пацієнтів 2016-2018 років з порушеннями у нижній частині тіла та поперековому відділі з раціональними психотипами динаміка

була статистично кращою за шкалою «біль/дискомфорт». Окрім того, між заключними Me (25%; 75%) груп статистично значима відмінність була встановлена: 3(2; 3) бали у Г1+ та 1(1; 3) бали у М1+ ($p<0,01$). Водночас, різниця середніх значень груп Г1+ та М1+ склала 0,91 бала.

Шкала «тривога/депресія», як і усі інші шкали, статистично покращилася у обох групах ($p<0,01$). Зменшення середніх значень шкали у Г1+ та М1+ відповідно слало 1,04 бал та 0,97 бала. Відповідно різниця у зниженні тут вже була на користь Г1+, проте достовірної відмінності не встановлено ($p>0,05$). Разом з тим, між заключними результатами Me (25%; 75%) груп не встановлено статистично значиму відмінність: 1(1; 1) бал та 1(1; 2) бали ($p>0,05$). Водночас, різниця середніх значень груп Г1+ та М1+ склала 0,1 бала.

За результатами проведеного статистичного аналізу, динаміка шкали ВАШ-здоров'я опитувальника EQ-5D-5L була достовірною, як і у попередніх шкалах ($p<0,01$). Збільшення середніх значень шкали у Г1+ та М1+ відповідно становило 8,93 бала та 16,86 балів (табл. 5.8). Відмінності за показником Δx встановлені при $p<0,01$. Різниця у прирості відповідно склала 7,93 бала, що становить 88,8 % від приросту у Г1+. Водночас, між заключними результатами Me (25%; 75%) у групах Г1+ та М1+ за шкалою ВАШ-здоров'я встановлено статистично значиму відмінність, а самі показники склали відповідно 70(65; 75) балів та 80(70; 80) балів ($p<0,01$). У такий спосіб, різниця середніх значень заключних результатів груп Г1+ та М1+ склала 7,7 балів.

У таблиці 5.9 відзначені заключні показники $\bar{x}\pm S$, Me (25%; 75%) та показник зміни середнього значення серед груп з порушеннями у нижній частині тіла та поперековому відділі з нераціональними психотипами. Висвітлено результати порівняння заключних показників груп 2013-2015 та 2016-2018 років з врахуванням розподілу результатів.

Зокрема, шкала «мобільність» статистично покращилася у обох групах ($p<0,01$). Зниження середніх значень шкали у Г1– та М1– відповідно склали 0,63 бала та 1,09 бала (табл. 5.9). Відповідно різниця у динаміці склала 0,46 бала, що становить 73 % від зниження у Г1–. У такий спосіб, зміни були статистично

кращими у М1– (p<0,01). Водночас, між заключними показниками Me (25%; 75%) груп встановлено статистично значиму відмінність: 3(2; 3) бали у Г1– та 2(1,25; 3) бали у М1– (p<0,01). Таким чином, різниця між заключними $\bar{x}$ у Г1– та М1– склала 0,54 бала.

Таблиця 5.9

Показники якості життя за EQ-5D-5L при повторному анкетуванні пацієнтів 2013-2015 (Г1–) та 2016-2018 (М1–) років з нераціональними психотипами та порушеннями у нижній частині тіла та попереку, бали

Показники якості життя	Групи	$\bar{x}$±S	Δx	Me (25%; 75%)
Мобільність	Г1–	2,63±0,74	-0,63	3(2; 3)
	М1–	2,09±0,78	-1,09	2(1,25; 3)*
Догляд за собою	Г1–	2,52±0,80	-0,52	3(2; 3)
	М1–	1,84±0,88	-1,13	2(1; 3)*
Звична повсякденна діяльність	Г1–	2,59±0,64	-0,48	3(2; 3)
	М1–	1,97±0,82	-1,03	2(1; 2,75)*
Біль/дискомфорт	Г1–	2,89±0,85	-1,07	3(2; 4)
	М1–	2,16±0,77	-1,66	2(2; 3)*
Тривога/депресія	Г1–	2,89±0,42	-0,37	3(3; 3)
	М1–	2,34±0,75	-0,81	2,5(2; 3)*
ВАШ-здоров’я	Г1–	55,2±8,93	7,59	55(50; 60)
	М1–	67,0±9,66	19,06	65(60; 70)*

*Примітка. * – різниця між показниками груп статистично значуща на момент заключного обстеження p<0,01.*

Ключові особливості динаміки шкали «догляд за собою» у групах Г1– та М1– виявилися у тому, що зменшення середніх значень відповідно склало 0,52 бала та 1,13 бала. Отже, різниця у зниженні склала 0,61 бала, що становить 117,3 % від динаміки у Г1–. У такий спосіб, зміни були статистично кращими у М1– (p<0,01). Між заключними результатами Me (25%; 75%) груп за шкалою «догляд за собою» встановлено статистично значиму відмінність: 3(2; 3) бали у Г1– та 2(1; 3) бали у М1– (p<0,01). А різниця середніх значень заключних результатів груп Г1– та М1– склала 0,68 бала.

Відповідно до результатів статистичного аналізу, особливості динаміки шкали «звична повсякденна діяльність» виявилися у тому, що зниження

середніх значень шкали у Г1– та М1– відповідно склало 0,48 бала та 1,03 бала. Таким чином, різниця у динаміці склала 0,55 бала, що становить 114,6 % від динаміки у Г1–. У такий спосіб, зміни були статистично кращими у М1– ($p<0,01$). Водночас, між заключними результатами Me (25%; 75%) у групах за шкалою «звична повсякденна діяльність» встановлено статистично значиму відмінність: 3(2; 3) бали у Г1– та 2(1; 2,75) бали у М1– ($p<0,01$). Різниця середніх значень заключних результатів Г1– та М1– склала 0,62 бала.

У динаміці шкали «біль/дискомфорт» встановлені статистично достовірні покращення у обох групах ($p<0,01$), як і у попередніх шкалах. Зниження середніх значень шкали у Г1– та М1– відповідно слало 1,07 бала та 1,66 бала. Таким чином, різниця у динаміці склала 0,59 бала, що становить 55,1 % від зниження у Г1–. У такий спосіб, зміни були статистично кращими у М1– ($p<0,01$). Тобто, серед пацієнтів 2016-2018 років з порушеннями у нижній частині тіла та поперековому відділі з нераціональними психотипами динаміка була статистично кращою за шкалою «біль/дискомфорт». Окрім того, між заключними Me (25%; 75%) груп статистично значима відмінність була встановлена: 3(2; 4) бали у Г1– та 2(2; 3) бали у М1– ($p<0,01$). Водночас, різниця середніх значень груп Г1– та М1– склала 0,73 бала.

Шкала «тривога/депресія», як і усі інші шкали, статистично покращилася у обох групах ($p<0,01$). Зменшення середніх значень шкали у Г1– та М1– відповідно слало 0,37 бал та 0,81 бала (табл. 5.9). Таким чином, різниця у динаміці склала 0,45 бала, що становить 121,6% від зниження у Г1–. У такий спосіб, зміни були статистично кращими у М1– ($p<0,01$). Разом з тим, між заключними результатами Me (25%; 75%) груп встановлено достовірну відмінність: 3(3; 3) бал та 2,5(2; 3) бали ($p<0,01$). Таким чином, різниця між заключними $\bar{x}$ у Г1– та М1– склала 0,55 бала.

За результатами проведеного статистичного аналізу, динаміка шкали ВАШ-здоров'я опитувальника EQ-5D-5L була достовірною, як і у попередніх шкалах ($p<0,01$). Збільшення середніх значень шкали у Г1– та М1– відповідно становило 7,59 бала та 19,06 балів (табл. 5.9). Відмінності за показником Δx

встановлені при p<0,01. Різниця у прирості відповідно склала 11,47 бала, що становить 151,1 % від приросту у Г1–. Водночас, між заключними результатами Me (25%; 75%) у групах Г1– та М1– за шкалою ВАШ-здоров'я встановлено статистично значиму відмінність, а самі показники склали відповідно 55(50; 60) балів та 65(60; 70) балів (p<0,01). У такий спосіб, різниця середніх значень заключних результатів груп Г1– та М1– склала 11,8 балів.

Загальний вигляд динаміки середніх значень шкал у групах з порушеннями у нижній частині тіла представлений на рис. 5.5, а ВАШ-здоров'я на рис. 5.6. Ці діаграми дозволяють порівняти динаміку у цих групах.

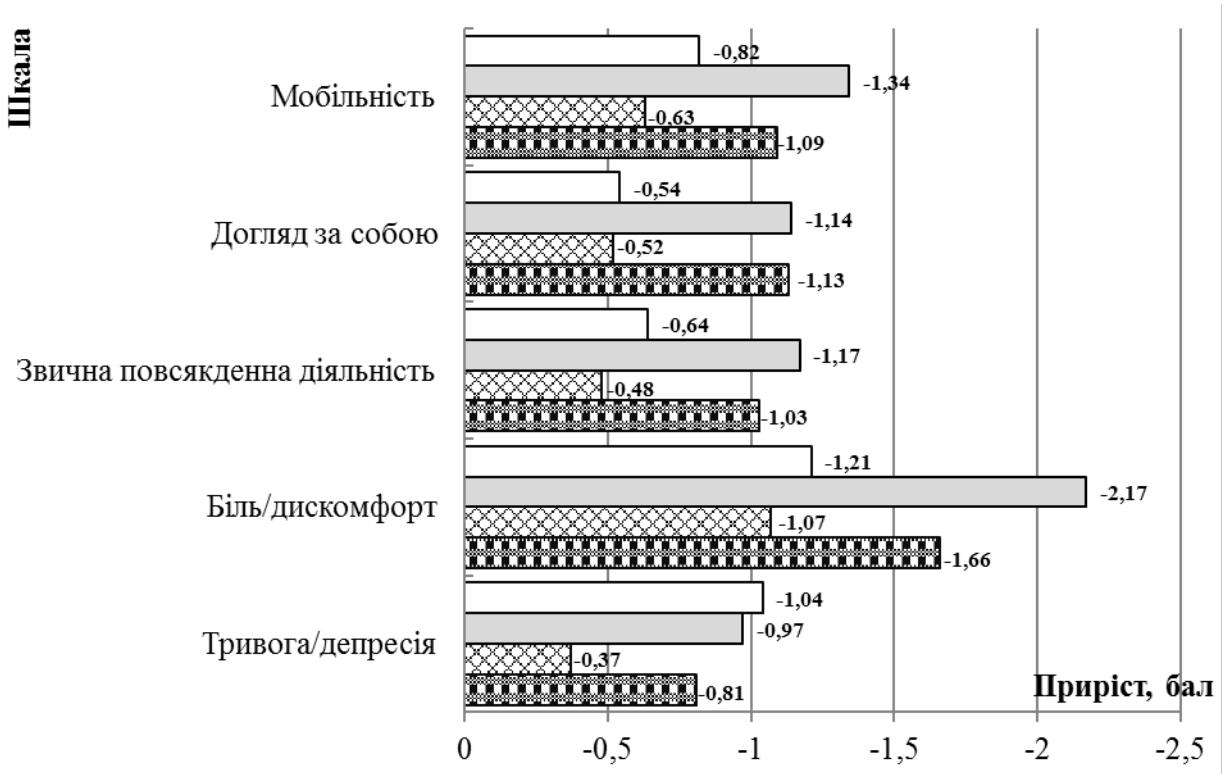


Рис. 5.5. Динаміка балів за опттувальником EQ-5D-5L у групах пацієнтів з ураженням у нижній частині тіла з раціональним (Г1+, М1+) та нераціональним (Г1-, М1-) ставленням до хвороби впродвж проходження фізичної терапії:

- динаміка у Г1+;
- динаміка у М1+;
- динаміка у Г1-;
- динаміка у М1-

Водночас, розглянуті результати порівняння динаміки між Г1+ та М1+ та між Г1- та М1- відображено на рис. 5.7, а саме результати віднімання значень

показника Δx у М1+ від Δx Г1+ та Δx у М1- від Δx Г1-. Відповідно до отриманих результатів (рис.5.7) між групами з порушеннями опорно-рухового апарату у нижній частині тіла та раціональними психотипами (М1+ та Г1+) найбільша абсолютна різниця у динаміці спостерігалася за шкалою «біль/дискомфорт», а найменша за шкалою «тривога/депресія». Водночас, переваги у динаміці шкал «звична повсякденна діяльність», «догляд за собою» та «мобільність» були вагомими. Це відображає позитивний вплив впроваджених модифікацій у систему фізичної терапії на динаміку якості життя серед пацієнтів з порушеннями опорно-рухового апарату у нижній частині тіла та раціональними психотипами.

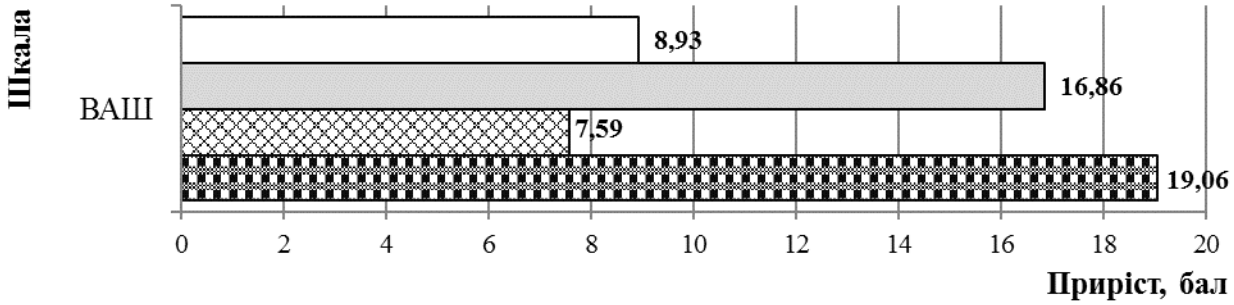


Рис. 5.6. Динаміка балів за шкалою ВАШ опттувальника EQ-5D-5L у групах пацієнтів з ураженням у нижній частині тіла з раціональним (Г1+, М1+) та нераціональним (Г1-, М1-) ставленням до хвороби після проходження фізичної терапії:

- □ - динаміка у Г1+;
- ▨ - динаміка у М1+;
- ▩ - динаміка у Г1-;
- ■ - динаміка у М1-

Відповідно до отриманих результатів (рис.5.7) між групами з порушеннями опорно-рухового апарату у нижній частині тіла та нераціональними психотипами (М1- та Г1-) найбільша абсолютна різниця у динаміці спостерігалася за шкалою «догляд за собою». Проте, переваги у динаміці шкал «тривога/депресія», «звична повсякденна діяльність», «догляд за собою» та «мобільність» були також значними та вагомими. Це відображає позитивний вплив впроваджених модифікацій у систему фізичної терапії на

динаміку якості життя серед пацієнтів з порушеннями опорно-рухового апарату у нижній частині тіла та нераціональними психотипами. Відзначимо, що представлені зміни (рис.5.7) слід оцінювати з врахуванням того, що максимальна оцінка за цими шкалами 5 балів.

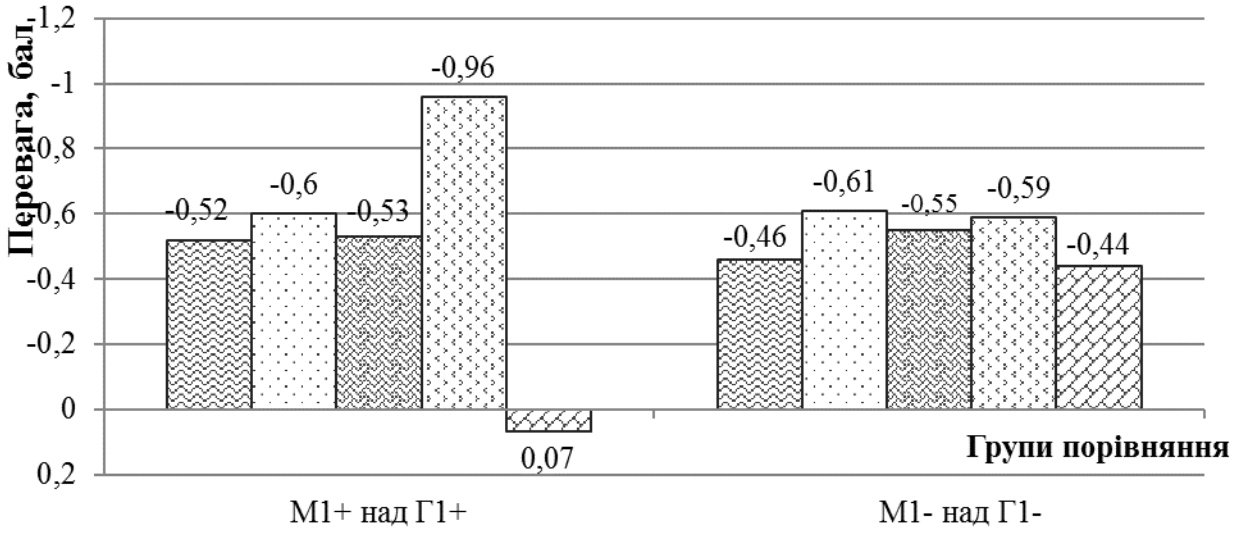


Рис. 5.7. Перевага у динаміці значень шкал опитувальника EQ-5D-5L груп модифікованої системи фізичної терапії над групами стандартної:

- мобільність;
- догляд за собою;
- звична повсякденна діяльність;
- біль/дискомфорт;
- тривога/депресія

Разом з тим, при порівнянні встановлених відмінностей було виявлено кількісно більші відмінності у парі М1- та Г1- за шкалою «тривога/депресія». Зокрема за шкалою «тривога/депресія» різниця у парі М1+ та Г1+ склала 0,07 бала, а у парі М1- та Г1- -0,44 бала (рис.5.7). Це вказує на задіяння згадуваного резерву до покращення у групах з нераціональним ставленням до хвороби, а саме у групі М1-.

У таблиці 5.10 відзначені заключні показники $\bar{x}\pm S$, Me (25%; 75%) та показник зміни середнього значення серед груп з порушеннями у верхній частині тіла (вище поперекового відділу) з раціональними психотипами.

Висвітлено результати порівняння заключних показників груп 2013-2015 та 2016-2018 років з врахуванням розподілу результатів.

Слід звернути увагу, що лише шкала «мобільність» статистично не покращилася у обох групах (p>0,05), що пов'язано з відсутністю впливу локалізації порушення на мобільність. Динаміка середніх значень шкали у Г2+ та М2+ було незначною (табл. 5.10). Водночас, між заключними показниками Me (25%; 75%) груп не встановлено статистично значиму відмінність (p>0,05).

Таблиця 5.10

Показники якості життя за EQ-5D-5L при повторному анкетуванні пацієнтів 2013-2015 (Г2+) та 2016-2018 (М2+) років з раціональними психотипами та порушеннями у верхній частині тіла, бали

Показники якості життя	Групи	$\bar{x}$±S	Δx	Me (25%; 75%)
Мобільність	Г2+	1,07±0,25	-0,03	1(1; 1)
	М2+	1,08±0,28	-0,03	1(1; 1)
Догляд за собою	Г2+	2,53±0,63	-0,80	3(2; 3)
	М2+	1,72±0,66	-1,64	2(1; 2)**
Звична повсякденна діяльність	Г2+	2,37±0,76	-0,67	2(2; 3)
	М2+	1,58±0,55	-1,5	2(1; 2)**
Біль/дискомфорт	Г2+	2,20±0,48	-0,83	2(2; 2,25)
	М2+	1,33±0,48	-1,72	1(1; 2)**
Тривога/депресія	Г2+	1,20±0,41	-0,97	1(1; 1)
	М2+	1,22±0,42	-0,97	1(1; 1)
ВАШ-здоров'я	Г2+	73±11,19	9,00	75(67,5; 80)
	М2+	79,86±8,58	16,25	80(75; 85)*

*Примітка. * – різниця між показниками груп статистично значуща на момент заключного обстеження p<0,05; ** – p<0,01.*

Особливості динаміки шкали «догляд за собою» у групах Г2+ та М2+ виявилися зокрема у тому, що зменшення середніх значень відповідно склало 0,8 бала та 1,64 бала. Отже, різниця у зниженні склала 0,84 бала, що становить 105 % від динаміки у Г2+. У такий спосіб, зміни були статистично кращими у М2+ (p<0,01). Між заключними результатами Me (25%; 75%) груп за шкалою «догляд за собою» встановлено статистично значиму відмінність: 3(2; 3) бали у Г2+ та 2(1; 2) бали у М2+ (p<0,01). А різниця середніх значень заключних результатів груп Г2+ та М2+ склала 0,81 бала.

Відповідно до результатів статистичного аналізу, особливості динаміки шкали «звична повсякденна діяльність» виявилися у тому, що зниження середніх значень шкали у Г2+ та М2+ відповідно склало 0,67 бала та 1,5 бала. Таким чином, різниця у динаміці склала 0,83 бала, що становить 123,9 % від динаміки у Г2+. У такий спосіб, зміни були статистично кращими у М2+ ($p<0,01$). Водночас, між заключними результатами Me (25%; 75%) у групах за шкалою «звична повсякденна діяльність» встановлено статистично значиму відмінність: 2(2; 3) бали у Г2+ та 2(1; 2) бали у М2+ ($p<0,01$). Різниця середніх значень заключних результатів Г2+ та М2+ склала 0,79 бала.

У динаміці шкали «біль/дискомфорт» встановлені статистично достовірні покращення у обох групах ($p<0,01$), як і у попередніх шкалах. Зниження середніх значень шкали у Г2+ та М2+ відповідно слало 0,83 бала та 1,72 бала (табл. 5.10). Таким чином, різниця у динаміці склала 0,89 бала, що становить 107,2 % від динаміки у Г2+. У такий спосіб, зміни були статистично кращими у М2+ ($p<0,01$). Тобто, серед пацієнтів 2016-2018 років з порушеннями у верхній частині тіла (вище поперекового відділу) з раціональними психотипами динаміка була статистично кращою за шкалою «біль/дискомфорт». Окрім того, між заключними Me (25%; 75%) груп достовірна відмінність була встановлена: 2(2; 2,25) бали у Г2+ та 1(1; 2) бали у М2+ ($p<0,01$). Водночас, різниця середніх значень груп Г2+ та М2+ склала 0,87 бала.

Шкала «тривога/депресія», як і усі інші шкали, статистично покращилася у обох групах ($p<0,01$). Зменшення середніх значень шкали у Г2+ та М2+ відповідно слало 0,97 бала. Відповідно різниця у зниженні не спостерігалася ($p>0,05$). Разом з тим, між заключними результатами Me (25%; 75%) груп не встановлено достовірної відмінності (табл. 5.10). Водночас, різниця середніх значень була мінімальною.

За результатами проведеного статистичного аналізу, динаміка шкали ВАШ-здоров’я опитувальника EQ-5D-5L була достовірною, як і у попередніх шкалах ($p<0,01$). Збільшення середніх значень шкали у Г2+ та М2+ відповідно становило 9 балів та 16,25 балів (табл. 5.10). Відмінності за показником Δx

встановлені при p<0,01. Різниця у прирості відповідно склала 7,25 бала, що становить 80,6 % від приросту у Г2+. Водночас, між заключними результатами Me (25%; 75%) у групах Г2+ та М2+ за шкалою ВАШ-здоров'я встановлено статистично значиму відмінність, а самі показники склали відповідно 75(67,5; 80) балів та 80(75; 85) балів (p<0,05). У такий спосіб, різниця середніх значень заключних результатів груп Г2+ та М2+ склала 6,86 балів.

У таблиці 5.11 відзначені заключні показники $\bar{x}$±S, Me (25%; 75%) та показник зміни середнього значення серед груп з порушеннями у верхній частині тіла (вище поперекового відділу) з нераціональними психотипами. Висвітлено результати порівняння заключних показників груп 2013-2015 та 2016-2018 років з врахуванням розподілу результатів.

Таблиця 5.11

Показники якості життя за EQ-5D-5L при повторному анкетуванні пацієнтів 2013-2015 (Г2–) та 2016-2018 (М2–) років з нераціональними психотипами та порушеннями у верхній частині тіла, бали

Показники якості життя	Групи	$\bar{x}$±S	Δx	Me (25%; 75%)
Мобільність	Г2-	1,14±0,36	-0,04	1(1; 1)
	М2-	1,16±0,37	-0,03	1(1; 1)
Догляд за собою	Г2-	2,68±0,77	-0,64	2,5(2; 3)
	М2-	2±0,8	-1,31	2(1; 2,75)*
Звична повсякденна діяльність	Г2-	2,39±0,92	-0,61	2(2; 3)
	М2-	1,63±0,75	-1,34	1(1; 2)*
Біль/дискомфорт	Г2-	2,54±0,58	-0,64	3(2; 3)
	М2-	1,63±0,79	-1,56	1(1; 2)*
Тривога/депресія	Г2-	2,54±0,58	-0,50	3(2; 3)
	М2-	1,91±0,64	-1,19	2(1,3; 2)*
ВАШ-здоров'я	Г2-	60,9±9,63	8,21	60(55; 70)
	М2-	72,81±7,06	19,53	75(70; 78,8)*

*Примітка. * – різниця між показниками груп статистично значуща на момент заключного обстеження p<0,01.*

Слід звернути увагу, що лише шкала «мобільність» статистично не покращилася у групах Г2– та М2– (p>0,05), що пов'язано з відсутністю впливу локалізації порушення на мобільність. Динаміка середніх значень шкали у Г2+

та М2+ було незначною (табл. 5.11). Водночас, між заключними показниками Me (25%; 75%) груп не встановлено статистично значиму відмінність (p>0,05).

Ключові особливості динаміки шкали «догляд за собою» у групах Г2– та М2– виявилися у тому, що зменшення середніх значень відповідно склало 0,64 бала та 1,31 бала. Отже, різниця у зниженні склала 0,67 бала, що становить 104,7 % від динаміки у Г2–. У такий спосіб, зміни були статистично кращими у М2– (p<0,01). Між заключними результатами Me (25%; 75%) груп за шкалою «догляд за собою» встановлено статистично значиму відмінність: 2,5(2; 3) бали у Г2– та 2(1; 2,75) бали у М2– (p<0,01). А різниця середніх значень заключних результатів груп Г2– та М2– склала 0,68 бала.

Відповідно до результатів статистичного аналізу, особливості динаміки шкали «звична повсякденна діяльність» виявилися у тому, що зниження середніх значень шкали у Г2– та М2– відповідно склало 0,61 бала та 1,34 бала. Таким чином, різниця у динаміці склала 0,73 бала, що становить 119,7 % від зниження у Г2–. У такий спосіб, зміни були статистично кращими у М2– (p<0,01). Водночас, між заключними результатами Me (25%; 75%) у групах за шкалою «звична повсякденна діяльність» встановлено статистично значиму відмінність: 2(2; 3) бали у Г2– та 1(1; 2) бали у М2– (p<0,01). Різниця середніх значень заключних результатів Г2– та М2– склала 0,76 бала.

У динаміці шкали «біль/дискомфорт» встановлені статистично достовірні покращення у обох групах (p<0,01), як і у попередніх шкалах. Зниження середніх значень шкали у Г2– та М2– відповідно слало 0,64 бала та 1,56 бала.

Таким чином, різниця у динаміці склала 0,92 бала, що становить 143,8 % від зниження у Г2–. У такий спосіб, зміни були статистично кращими у М2– (p<0,01). Тобто, серед пацієнтів 2016-2018 років з порушеннями у верхній частині тіла (вище поперекового відділу) з нераціональними психотипами динаміка була статистично кращою за шкалою «біль/дискомфорт». Окрім того, між заключними Me (25%; 75%) груп статистично значима відмінність була встановлена: 3(2; 3) бали у Г2– та 1(1; 2) бали у М2– (p<0,01). Водночас, різниця середніх значень груп Г2– та М2– склала 0,91 бала.

Шкала «тривога/депресія», як і усі інші шкали, статистично покращилася у групах Г2– та М2– ($p<0,01$). Зменшення середніх значень шкали у Г2– та М2– відповідно слало 0,50 бал та 1,19 бала (табл. 5.11). Таким чином, різниця у динаміці склала 0,69 бала, що становить 138% від зниження у Г2–. У такий спосіб, зміни були статистично кращими у М2– ($p<0,01$). Разом з тим, між заключними результатами Me (25%; 75%) груп встановлено достовірну відмінність: 3(2; 3) бал та 2(1,3; 2) бали ($p<0,01$). Водночас, різниця між заключними $\bar{x}$ у Г2– та М2– склала 0,63 бала.

За результатами проведеного статистичного аналізу, динаміка шкали ВАШ-здоров'я опитувальника EQ-5D-5L була достовірною, як і у попередніх шкалах ($p<0,01$). Збільшення середніх значень шкали у Г2– та М2– відповідно становило 8,21 бала та 19,53 балів (табл. 5.11). Відмінності за показником Δx встановлені при $p<0,01$. Різниця у прирості відповідно склала 11,32 бала, що становить 137,9 % від приросту у Г2–.

Водночас, між заключними результатами Me (25%; 75%) у групах Г2– та М2– за шкалою ВАШ-здоров'я встановлено статистично значиму відмінність, а самі показники склали відповідно 60(55; 70) балів та 75(70; 78,8) балів ($p<0,01$). Різниця середніх значень заключних результатів груп Г2– та М2– склала 11,9 балів.

Загальний вигляд динаміки середніх значень шкал у групах з порушеннями у верхній частині тіла представлений на рис. 5.8, а ВАШ-здоров'я на рис. 5.9. Ці діаграми дозволяють порівняти динаміку у цих групах.

Водночас, розглянуті результати порівняння динаміки між Г1+ та М1+ та між Г2- та М2- відображено на рис. 5.10, а саме результати віднімання значень показника Δx у М2+ від Δx Г2+ та Δx у М2- від Δx Г2-. Відповідно до отриманих результатів (рис.5.10), між групами з порушеннями опорно-рухового апарату у верхній частині тіла та раціональними психотипами (М2+ та Г2+) найбільша абсолютна різниця у динаміці спостерігалася за шкалами «догляд за собою», «звична повсякденна діяльність» та «біль/дискомфорт», а її відсутність за шкалами «мобільність» та «тривога/депресія».

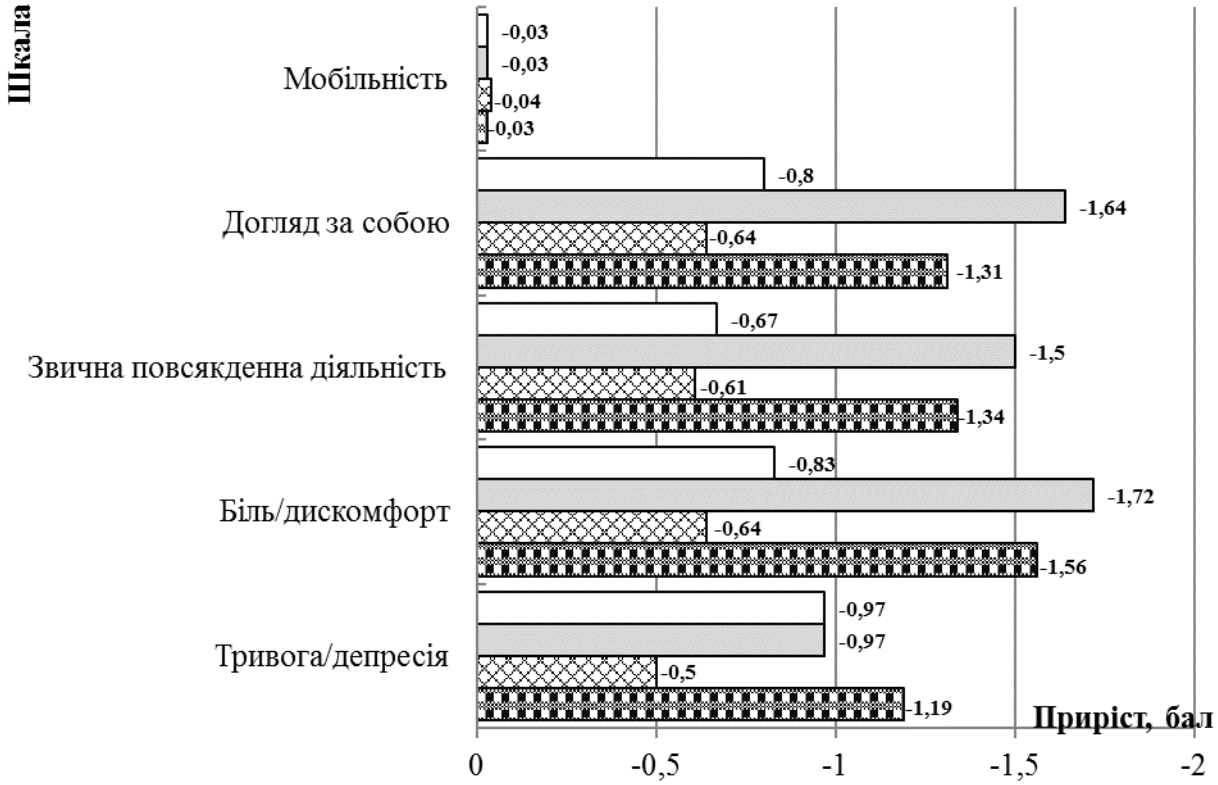


Рис. 5.8. Динаміка балів за опттувальником EQ-5D-5L у групах пацієнтів з ураженням у нижній частині тіла з раціональним (Г2+, М2+) та нераціональним (Г2-, М2-) ставленням до хвороби впродвж проходження фізичної терапії:

□ - динаміка у Г2+;
□ - динаміка у М2+;
⊠ - динаміка у Г2-;
▩ - динаміка у М2-

Це відображає позитивний вплив впроваджених модифікацій на динаміку якості життя серед пацієнтів з порушеннями опорно-рухового апарату у верхній частині тіла та раціональними психотипами.

Відповідно до отриманих результатів (рис.5.10), між групами з порушеннями опорно-рухового апарату у верхній частині тіла та нераціональними психотипами (М2- та Г2-) найбільша абсолютна різниця у динаміці спостерігалася за шкалою «біль/дискомфорт». Проте, переваги у динаміці шкал «догляд за собою», «тривога/депресія» та «звична повсякденна діяльність» були також значними та вагомими.

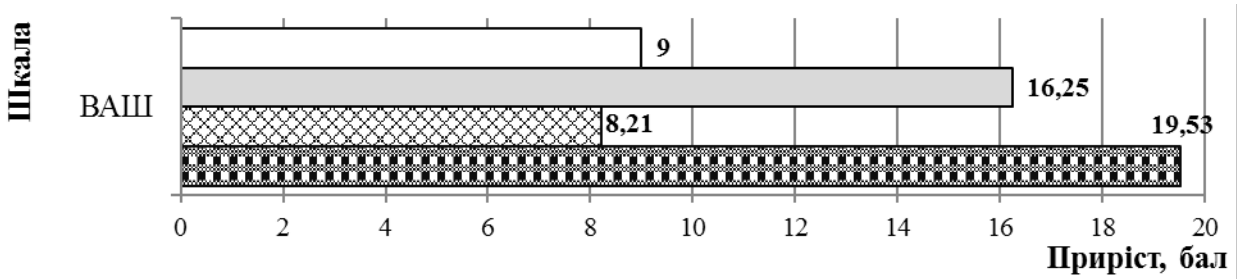


Рис. 5.9. Динаміка балів за шкалою ВАШ опттувальника EQ-5D-5L у групах пацієнтів з ураженням у нижній частині тіла з раціональним (Г2+, М2+) та нераціональним (Г2-, М2-) ставленням до хвороби після проходження фізичної терапії:

- динаміка у Г2+;
- динаміка у М2+;
- динаміка у Г2-;
- динаміка у М2-

Це відображає позитивний вплив впроваджених модифікацій у систему фізичної терапії на динаміку якості життя серед пацієнтів з порушеннями опорно-рухового апарату у верхній частині тіла та нераціональними психотипами. Відзначимо, що представлені зміни (рис.5.10) слід оцінювати з врахуванням того, що максимальна оцінка за цими шкалами 5 балів.

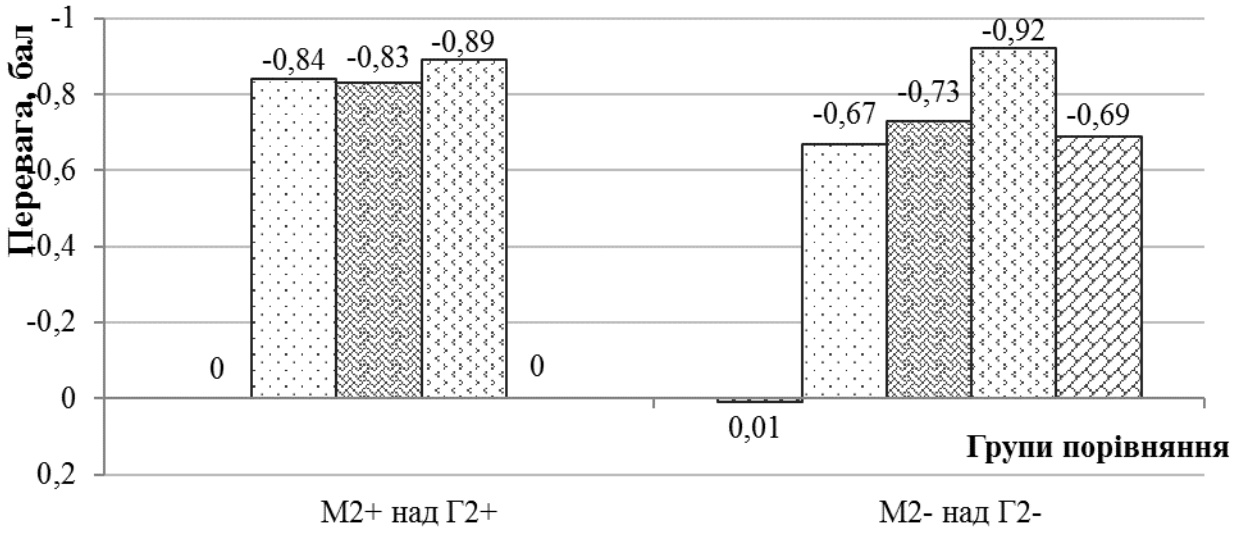


Рис. 5.10. Перевага у динаміці значень шкал опитувальника EQ-5D-5L груп модифікованої системи фізичної терапії над групами стандартної:

- мобільність;
- догляд за собою;
- звична повсякденна діяльність;
- біль/дискомфорт;
- тривога/депресія

Разом з тим, при порівнянні встановлених відмінностей було виявлено кількісно більші відмінності у парі М2- та Г2- за шкалою «тривога/депресія». Зокрема за шкалою «тривога/депресія» різниця у парі М2+ та Г2+ була відсутньою, а у парі М1- та Г1- -0,69 бала (рис.5.10). Це вказує на задіяння згадуваного резерву до покращення у групах з нераціональним ставленням до хвороби, а саме у групі М2-.

Представлений статистичний аналіз дає відповідь на питання стосовно переваг розробленої програми та змін у управлінні процесом фізичної терапії, проте слід розглянути наступні питання щодо динаміки показників у групах:

- за якими шкалами пацієнти 2016-2018 з нераціональним відношенням до хвороби мали однаковий рівень з пацієнтами з раціональним відношенням до хвороби на момент заключного дослідження, а також чи були відмінності між результатами отриманими при дослідженні пацієнтів 2013-2015 років;
- чи досягли пацієнти 2016-2018 з нераціональним відношенням до хвороби показників пацієнтів 2013-2015 з раціональним.

Так, у результаті порівняння заключних результатів М1+ з М1– було встановлено статистичну відмінність за шкалою «біль/дискомфорт» ($p<0,05$), чого не було при порівнянні початкових значень (табл.5.7) та заключних значень Г1+ з Г1– (табл.3.9). У результаті порівняння заключних результатів М2+ з М2– не було встановлено відмінність за шкалою «біль», котра була отримана при порівнянні заключних значень Г2+ з Г2– (табл.3.10). У такий спосіб можна констатувати, що пацієнти 2013-2015 та 2016-2018 мали загалом однакові тенденції у зміні шкал опитувальника EQ-5D-5L, крім шкали «біль».

Для отриманні відповіді на питання, чи досягли групи пацієнтів 2016-2018 років з нераціональним відношенням до хвороби показників пацієнтів 2013-2015 з раціональним був проведений порівняльний аналіз заключних результатів М1– з Г1+, М2– з Г2+.

Так, при порівнянні заключних М1– з Г1+ встановлено, що ВАШ-здоров'я за EQ-5D-5L не мали статистичних відмінностей, а шкала «біль» навпаки відрізнялася на користь М1– ($p<0,05$), чого не спостерігалося при порівнянні

Г1– з Г1+ (див. табл. 3.9). Інші результати були аналогічними. У такий спосіб додатково підтверджується краща ефективність модифікованої програми та заходів щодо покращення управління процесом фізичної терапії пацієнтів з порушенням у нижній частині тіла з нераціональним відношенням до хвороби.

При порівнянні заключних результатів М2– з Г2+ встановлено, що ВАШ-здоров'я за EQ-5D-5L не мали статистичних відмінностей, а шкали «догляд за собою», «звична повсякденна діяльність», «біль» відрізнялася на користь М1– ($p<0,01$), хоча перших двох відмінностей не спостерігалося при порівнянні Г2– з Г2+ (див. табл. 3.10). Інші результати були аналогічними. У такий спосіб додатково підтверджується краща ефективність модифікованої програми та заходів щодо покращення управління процесом фізичної терапії пацієнтів з порушенням у верхній частині тіла з нераціональним відношенням до хвороби.

5.3. Результати аналізу показників обмежень у трудовій діяльності та їх динаміки у групах пацієнтів, які долучалися до програм фізичної терапії за стандартною та розробленою системою

Початкові статистичні результати за опитувальником обмежень у трудовій діяльності груп 2016-2018 років представлені у таблиці 5.12. При порівнянні М1+ з М1-, М2+ з М2- отримані статистичні відмінності між групами майже аналогічні до висвітлених при аналізі груп 2016-2015 років (рівень значущості інколи відрізнявся та різниця середніх значень груп дещо відрізнялася, проте не суттєво), що дає змогу провести порівняльний аналіз динаміки у групах 2013-2015 та 2016-2018 років.

Відзначимо, що усі показники опитувальника WLQ достовірно покращилися у групах пацієнтів 2016-2018 років впродовж курсу фізичної терапії, проведеного відповідно до розробленої програми та впроваджених змін у систему фізичної терапії ($p<0,01$). Водночас, більшість показників у групах 2016-2018 років мала кращу динаміку, що підтверджує ефективність впроваджених змін у зміст програми та у управління системи у різних ланках. Окрім того, значна кількість заключних показників груп 2016-2018 років також

були кращими порівняно з результатами аналогічних груп 2013-2015 років (табл. 5.13-5.16).

Таблиця 5.12

Показники у трудовій діяльності за WLQ при першому анкетуванні пацієнтів 2016-2018 років, %

Показники		М1+	М1–	М2+	М2-
Управління часом	$\bar{x}$±S	56±16,12	70±16,56	52,5±16,5	65,63±16,98
	Me(25%; 75%)	60(40; 70)	65(60; 86,3)**	55(35; 65)	65(55; 81,3)**
Фізичні вимоги	$\bar{x}$±S	56,9±13,56	58,2±13,49	48,61±11,14	49,48±10,88
	Me(25%; 75%)	58,3(45,8;66,7)	54,2(50; 69,8)	50(38,5; 58,3)	50(42,7; 58,3)
Розумові та міжособистісні вимоги	$\bar{x}$±S	50,32±9,06	60,24±8,24**	49,54±8,67	59,2±8,65
	Me(25%; 75%)	50(47,2; 55,6)	59,7(55,6; 66,7)	50(45,1; 54,9)	61,1(55,6; 63,9)**
Вимоги до виробництва	$\bar{x}$±S	54,43±13,97	64,53±14,72	49,72±12,19	58,59±13,45
	Me(25%; 75%)	55(45; 65)	62,5(55; 77,5)*	50(40; 60)	60(50; 68,8)*
WLQ Index Score	$\bar{x}$±S	15,34±3,46	18,08±3,46**	14,3±3,19	16,83±3,29
	Me(25%; 75%)	15,5(13,4;18,3)	17,7(16,2;20,9)	14,3(12,7; 16,7)	16,4(15,1; 19,1)**
WLQ At-WPLS	$\bar{x}$±S	14,17±2,97	16,49±2,88**	13,28±2,77	15,44±2,76
	Me(25%; 75%)	14,3(12,6;16,7)	16,2(14,9;18,9)	13,3(11,9; 15,3)	15,1(14; 17,4)**

*Примітка. * – між показником статистично значуща при порівнянні з групою з раціональними психотипами та аналогічною локалізацією порушення $p<0,05$; ** – $p<0,01$.*

У таблиці 5.13 відзначені заключні показники $\bar{x}$±S, Me (25%; 75%) та показник зміни середнього значення серед груп з порушеннями у нижній частині тіла та поперековому відділі з раціональними психотипами. Висвітлено результати порівняння заключних показників груп 2013-2015 та 2016-2018 років з врахуванням розподілу результатів.

Так, шкала «управління часом» статистично покращилася у обох групах ($p<0,01$). Зниження середніх значень шкали у Г1+ та М1+ відповідно склали 23,04 % та 37,43 % (табл. 5.13). Відповідно різниця у динаміці склала 14,39 %, що становить 62,5 % від приросту у Г1+. Водночас, зниження було статистично більшим у М1+ ($p<0,01$). Між заключними показниками Me (25%; 75%) груп

встановлено статистично значиму відмінність на користь групи з пацієнтів 2016-2018 років: 30(20; 35) % у Г1+ та 20 (5; 30) % у М1+ ($p<0,01$). Окрім того, різниця між заключними $\bar{x}$ у Г1+ та М1+ склала 13,4 %.

Особливості динаміки шкали «фізичні вимоги» у групах Г1+ та М1+ виявилися зокрема у тому, що зменшення середніх значень відповідно склало 24,55 % та 32,02 %. Отже, різниця у зниженні склала 7,47 %, що становить 30,4 % від зниження у Г1+. У такий спосіб, зазначена динаміка середнього значення була більш вираженою у групі пацієнтів 2016-2018 років ($p<0,01$). Між заключними результатами $\bar{x}$±S груп за шкалою «фізичні вимоги» встановлено статистично значиму відмінність на користь групи М1+, чого не спостерігалося при аналізі первинних результатів. Так, 31,2±6,76 % отримано у Г1+ та 24,9±6,89 % у М1+ ($p<0,01$), а різниця заключних середніх значень склала 6,3 %.

Таблиця 5.13

Показники обмежень у трудовій діяльності за WLQ при повторному анкетуванні пацієнтів 2013-2015 (Г1+) та 2016-2018 (М1+) років з раціональними психотипами та порушеннями у нижній частині тіла, %

Показники	Групи	$\bar{x}$±S	Δx	Me (25%; 75%)
Управління часом	Г1+	32,0±12,72	-23,04	30(20; 35)
	М1+	18,6±12,46	-37,43	20(5; 30)*
Фізичні вимоги	Г1+	31,2±6,76	-24,55	33,3(25; 37,5)
	М1+	24,9±6,89*	-32,02	25(20,8; 29,2)
Розумові та міжособистісні вимоги	Г1+	33,9±4,98	-16,17	33,3(28,5; 38,2)
	М1+	27,5±5,49*	-22,78	27,8(25; 30,6)
Вимоги до виробництва	Г1+	37,5±10,58	-16,07	40(26,3; 40)
	М1+	26,9±10,65	-27,57	30(15; 35)*
WLQ Index Score	Г1+	9,89±2,20	-5,25	9,79(7,81; 10,81)
	М1+	7,28±2,31*	-8,06	7,56(5,40; 8,72)
WLQ At-WPLS	Г1+	9,40±1,98	-4,59	9,32(7,52; 10,24)
	М1+	7,00±2,16*	-7,17	7,28(5,25; 8,35)

*Примітка. * – різниця між показниками груп статистично значуща на момент заключного обстеження $p<0,01$.*

Відповідно до результатів статистичного аналізу, особливості динаміки шкали «розумові та міжособистісні вимоги» виявилися у тому, що зниження середніх значень шкали у Г1+ та М1+ відповідно склало 16,17 % та 22,78 %

(табл. 5.13). Таким чином, різниця у динаміці склала 6,61 %, що становить 40,9 % від зниження у Г1+. Отже, зазначена динаміка середнього значення була більш вираженою у групі М1+ ($p<0,01$). Водночас, між заключними результатами $\bar{x}\pm S$ у групах за шкалою «розумові та міжособистісні вимоги» виявлено статистично значущу відмінність на користь М1+. Так, 33,9±4,98 % отримано у Г1+ та 27,5±5,49 % у М1+ ($p<0,01$). У такий спосіб різниця середніх значень заключних результатів Г1+ та М1+ склала 6,4 %.

У динаміці шкали «вимоги до виробництва» встановлені статистично достовірні покращення у обох групах ($p<0,01$), як і у попередніх шкалах. Зниження середніх значень шкали у Г1+ та М1+ відповідно слало 16,07 % та 27,57 %. Таким чином, різниця у динаміці склала 11,5 %. У такий спосіб, серед пацієнтів 2016-2018 років динаміка за шкалою «вимоги до виробництва» була кращою на 71,6 % від динаміки у Г1+ ($p<0,01$). Окрім того, між заключними Me (25%; 75%) груп встановлено статистично значиму відмінність: 40(26,3; 40) % у Г1+ та 30(15; 35) % у М1+ ($p<0,01$). Водночас, різниця середніх значень груп Г1+ та М1+ склала 10,6 %.

Показник WLQ Index Score, як і шкали, статистично покращився у обох групах з порушеннями у нижній частині тіла та раціональним відношенням до хвороби ($p<0,01$). Зменшення середніх значень індексу у Г1+ та М1+ відповідно слало 5,25 % та 8,06 %. Відповідно різниця у зниженні становила 2,81 %, що становить 53,5 % від зниження у Г1+. Слід відзначити, що динаміка мала статистичні переваги у М1+ ($p<0,01$). Разом з тим, між заключними показниками $\bar{x}\pm S$ груп встановлено статистично значиму відмінність на користь групи М1+: 9,89±2,20 % у Г1+ та 7,28±2,31 % у М1+ ($p<0,01$).

За результатами проведеного статистичного аналізу, динаміка показника WLQ At-WPLS була достовірною, як і у попередніх критеріях опитувальника ($p<0,01$). Зниження середніх значень шкали у Г1+ та М1+ відповідно становило 4,59 % та 7,17 % (табл. 5.13). Відмінності за показником Δx були достовірними ($p<0,01$). Різниця у динаміці відповідно склала 2,58 %, що становить 56,2 % від зниження у Г1+. Водночас, між заключними результатами $\bar{x}\pm S$ у групах Г1+ та

М1+ за WLQ At-WPLS встановлено статистично значиму відмінність, а самі показники склали відповідно 9,40±1,98 % та 7,00±2,16 % (p<0,01). У такий спосіб, різниця середніх значень заключних результатів груп Г1+ та М1+ склала 2,4 %.

У таблиці 5.14 відзначені заключні показники $\bar{x}$±S, Me (25%; 75%) та показник зміни середнього значення серед груп з порушеннями у нижній частині тіла та поперековому відділі з нераціональними психотипами. Висвітлено результати порівняння заключних показників груп 2013-2015 та 2016-2018 років з врахуванням розподілу результатів.

Таблиця 5.14

Показники обмежень у трудовій діяльності за WLQ при повторному анкетуванні пацієнтів 2013-2015 (Г1–) та 2016-2018 (М1–) років з нераціональними психотипами та порушеннями у нижній частині тіла, %

Показники	Групи	$\bar{x}$±S	Δx	Me (25%; 75%)
Управління часом	Г1–	51,1±14,89	-20,74	50(35; 60)
	М1–	30,6±14,35	-39,38	30(20; 35)*
Фізичні вимоги	Г1–	39,8±10,03	-20,06	41,7(33,3; 45,8)
	М1–	30,6±7,6	-27,6	29,2(25; 37,5)*
Розумові та міжособистісні вимоги	Г1–	48,7±7,40	-12,14	47,2(44,4; 55,6)
	М1–	38,2±5,51*	-22,05	38,9(36,1; 41,7)
Вимоги до виробництва	Г1–	51,5±11,67	-14,63	50(40; 60)
	М1–	36,4±10,34*	-28,13	35(30; 40)
WLQ Index Score	Г1–	14,02±2,81	-4,43	13,67(11,65; 16,31)
	М1–	10,10±2,35*	-7,98	9,76(8,54;11,49)
WLQ At-WPLS	Г1–	13,04±2,43	-3,75	12,78(11,0; 15,05)
	М1–	9,58±2,11*	-6,91	9,30(8,19;10,85)

*Примітка. * – різниця між показниками груп статистично значуща на момент заключного обстеження p<0,01.*

Так, шкала «управління часом», як і інші шкали, статистично покращилася у обох групах (p<0,01). Зниження середніх значень шкали у Г1– та М1– відповідно склали 20,74 % та 39,38 % (табл. 5.14). Відповідно різниця у динаміці склала 18,64 %, що становить 90,8 % від зниження у Г1–. Водночас, зниження було статистично більшим у М1– (p<0,01), а між заключними

показниками Me (25%; 75%) груп встановлено статистично значиму відмінність на користь групи з пацієнтів 2016-2018 років: 50 (35; 60) % у Г1– та 30(20; 35) % у М1– ($p<0,01$). Окрім того, різниця між заключними $\bar{x}$ у Г1– та М1– склала 20,5 %.

Особливості динаміки шкали «фізичні вимоги» у групах Г1– та М1– виявилися зокрема у тому, що зменшення середніх значень відповідно склало 20,06 % та 27,6 %. Отже, різниця у динаміці склала 7,54 %, що становить 37,6 % від зниження у Г1–. У такий спосіб, зазначена динаміка середнього значення була більш вираженою у групі пацієнтів 2016-2018 років ($p<0,01$). Між заключними результатами Me (25%; 75%) груп за шкалою «фізичні вимоги» встановлено статистично значиму відмінність на користь групи М1–, чого не спостерігалося при аналізі первинних результатів. Так, 41,7(33,3; 45,8)% отримано у Г1– та 29,2(25; 37,5) % у М1– ($p<0,01$), а різниця заключних середніх значень склала 9,2 %.

Відповідно до результатів статистичного аналізу, особливості динаміки шкали «розумові та міжособистісні вимоги» виявилися у тому, що зниження середніх значень шкали у Г1– та М1– відповідно склало 12,14 % та 22,05 % (табл. 5.14). Таким чином, різниця у динаміці склала 9,91 %, що становить 81,63 % від зниження у Г1–. Отже, зазначена динаміка середнього значення була більш вираженою у групі М1– ($p<0,01$). Водночас, між заключними результатами $\bar{x}\pm S$ у групах за шкалою «розумові та міжособистісні вимоги» виявлено статистично значущу відмінність на користь М1–. Так, 48,7±7,40 % отримано у Г1– та 38,2±5,51 % у М1– ($p<0,01$). У такий спосіб різниця середніх значень заключних результатів Г1– та М1– склала 10,5 %.

У динаміці шкали «вимоги до виробництва» встановлені статистично достовірні покращення у обох групах ($p<0,01$), як і у попередніх шкалах. Зниження середніх значень шкали у Г1– та М1– відповідно слало 14,63 % та 28,13 %. Таким чином, різниця у динаміці склала 13,5 %. У такий спосіб, серед пацієнтів 2016-2018 років динаміка за шкалою «вимоги до виробництва» була кращою на 92,3 % від динаміки у Г1– ($p<0,01$). Окрім того, між заключними $\bar{x}\pm S$

груп встановлено статистично значиму відмінність: 51,5±11,67 % у Г1– та 36,4±10,34 % у М1– ($p<0,01$). Водночас, різниця середніх значень груп Г1– та М1– склала 15,1 %.

Показник WLQ Index Score, як і шкали, статистично покращився у обох групах з порушеннями у нижній частині тіла та нераціональним відношенням до хвороби ($p<0,01$). Зменшення середніх значень індексу у Г1– та М1– відповідно слало 4,43 % та 7,98 %. Відповідно різниця у зниженні становила 3,55 %, що становить 80,1 % від динаміки у Г1–. Слід відзначити, що зниження мало статистичні переваги у М1– ($p<0,01$). Разом з тим, між заключними показниками $\bar{x}\pm S$ груп встановлено статистично значиму відмінність на користь групи М1–: 14,02±2,81 % у Г1– та 10,10±2,35 % у М1– ($p<0,01$).

За результатами проведеного статистичного аналізу, динаміка показника WLQ At-WPLS була достовірною, як і у попередніх критеріях опитувальника ($p<0,01$). Зниження середніх значень шкали у Г1– та М1– відповідно становило 3,75 % та 6,91 % (табл. 5.14). Відмінність за показником Δx була достовірною ($p<0,01$). Різниця у зниженні відповідно склала 3,16 %, що становить 84,3 % від динаміки у Г1–. Водночас, між заключними результатами $\bar{x}\pm S$ у групах Г1– та М1– за WLQ At-WPLS встановлено статистично значиму відмінність, а самі показники склали відповідно 13,04±2,43 % та 9,58±2,11 % ($p<0,01$). У такий спосіб, різниця середніх значень заключних результатів груп Г1– та М1– склала 3,46 %.

Загальний вигляд динаміки середніх значень шкал опитувальника обмежень трудовій діяльності за WLQ у групах з порушеннями у нижній частині тіла представлений на рис. 5.11, а індексні показники на рис. 5.12. Ці діаграми дозволяють порівняти динаміку у цих групах. Відзначимо, що представлені зміни на рис.5.12 слід оцінювати з врахуванням того, що максимальна оцінка за показником WLQ Index становить 28,6%, а за WLQ At-WPLS - 24,9%.

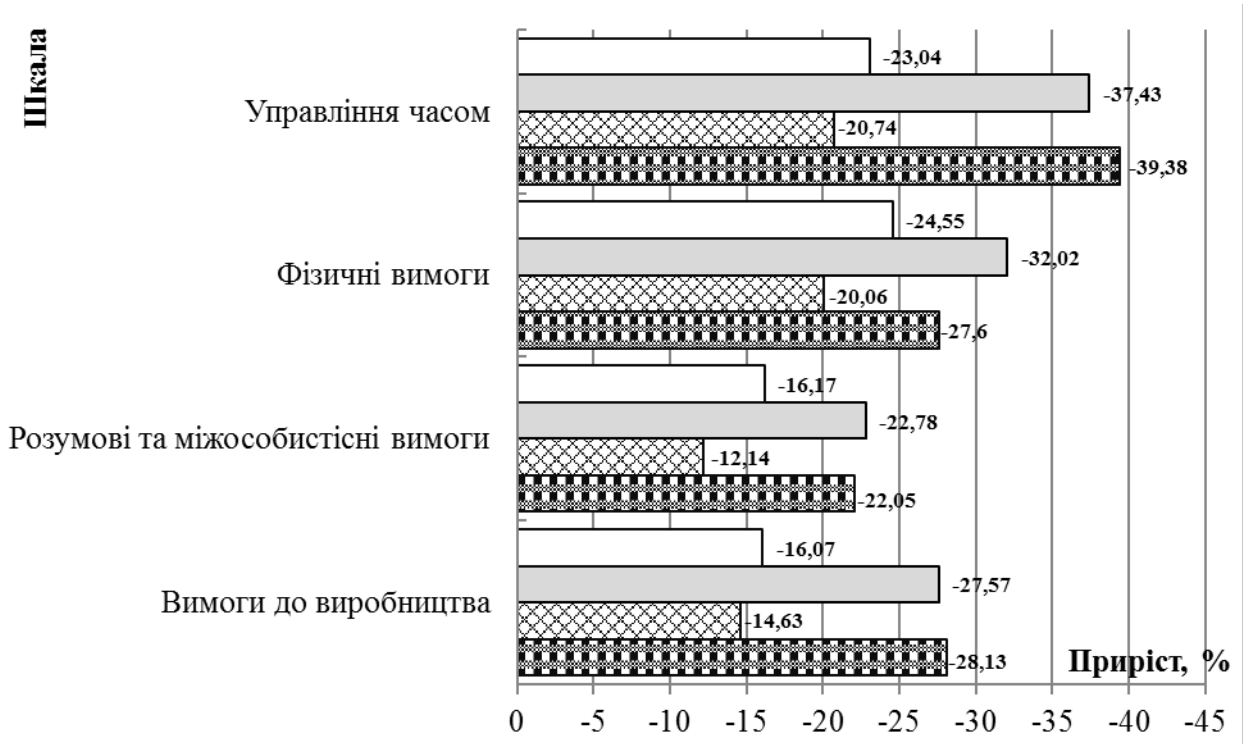


Рис. 5.11. Динаміка шкал оптувальника WLQ у групах пацієнтів з ураженням у нижній частині тіла з раціональним (Г1+, М1+) та нераціональним (Г1-, М1-) ставленням до хвороби впродвж проходження фізичної терапії:

- □ - динаміка у Г1+;
- □ - динаміка у М1+;
- ▨ - динаміка у Г1-;
- ▩ - динаміка у М1-

Водночас, розглянуті результати порівняння динаміки між Г1+ та М1+ та між Г1- та М1- відображено на рис. 5.13, а саме результати віднімання значень показника Δх у М1+ від Δх Г1+ та Δх у М1- від Δх Г1-. Відповідно до отриманих результатів (рис.5.13) між групами з порушеннями опорно-рухового апарату у нижній частині тіла та раціональними психотипами (М1+ та Г1+) найбільша абсолютна різниця у динаміці спостерігалася за шкалою «управління часом». Водночас, переваги у динаміці шкал «фізичні вимоги», «розумові та міжособистісні вимоги» та «вимоги до виробництва» були вагомими. Це відображає позитивний вплив впроваджених модифікацій у систему фізичної терапії на динаміку обмежень трудовій діяльності серед пацієнтів з порушеннями опорно-рухового апарату у нижній частині тіла та раціональними психотипами.

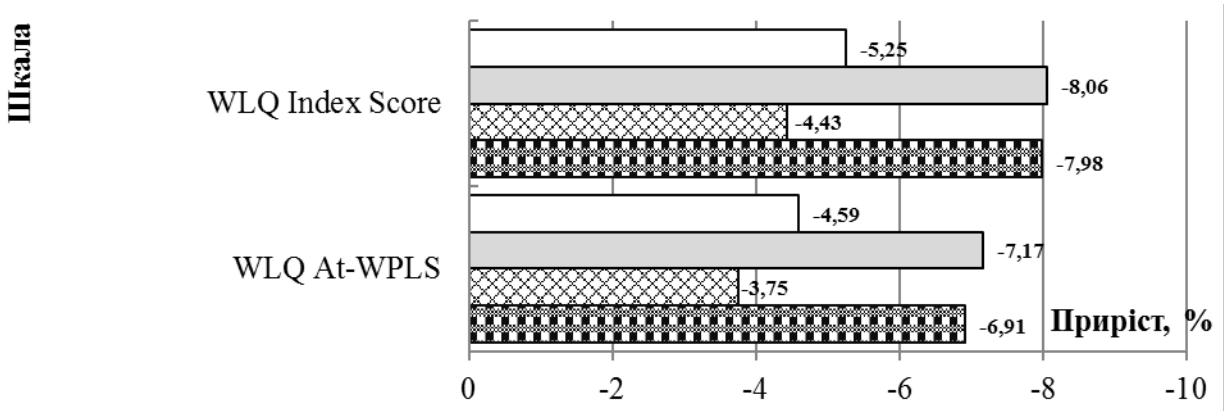


Рис. 5.12. Динаміка індексних показників за опттувальником WLQ у групах пацієнтів з ураженням у нижній частині тіла з раціональним (Г1+, М1+) та нераціональним (Г1-, М1-) ставленням до хвороби впродвж проходження фізичної терапії:

□ - динаміка у Г1+;
□ - динаміка у М1+;
▨ - динаміка у Г1-;
▩ - динаміка у М1-

Аналогічно до зазначених особливостей, між групами з порушеннями опорно-рухового апарату у нижній частині тіла та нераціональними психотипами (М1- та Г1-) найбільша абсолютна різниця у динаміці спостерігалася за шкалою «управління часом».

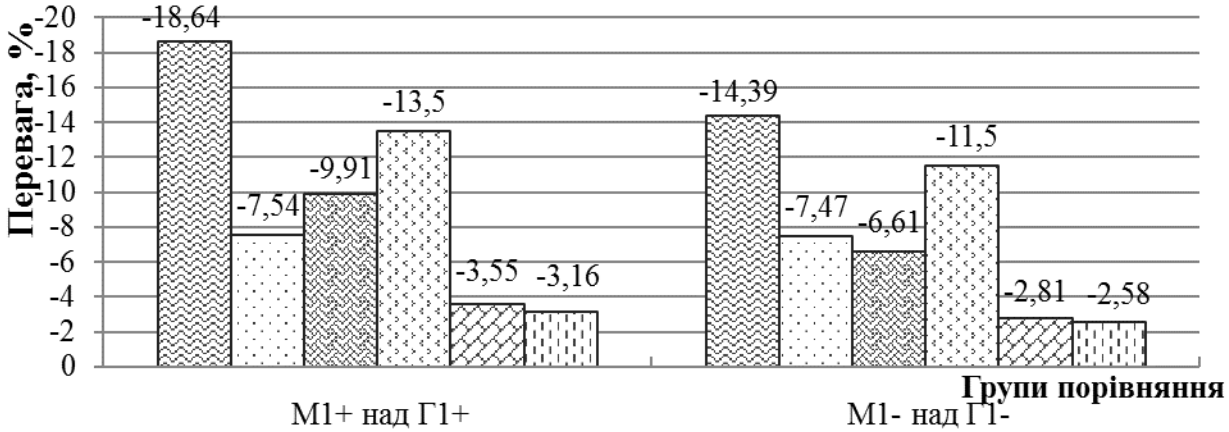


Рис. 5.13. Показники абсолютної переваги груп модифікованої системи фізичної терапії над групами стандартної у динаміці показників обмежень у трудовій діяльності за WLQ :

▨ - управління часом;
□ - фізичні вимоги;
▨ - розумові та міжособистісні вимоги;
□ - вимоги до виробництва;
▨ - WLQ Index Score;
□ - WLQ At-WPLS

Переваги М1- над Г1- у динаміці шкал «фізичні вимоги», «розумові та міжособистісні вимоги» та «вимоги до виробництва» були також вагомими, що віддзеркалює позитивний вплив розроблених модифікацій на динаміку обмежень трудовій діяльності серед пацієнтів з порушеннями опорно-рухового апарату у нижній частині тіла та нераціональними психотипами.

Разом з тим, при порівнянні встановлених відмінностей було виявлено кількісно менші відмінності у парі М1- та Г1- за показниками опитувальника WLQ (рис.5.13). Це вказує на помірне задіяння згадуваного резерву до покращення у групах з нераціональним ставленням до хвороби, а саме у групі М1-. Відзначимо, що представлені відмінності на рис.5.13 слід оцінювати з врахуванням того, що максимальна оцінка за показником WLQ Index становить 28,6%, а за WLQ At-WPLS - 24,9%.

У таблиці 5.15 відзначені заключні показники $\bar{x}$±S, Me (25%; 75%) та показник зміни середнього значення серед груп з порушеннями у верхній частині тіла з раціональними психотипами. Висвітлено результати порівняння заключних показників груп 2013-2015 та 2016-2018 років з врахуванням розподілу результатів.

Так, шкала «управління часом», як і інші шкали, статистично покращилася у обох групах ($p<0,01$). Зниження середніх значень шкали у Г2+ та М2+ відповідно склали 19 % та 33,19 % (табл. 5.15). Відповідно різниця у динаміці склала 14,19 %, що становить 74,7 % від зниження у Г2+. Водночас, динаміка була статистично кращою у М2+ ($p<0,01$), а між заключними показниками Me (25%; 75%) груп встановлено статистично значиму відмінність на користь групи з пацієнтів 2016-2018 років: 30(20; 50)% у Г2+ та 20 (5; 30) % у М2+ ($p<0,01$). Окрім того, різниця між заключними $\bar{x}$ у Г2+ та М2+ склала 13,2 %.

Особливості динаміки шкали «фізичні вимоги» у групах Г2+ та М2+ виявилися зокрема у тому, що зменшення середніх значень відповідно склало 21,81 % та 28,94 %. Отже, різниця у динаміці склала 7,13 %, що становить 32,7 % від зниження у Г2+. У такий спосіб, зазначена динаміка середнього

значення була більш вираженою у групі пацієнтів 2016-2018 років (p<0,01). Між заключними результатами Me (25%; 75%) груп за шкалою «фізичні вимоги» встановлено статистично значиму відмінність на користь групи М2+, чого не спостерігалося при аналізі первинних результатів. Так, 25(24; 29,2)% отримано у Г2+ та 20,8(16,7; 25) % у М2+ (p<0,01), а різниця заключних середніх значень склала 9,2 %.

Таблиця 5.15

Показники якості життя за EQ-5D-5L при повторному анкетуванні пацієнтів 2013-2015 (Г2+) та 2016-2018 (М2+) років з раціональними психотипами та порушеннями у верхній частині тіла, %

Показники якості життя	Групи	$\bar{x}$±S	Δx	Me (25%; 75%)
Управління часом	Г2+	32,5±13,69	-19,00	30(20; 50)
	М2+	19,3±15,31	-33,19	20(5; 30)*
Фізичні вимоги	Г2+	26,0±6,35	-21,81	25(24; 29,2)
	М2+	19,68±6,58	-28,94	20,8(16,7; 25)*
Розумові та міжособистісні вимоги	Г2+	31,0±4,84	-18,06	30,6(27,8; 33,3)
	М2+	25,2±5,65*	-24,31	25(22,2; 30,6)
Вимоги до виробництва	Г2+	36,5±11,00	-12,50	35(25; 45)
	М2+	25,7±12,02	-24,03	25(20; 35)*
WLQ Index Score	Г2+	9,34±2,34	-4,76	9,31(7,44; 11,07)
	М2+	6,78±2,6	-7,52	7,16(5,20; 8,45)*
WLQ At-WPLS	Г2+	8,89±2,11	-4,20	8,89(7,17; 10,48)
	М2+	6,53±2,44	-6,75	6,91(5,06; 8,10)*

*Примітка. * – різниця між показниками груп статистично значуща на момент заключного обстеження p<0,01.*

Відповідно до результатів статистичного аналізу, особливості динаміки шкали «розумові та міжособистісні вимоги» виявилися у тому, що зниження середніх значень шкали у Г2+ та М2+ відповідно склало 18,06 % та 24,31 % (табл. 5.15). Таким чином, різниця у динаміці склала 6,25 %, що становить 34,6 % від зниження у Г2+. Так, зазначена динаміка середнього значення була більш вираженою у групі М2+ (p<0,01). Водночас, між заключними результатами $\bar{x}$±S у групах за шкалою «розумові та міжособистісні вимоги» виявлено статистично значущу відмінність на користь М2+. Так, 31,0±4,84 %

отримано у Г2+ та 25,2±5,65 % у М2+ (p<0,01). У такий спосіб різниця середніх значень заключних результатів Г2+ та М2+ склала 4,8 %.

У динаміці шкали «вимоги до виробництва» встановлені статистично достовірні покращення у обох групах (p<0,01), як і у попередніх шкалах. Зниження середніх значень шкали у Г2+ та М2+ відповідно слало 12,5 % та 24,03 %. Таким чином, різниця у динаміці склала лише 11,58 %. У такий спосіб, серед пацієнтів 2016-2018 років динаміка за шкалою «вимоги до виробництва» була кращою майже вдвічі, а саме на 92,6 % від динаміки у Г2+ (p<0,01). Окрім того, між заключними Me (25%; 75%) груп встановлено статистично значиму відмінність: 35(25; 45) % у Г2+ та 25(20; 35) % у М2+ (p<0,01). Водночас, різниця середніх значень груп Г2+ та М2+ склала 10,8 %.

Показник WLQ Index Score, як і шкали, статистично покращився у обох групах з порушеннями у верхній частині тіла та раціональним відношенням до хвороби (p<0,01). Зменшення середніх значень індексу у Г2+ та М2+ відповідно слало 4,76 % та 7,52 %. Відповідно різниця у зниженні становила 2,76 %, що становить 58 % від динаміки у Г2+. Слід відзначити, що зниження мало статистичні переваги у М2+ (p<0,01). Разом з тим, між заключними показниками Me (25%; 75%) груп встановлено статистично значиму відмінність на користь групи М2+: 9,31(7,44; 11,07) % у Г2+ та 7,16(5,20; 8,45) % у М2+ (p<0,01).

За результатами проведеного статистичного аналізу, динаміка показника WLQ At-WPLS була достовірною, як і у попередніх критеріях опитувальника (p<0,01). Зниження середніх значень шкали у Г2+ та М2+ відповідно становило 4,20 % та 6,75 % (табл. 5.15). Відмінності за показником Δx були достовірними (p<0,01). Різниця у зниженні відповідно склала 2,55 %, що становить 60,7 % від динаміки у Г2+. Водночас, між заключними результатами Me (25%; 75%) у групах Г2+ та М2+ за WLQ At-WPLS встановлено статистично значиму відмінність, а самі показники склали відповідно 8,89(7,17; 10,48) % та 6,91(5,06; 8,10) % (p<0,01). У такий спосіб, різниця середніх значень заключних результатів груп Г2+ та М2+ склала 2,36 %.

У таблиці 5.16 відзначені заключні показники $\bar{x}$±S, Me (25%; 75%) та показник зміни середнього значення серед груп з порушеннями у верхній частині тіла з нераціональними психотипами. Висвітлено результати порівняння заключних показників груп 2013-2015 та 2016-2018 років з врахуванням розподілу результатів.

Так, шкала «управління часом», як і інші шкали, статистично покращилася у обох групах (p<0,01). Зниження середніх значень шкали у Г2– та М2– відповідно склали 15,71 % та 42,66 % (табл. 5.16). Відповідно різниця у динаміці склала 18,64 %, що становить 171,5 % від зниження у Г2–. Водночас, зниження було статистично більшим у М2– (p<0,01), а між заключними показниками Me (25%; 75%) груп встановлено статистично значиму відмінність на користь групи з пацієнтів 2016-2018 років: 50 (35; 60) % у Г2– та 20(20; 30) % у М2– (p<0,01). Окрім того, різниця між заключними $\bar{x}$ у Г2– та М2– склала 27,5 %.

Таблиця 5.16

Показники якості життя за EQ-5D-5L при повторному анкетуванні пацієнтів 2013-2015 (Г2–) та 2016-2018 (М2–) років з нераціональними психотипами та порушеннями у верхній частині тіла, %

Показники	Групи	$\bar{x}$±S	Δx	Me (25%; 75%)
Управління часом	Г2-	50,5±14,93	-15,71	50(35; 60)
	М2-	23,0±11,97	-42,66	20(20; 30)*
Фізичні вимоги	Г2-	32,4±7,80	-16,96	33,3(25; 33,3)
	М2-	22,8±6,86	-26,69	25(16,7; 28,1)*
Розумові та міжособистісні вимоги	Г2-	45,2±6,54	-13,79	44,4(39,6; 50)
	М2-	35,4±6,27*	-23,78	36,1 (30,6; 38,9)
Вимоги до виробництва	Г2-	49,3±11,36	-9,82	50(40; 60)
	М2-	28,9±9,31	-29,69	30(25; 35)*
WLQ Index Score	Г2-	13,16±2,57	-3,73	12,83(11,01; 15,35)
	М2-	8,39±2,15*	-8,44	8,63(6,88; 9,96)
WLQ At-WPLS	Г2-	12,30±2,24	-3,19	12,04(10,42; 14,23)
	М2-	8,02±1,98*	-7,42	8,27(6,65; 9,48)

*Примітка. * – різниця між показниками груп статистично значуща на момент заключного обстеження p<0,01.*

Особливості динаміки шкали «фізичні вимоги» у групах Г2– та М2– виявилися зокрема у тому, що зменшення середніх значень відповідно склало 16,96 % та 26,69 %. Отже, різниця у динаміці склала 9,73 %, що становить 57,4 % від зниження у Г2–. У такий спосіб, зазначена динаміка середнього значення була більш вираженою у групі пацієнтів 2016-2018 років ($p<0,01$). Між заключними результатами Me (25%; 75%) груп за шкалою «фізичні вимоги» встановлено статистично значиму відмінність на користь групи М2–, чого не спостерігалося при аналізі первинних результатів. Так, 33,3(25; 33,3)% отримано у Г2– та 25(16,7; 28,1) % у М2– ($p<0,01$), а різниця заключних середніх значень склала 9,6 %.

Відповідно до результатів статистичного аналізу, особливості динаміки шкали «розумові та міжособистісні вимоги» виявилися у тому, що зниження середніх значень шкали у Г2– та М2– відповідно склало 13,79 % та 23,78 % (табл. 5.16). Таким чином, різниця у динаміці склала 9,99 %, що становить 72,4 % від зниження у Г2–. Отже, зазначена динаміка середнього значення була більш вираженою у групі М2– ($p<0,01$). Водночас, між заключними результатами $\bar{x}\pm S$ у групах за шкалою «розумові та міжособистісні вимоги» виявлено статистично значущу відмінність на користь М2–. Так, 45,2±6,54 % отримано у Г2– та 35,4±6,27 % у М2– ($p<0,01$). У такий спосіб різниця середніх значень заключних результатів Г2– та М2– склала 9,8 %.

У динаміці шкали «вимоги до виробництва» встановлені статистично достовірні покращення у обох групах ($p<0,01$), як і у попередніх шкалах. Зниження середніх значень шкали у Г2– та М2– відповідно слало 9,82 % та 29,69 %. Таким чином, різниця у динаміці склала 19,87 %. У такий спосіб, серед пацієнтів 2016-2018 років динаміка за шкалою «вимоги до виробництва» була кращою у три рази, а саме на 202,3 % від динаміки у Г2– ($p<0,01$). Окрім того, між заключними Me (25%; 75%) груп встановлено статистично значиму відмінність: 50(40; 60) % у Г2– та 30(25; 35) % у М2– ($p<0,01$). Водночас, різниця середніх значень груп Г2– та М2– склала 20,4 %.

Показник WLQ Index Score, як і шкали, статистично покращився у обох групах з порушеннями у верхній частині тіла та нераціональним відношенням до хвороби ($p<0,01$). Зменшення середніх значень індексу у Г2– та М2– відповідно слало 3,73 % та 8,44 %. Відповідно різниця у зниженні становила 4,71 %, що становить 126,3 % від динаміки у Г2–. Слід відзначити, що зниження мало статистичні переваги у М2– ($p<0,01$). Разом з тим, між заключними показниками $\bar{x}\pm S$ груп встановлено статистично значиму відмінність на користь групи М2–: 13,16±2,57 % у Г2– та 8,39±2,15 % у М2– ($p<0,01$).

За результатами проведеного статистичного аналізу, динаміка показника WLQ At-WPLS була достовірною, як і у попередніх критеріях опитувальника ($p<0,01$). Зниження середніх значень шкали у Г2– та М2– відповідно становило 3,19 % та 7,42 % (табл. 5.16). Відмінності за показником Δx були достовірними ($p<0,01$). Різниця у зниженні відповідно склала 4,23 %, що становить 132,6 % від динаміки у Г2–. Водночас, між заключними результатами $\bar{x}\pm S$ у групах Г2– та М2– за WLQ At-WPLS встановлено статистично значиму відмінність, а самі показники склали відповідно 12,30±2,24 % та 8,02±1,98 % ($p<0,01$). У такий спосіб, різниця середніх значень заключних результатів груп Г2– та М2– склала 4,28 %. Загальний вигляд динаміки середніх значень шкал опитувальника обмежень трудовій діяльності за WLQ у групах з порушеннями у верхній частині тіла представлений на рис. 5.14, а індексні показники на рис. 5.15. Ці діаграми дозволяють порівняти динаміку у цих групах.

Водночас, розглянуті результати порівняння динаміки між Г1+ та М1+ та між Г2- та М2- відображено на рис. 5.16, а саме результати віднімання значень показника Δx у М2+ від Δx Г2+ та Δx у М2- від Δx Г2-.

Відповідно до отриманих результатів (рис.5.16) між групами з порушеннями опорно-рухового апарату у верхній частині тіла та раціональними психотипами (М2+ та Г2+) найбільша абсолютна різниця у динаміці спостерігалася за шкалою «управління часом». Водночас, переваги у динаміці шкал «вимоги до виробництва» та «фізичні вимоги», «розумові та міжособистісні вимоги» були вагомими. Це відображає позитивний вплив

впроваджених модифікацій у систему фізичної терапії на динаміку обмежень у трудовій діяльності серед пацієнтів з порушеннями опорно-рухового апарату у верхній частині тіла та раціональним ставленням до хвороби. Отримані переваги за індексними показниками також були значущими.

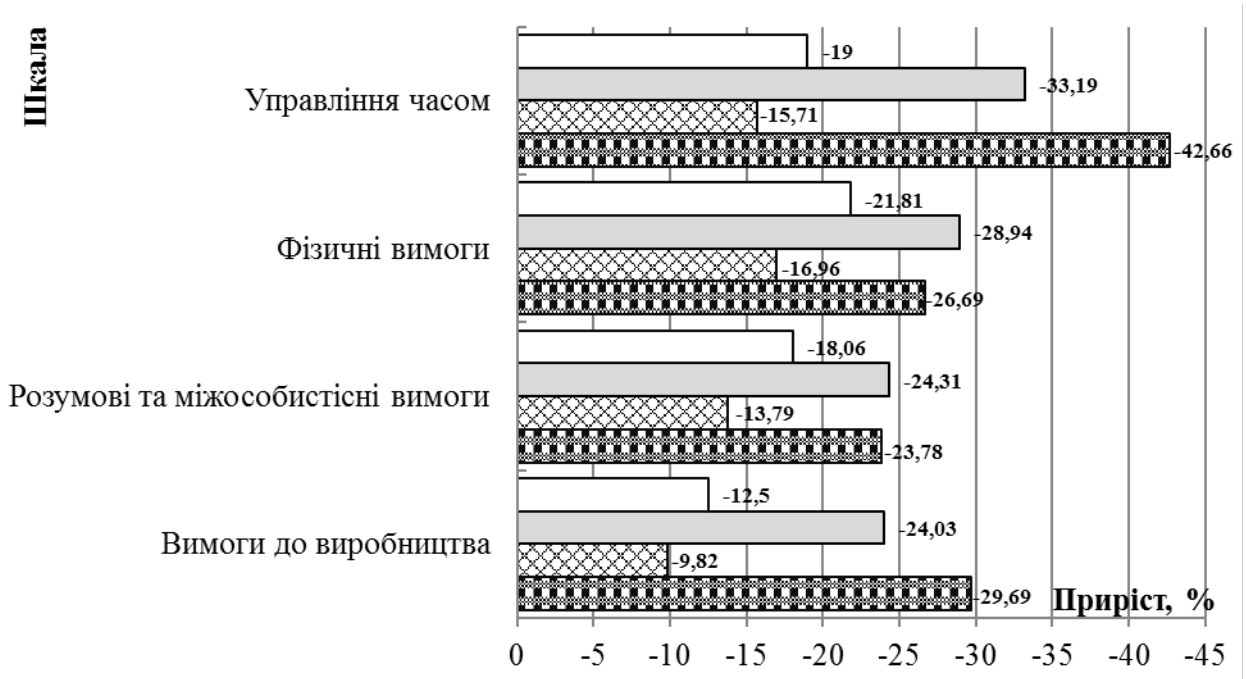


Рис. 5.14. Динаміка шкал оптувальника WLQ у групах пацієнтів з ураженням у нижній частині тіла з раціональним (Г2+, М2+) та нераціональним (Г2-, М2-) ставленням до хвороби впродвж проходження фізичної терапії:

- □ - динаміка у Г2+;
- ▨ - динаміка у М2+;
- ▩ - динаміка у Г2-;
- ▪ - динаміка у М2-

Аналогічно до зазначених особливостей, між групами з порушеннями опорно-рухового апарату у нижній частині тіла та нераціональними психотипами (М2- та Г2-) найбільша абсолютна різниця у динаміці спостерігалася за шкалою «управління часом». На другому місці була шкала «вимоги до виробництва». Переваги М2- над Г2- у динаміці шкал «фізичні вимоги» та «розумові та міжособистісні вимоги» також були вагомими, що віддзеркалює позитивний вплив розроблених модифікацій на динаміку обмежень трудовій діяльності серед пацієнтів з порушеннями опорно-рухового апарату у верхній частині тіла та нераціональними психотипами.

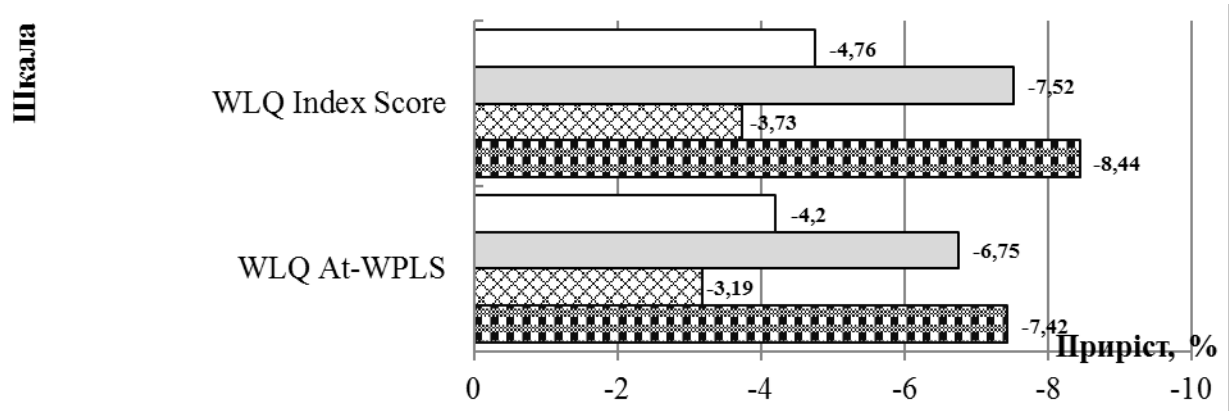


Рис. 5.15. Динаміка індексних показників за оптувальником WLQ у групах пацієнтів з ураженням у нижній частині тіла з раціональним (Г2+, М2+) та нераціональним (Г2-, М2-) ставленням до хвороби впродвж проходження фізичної терапії:

- □ - динаміка у Г2+;
- □ - динаміка у М2+;
- ▨ - динаміка у Г2-;
- ▩ - динаміка у М2-

Разом з тим, при порівнянні встановлених відмінностей було виявлено кількісно більші відмінності у парі М2- та Г2- за показниками WLQ (рис.5.16). Це вказує на значне задіяння згадуваного резерву до покращення у групах з нераціональним ставленням до хвороби, а саме у групі М2-.

Представлений статистичний аналіз дає відповідь на питання стосовно переваг розробленої програми та змін у управлінні процесом фізичної терапії, проте слід розглянути наступні питання щодо динаміки показників у групах:

- за якими шкалами пацієнти 2016-2018 з нераціональним відношенням до хвороби мали однаковий рівень з пацієнтами з раціональним відношенням до хвороби на момент заключного дослідження, а також чи були відмінності між результатами отриманими при дослідженні пацієнтів 2013-2015 років ;
- чи досягли пацієнти 2016-2018 з нераціональним відношенням до хвороби показників пацієнтів 2013-2015 з раціональним.

Так, у результаті порівняння заключних результатів М1+ з М1– було встановлено статистичну відмінність за шкалою «фізичні вимоги» ($p<0,01$), чого не було при порівнянні початкових значень. Наявність чи відсутність

відмінностей не змінилася за іншими шкалами (див. табл. 5.12). Це свідчить про більш суттєву динаміку у М1+.

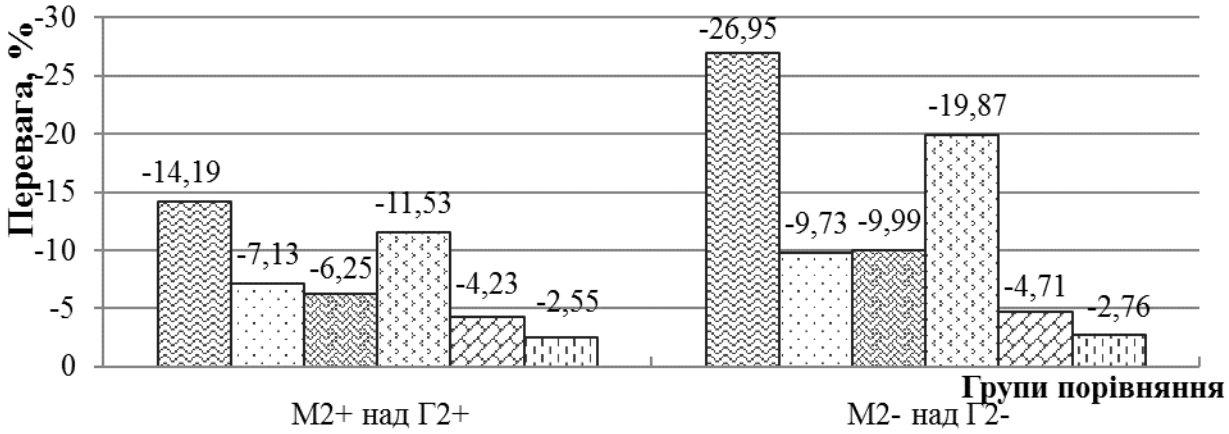


Рис. 5.16. Показники абсолютної переваги груп модифікованої системи фізичної терапії над групами стандартної у динаміці показників обмежень у трудовій діяльності за WLQ :

- управління часом;
- фізичні вимоги;
- розумові та міжособистісні вимоги;
- вимоги до виробництва;
- WLQ Index Score;
- WLQ At-WPLS

У результаті порівняння заключних результатів М2+ з М2– не було встановлено відмінностей за шкалами «управління часом», «вимоги до виробництва», хоча вони спостерігалися при аналізі первинних результатів (див. табл. 5.12) та залишилися при порівнянні заключних результатів Г2+ з Г2– (див. табл. 3.15). Це, разом з результатами таблиць 5.13-5.16 свідчить про особливі переваги розробленої програми для пацієнтів з нераціональним відношенням до хвороби щодо впливу на динаміку цих шкал.

Водночас у результаті порівняння заключних результатів М2+ з М2– встановлено, що заключні результати за шкалою «фізичні вимоги» не мали достовірних відмінностей, хоча при порівнянні заключних результатів Г2+ з Г2– відмінність була отримана (див. табл. 3.15). Це, разом з результатами таблиць 5.13-5.16 свідчить про особливі переваги розробленої програми для пацієнтів з нераціональним відношенням до хвороби.

Для отримання відповіді на питання, чи досягли групи пацієнтів 2016-2018 років з нераціональним відношенням до хвороби показників пацієнтів 2013-2015 з раціональним був проведений порівняльний аналіз заключних результатів М1– з Г1+, М2– з Г2+.

При порівнянні заключних результатів М1– з Г1+ встановлено, що шкали «управління часом», «фізичні вимоги», «вимоги до виробництва», WLQ Index Score та WLQ At-WPLS не мали статистичних відмінностей, чого не спостерігалося при порівнянні Г1– з Г1+ (див. табл. 3.14), тобто група М1– досягла однакового рівня з Г1+ на кінець програми фізичної терапії. Інші результати були аналогічними. У такий спосіб додатково підтверджується краща ефективність модифікованої програми та заходів щодо покращення управління процесом фізичної терапії пацієнтів з порушенням у нижній частині тіла з нераціональним відношенням до хвороби.

При порівнянні заключних М2– з Г2+ встановлено, що шкали «управління часом», «вимоги до виробництва» були відмінними ($p<0,05$) на користь М2–, а шкали «фізичні вимоги», WLQ Index Score та WLQ At-WPLS не мали статистичних відмінностей, чого не спостерігалося при порівнянні Г2– з Г2+ (див. табл. 3.15). Інші результати були аналогічними. У такий спосіб додатково підтверджується краща ефективність модифікованої програми та заходів щодо покращення управління процесом фізичної терапії пацієнтів з порушенням у верхній частині тіла з нераціональним відношенням до хвороби.

5.4. Порівняльний аналіз оцінок терапевтичного альянсу у групах пацієнтів, які долучалися до програм фізичної терапії за стандартною та розробленою системою

Враховуючи, що при порівнянні груп М1+ з М2+ та М1– з М2- не було отримано достовірних відмінностей між показниками, аналіз оцінок терапевтичного альянсу представлений у вигляді порівняння груп 2013-2015 та 2016-2018 років, а саме Г+ з М+ та Г- з М-. Водночас проведено порівняння М+ з М-. Розглянемо результати статистичного аналізу оцінок терапевтичного

альянсу зі сторони пацієнтів 2013-2015 та 2016-2018 років з раціональними психотипами (табл. 5.17).

Таблиця 5.17

Показники терапевтичного альянсу у пацієнтів 2013-2015 (Г+) та 2016-2018 (М+) років з раціональними психотипами, бали

Пункти		Групи	
		Г+ (n=58)	М+ (n=71)
1. У результаті цих сесій я більш чітко розумію, як я можу змінитися	Me (25%; 75%)	4(3; 4)	5(4; 5)**
	$\bar{x}$±S	3,90±0,69	4,56±0,55
2. Те, що я роблю в терапії, дає мені нові способи розгляду моєї проблеми	Me (25%; 75%)	3(3; 3)	4(4; 5)**
	$\bar{x}$±S	2,93±0,37	4,27±0,45
3. Я вважаю, що я подобаюсь ФТ	Me (25%; 75%)	4(4; 4)	4(4; 4)
	$\bar{x}$±S	4,07±0,37	4,11±0,46
4. ФТ і я співпрацюю над встановленням цілей для моєї терапії	Me (25%; 75%)	2(2; 3)	4(4; 5)**
	$\bar{x}$±S	2,43±0,50	4,34±0,48
5. ФТ і я поважаємо один одного	Me (25%; 75%)	4(4; 5)	4(4; 5)
	$\bar{x}$±S	4,21±0,52	4,25±0,55
6. ФТ і я працюємо у напрямку взаємно узгоджених цілей	Me (25%; 75%)	4(3; 4)	4(4; 5)**
	$\bar{x}$±S	3,71±0,46	4,31±0,47
7. Я відчуваю, що ФТ цінує мене	Me (25%; 75%)	4(4; 4)	4(4; 4)
	$\bar{x}$±S	4,07±0,37	4,15±0,5
8. ФТ і я згодні з тим, що для мене важливо працювати (над собою)	Me (25%; 75%)	4(4; 4)	5(5; 5)**
	$\bar{x}$±S	4,24±0,43	4,83±0,38
9. Я відчуваю, що ФТ піклується про мене, навіть коли я роблю те, що ФТ не схвалює	Me (25%; 75%)	4(4; 4)	4(4; 5)*
	$\bar{x}$±S	4,02±0,51	4,24±0,49
10. Я відчуваю, що те, що я роблю в терапії, допоможе мені виконати ті зміни, які я хочу	Me (25%; 75%)	4(3; 4)	5(4; 5)**
	$\bar{x}$±S	3,88±0,68	4,52±0,56
11. ФТ і я встановили гарне розуміння тих змін, які були б корисними для мене	Me (25%; 75%)	4(3; 4)	4(4; 5)**
	$\bar{x}$±S	3,55±0,50	4,46±0,5
12. Я вважаю, що спосіб роботи з моєю проблемою правильний	Me (25%; 75%)	4(3; 4)	4(4; 5)**
	$\bar{x}$±S	3,84±0,77	4,27±0,51
Оцінка пунктів «ціль»	Me (25%; 75%)	14(12,75; 15)	17(17; 19)**
	$\bar{x}$±S	13,93±1,39	17,94±1,34
Оцінка пунктів «завдання»	Me (25%; 75%)	15(13; 15)	18(16; 18)**
	$\bar{x}$±S	14,55±2,12	17,62±1,52
Оцінка пунктів «взаємовідносини»	Me (25%; 75%)	16(16; 17)	17(16; 17)*
	$\bar{x}$±S	16,36±0,97	16,76±1,13

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

Так, за першим пунктом опитувальника, котрий відповідає за розуміння пацієнтом того, як він може змінитися у результаті занять, статистична перевага відзначена у пацієнтів 2016-2018 років, котрі проходили курс фізичної терапії за модифікованою програмою (табл. 5.17). Зокрема, у М+ показники Me (25%; 75%) становили 5(4; 5) бали, а у Г+ склали 4(3; 4) бали ($p<0,01$). Різниця середніх значень склала 0,66 бала. Відзначимо, що максимальна та найкраща оцінка становить 5 балів.

Наступний пункт опитувальника відповідає за частоту отримання нових способів розгляду проблеми пацієнта у результаті того, що пацієнт робить у терапії. Так, показники Me (25%; 75%) становили 4(4; 5) бали у М+ та 3(3; 3) бали у Г+ ($p<0,01$). Різниця середніх значень склала 1,34 бала. Відзначимо, що максимальна та найкраща оцінка становить 5 балів.

Третій пункт віддзеркалює той факт, що пацієнт вважає, що він подобається фізичному терапевту. Серед пацієнтів групи М+ та Г+ показники Me (25%; 75%) становили 4(4; 4) бали ($p>0,05$).

Четвертий пункт опитувальника оцінює співпрацю між фізичним терапевтом та пацієнтом над встановленням цілей терапії. Так, у М+ показники Me (25%; 75%) становили 4(4; 5) бали, а у Г+ склали 2(2; 3) бали ($p<0,01$). Різниця середніх значень склала 1,91 бала. У такий спосіб показники групи М+ були статистично кращі, що відображає ефективність заходів щодо підвищення участі фізичного терапевта у обстеженні пацієнта, формуванні цілей та змісту програми.

Рівень взаємної поваги між пацієнтом та фізичним терапевтом, котрий оцінюється у п’ятому пункті опитувальника, був оцінений пацієнтами М+ та Г+ статистично однаково, а показники Me (25%; 75%) становили 4(4; 5) бали ($p>0,05$).

Оцінка спільної праці фізичного терапевта та пацієнта у напрямку взаємно узгоджених цілей представлена шостим пунктом опитувальника. Так, показники Me (25%; 75%) становили 4(4; 5) бали у М+ та 4(3; 4) серед пацієнтів Г+ ($p<0,01$). Різниця середніх значень склала 0,6 бала. У такий спосіб показники

пацієнтів 2016-2018 років з раціональними психотипами були статистично кращі, що відображає ефективність заходів щодо підвищення участі фізичного терапевта у обстеженні пацієнта, формуванні цілей та змісту програми.

За сьомим пунктом опитувальника, котрий відповідає за відчуття у пацієнта того, що його цінує фізичний терапевт, статистична відмінність між групами не встановлена. Так, у М+ та Г+ показники Me (25%; 75%) становили 4(4; 4) бали ($p<0,01$). Різниця середніх значень була незначною.

Наступний пункт опитувальника відповідає за спільне погодження фізичним терапевтом та пацієнтом того, що пацієнтові треба працювати над собою. Так, статистична перевага відзначена у пацієнтів 2016-2018 років, котрі проходили курс фізичної терапії за модифікованою програмою: показники Me (25%; 75%) становили 5(5; 5) балів у М+ та 4(4; 4) у Г+ ($p<0,01$). Різниця середніх значень склала 0,59 бала.

Дев'ятий пункт віддзеркалює той факт, що пацієнт відчуває піклування про себе зі сторони фізичного терапевта, навіть коли пацієнт робить те, що не схвалює фізичний терапевт. Серед пацієнтів групи М+ показники Me (25%; 75%) за цим пунктом становили 4(4; 5) бали, а у Г+ склали 4(4; 4) бали ($p<0,05$). Різниця середніх значень склала лише 0,22 бала.

Десятий пункт опитувальника оцінює відчуття пацієнтом того, що робота у фізичній терапії допоможе виконати ті зміни, які він хоче. Зокрема, у М+ показники Me (25%; 75%) становили 5(4; 5) бали, а у Г+ склали 4(3; 4) бали ($p<0,01$). Різниця середніх значень склала 0,64 бала, що є досить вагомим при врахуванні системи оцінки.

Рівень встановлення фізичним терапевтом та пацієнтом гарного розуміння тих змін, які були б корисними для пацієнта, відображений оцінкою за одинадцятим пунктом опитувальника. Зокрема, у М+ показники Me (25%; 75%) становили 4(4; 5) бали, а у Г+ склали 4(3; 4) бали ($p<0,01$). Різниця середніх значень склала 0,91 бала. У такий спосіб показники пацієнтів 2016-2018 років з раціональними психотипами були статистично кращі, що відображає ефективність заходів щодо підвищення участі фізичного у обстеженні пацієнта,

запровадження оцінки навколишнього середовища та аналізу активності і участі з метою забезпечення кращої динаміки болю, фізичного та соціального функціонування.

Оцінка частоти виникнення думки у пацієнта, що спосіб роботи з його проблемою правильний представлена дванадцятим пунктом опитувальника. Так, показники Me (25%; 75%) становили 4(4; 5) бали у М+ та 4(3; 4) серед пацієнтів Г+ ($p<0,01$). Різниця середніх значень склала 0,43 бала. У такий спосіб підтверджено ефективність заходів щодо підвищення участі фізичного терапевта у обстеженні пацієнта, формуванні цілей та змісту програми, а також варіабельності цього змісту.

Отже, пацієнти з раціональним ставленням до хвороби, котрі брали участь у програмах за розробленою системою фізичної терапії краще оцінили формування терапевтичного альянсу у більшості пунктів порівняно з аналогічними пацієнтами стандартної системи (рис. 5.17).

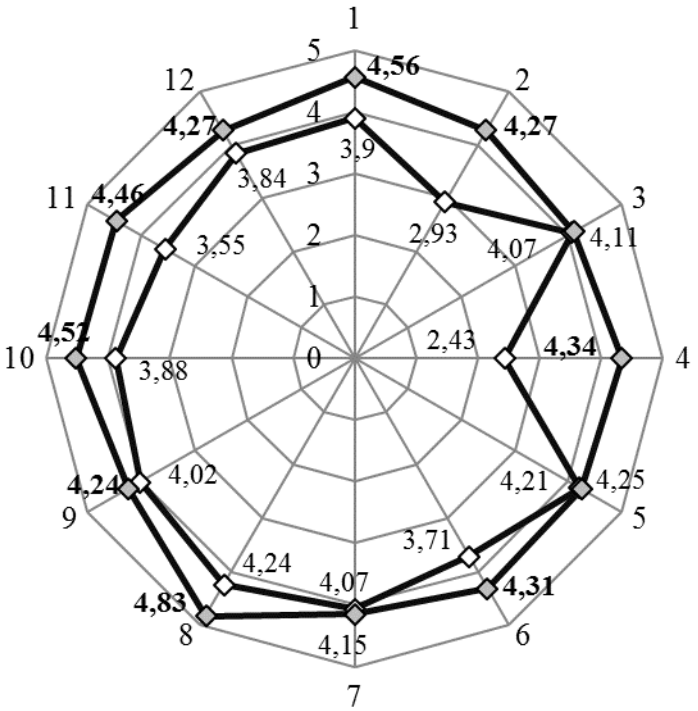


Рис. 5.17. Середньостатистичні показники пунктів оцінки терапевтичного альянсу на думку пацієнтів з раціональним ставленням до хвороби:

- стандартна система фізичної терапії (Г+);
- модифікована система фізичної терапії (М+)

Серед пацієнтів з раціональними психотипами загальна оцінка пунктів «ціль» була достовірно кращою у пацієнтів 2016-2018 років, котрі проходили курс фізичної терапії за модифікованою програмою (табл. 5.17). Так, показники Me (25%; 75%) становили 17(17; 19) балів у М+ та 14(12,75; 15) балів серед пацієнтів Г+ ($p<0,01$). Різниця середніх значень склала 4,01 бала. У такий спосіб пацієнти М+ мали перевагу середнього арифметичного групи у 28,8 % від $\bar{x}$ оцінки групи Г+ (рис. 5.18).

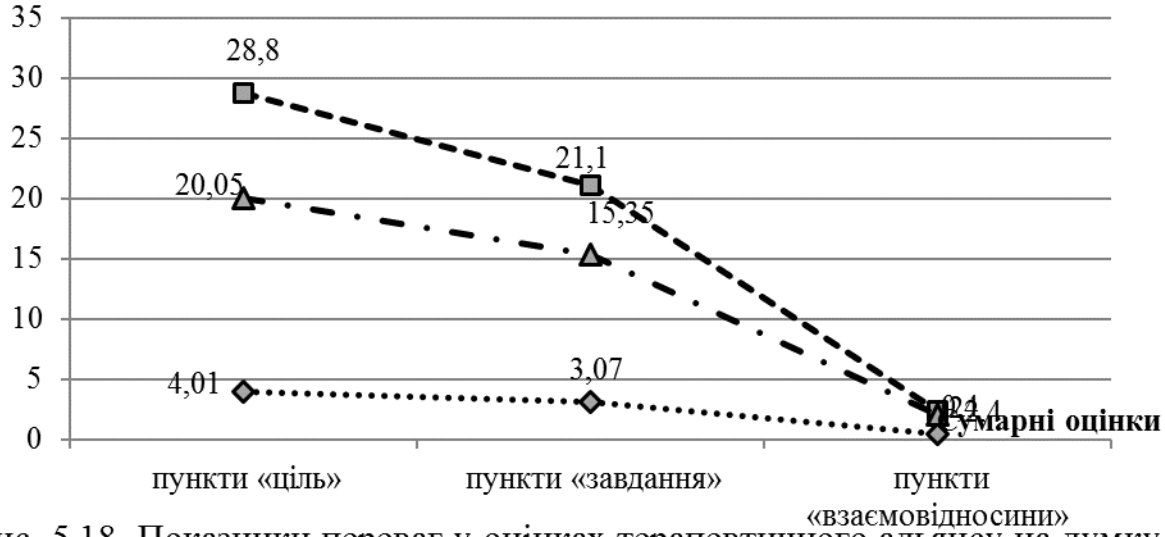


Рис. 5.18. Показники переваг у оцінках терапевтичного альянсу на думку пацієнтів модифікованої системи фізичної терапії з раціональним ставленням до хвороби над пацієнтами стандартної системи з аналогічними психотипами :

- ◇ - абсолютна перевага над Г+ (бал);
- □ - перевага відносно значення у Г+ (%);
- △ - перевага відносно максимального значення показника (%)

Наступна загальна оцінка пунктів «завдання» також була достовірно кращою у пацієнтів групи М+. Так, показники Me (25%; 75%) становили 18(16; 18) балів у М+ та 15(13; 15) балів серед пацієнтів групи Г+ ($p<0,01$). Відмінність середніх значень склала 3,07 бала. У такий спосіб пацієнти групи М+ мали перевагу середнього арифметичного групи у 21,1 % від $\bar{x}$ оцінки групи Г+ (рис. 5.18).

Остання загальна оцінка відповідає за пункти щодо рівня «взаємовідносин». Ця оцінка також була достовірно кращою у пацієнтів 2016-

2018 років, котрі проходили курс фізичної терапії за модифікованою програмою (табл. 5.17). Так, показники Me (25%; 75%) становили 17(16; 17) балів у М+ та 16(16; 17) балів серед пацієнтів групи Г+ ($p<0,05$). Відмінність середніх значень склала 0,4 бала. У такий спосіб пацієнти групи М+ мали перевагу середнього арифметичного групи у 2,4 % від $\bar{x}$ оцінки групи Г+.

Отримані показники переваг (рис. 5.18) підтвердили позитивний вплив впроваджених модифікацій у систему фізичної терапії на показники терапевтичного альянсу пацієнтів з раціональним ставленням до хвороби, а саме загальної оцінки пунктів «ціль» та «завдання». У загальній оцінці «взаємовідносини» переваги були мінімальними.

Розглянемо результати статистичного аналізу оцінок терапевтичного альянсу зі сторони пацієнтів 2013-2015 та 2016-2018 років з нераціональним відношенням до хвороби (табл. 5.18).

Так, за першим пунктом опитувальника (розуміння пацієнтом того, як він може змінитися у результаті занять) статистична перевага відзначена у пацієнтів 2016-2018 років, котрі проходили курс фізичної терапії за модифікованою програмою (табл. 5.18). Зокрема, у М– показники Me (25%; 75%) становили 4(4; 4) бали, а у Г– склали 3(3; 4) бали ($p<0,01$). Різниця середніх значень склала 0,66 бала. Відзначимо, що максимальна та найкраща оцінка становить 5 балів.

Результати наступного пункту опитувальника (2 - частота отримання нових способів розгляду проблеми пацієнтом у результаті того, що пацієнт робить у терапії) були достовірно кращими у М–. Так, показники Me (25%; 75%) становили 4(4; 4) бали у М– та 3(3; 3) бали у Г– ($p<0,01$). Різниця середніх значень склала 1,13 бала.

Результати третього пункту (факт, що пацієнт вважає, що він подобається фізичному терапевту) були наступними: серед пацієнтів групи М– показники Me (25%; 75%) становили 4(4; 4), а у Г– склали 3(3; 4) бали ($p<0,01$). Оцінка співпраці між фізичним терапевтом та пацієнтом над встановленням цілей терапії (четвертий пункт опитувальника) була статистично кращою у пацієнтів 2016-2018 років.

Таблиця 5.18

Показники терапевтичного альянсу у пацієнтів 2013-2015 (Г–) та 2016-2018 (М–) років з нераціональними психотипами, бали

Пункти		Групи	
		Г– (n=55)	М– (n=64)
1. У результаті цих сесій я більш чітко розумію, як я можу змінитися	Me (25%; 75%)	3(3; 4)	4(4; 4)* ##
	$\bar{x}$±S	3,31±0,69	3,97±0,5
2. Те, що я роблю в терапії, дає мені нові способи розгляду моєї проблеми	Me (25%; 75%)	3(3; 3)	4(4; 4)* ##
	$\bar{x}$±S	2,82±0,47	3,95±0,45
3. Я вважаю, що я подобаюсь ФТ	Me (25%; 75%)	3(3; 4)	4(4; 4)*
	$\bar{x}$±S	3,38±0,49	4,05±0,45
4. ФТ і я співпрацюю над встановленням цілей для моєї терапії	Me (25%; 75%)	2(2; 2)	4(4; 4)* #
	$\bar{x}$±S	2,13±0,34	4,13±0,55
5. ФТ і я поважаємо один одного	Me (25%; 75%)	4(3; 4)	4(4; 4,75)*
	$\bar{x}$±S	3,65±0,48	4,13±0,6
6. ФТ і я працюємо у напрямку взаємно узгоджених цілей	Me (25%; 75%)	3(3; 4)	4(4; 5)*
	$\bar{x}$±S	3,38±0,49	4,19±0,59
7. Я відчуваю, що ФТ цінує мене	Me (25%; 75%)	3(3; 4)	4(4; 4)*
	$\bar{x}$±S	3,36±0,49	4,06±0,56
8. ФТ і я згодні з тим, що для мене важливо працювати (над собою)	Me (25%; 75%)	4(4; 4)	4(4; 5)* ##
	$\bar{x}$±S	4,09±0,40	4,42±0,56
9. Я відчуваю, що ФТ піклується про мене, навіть коли я роблю те, що ФТ не схвалює	Me (25%; 75%)	4(3; 4)	4(4; 4) #
	$\bar{x}$±S	3,87±0,61	4,02±0,55
10. Я відчуваю, що те, що я роблю в терапії, допоможе мені виконати ті зміни, які я хочу	Me (25%; 75%)	3(3; 4)	4(4; 4)* ##
	$\bar{x}$±S	3,29±0,53	3,94±0,47
11. ФТ і я встановили гарне розуміння тих змін, які були б корисними для мене	Me (25%; 75%)	3(3; 4)	4(4; 5)* ##
	$\bar{x}$±S	3,38±0,49	4,17±0,58
12. Я вважаю, що спосіб роботи з моєю проблемою правильний	Me (25%; 75%)	3(3; 4)	4(4; 4)* ##
	$\bar{x}$±S	3,29±0,57	4,00±0,44
Оцінка пунктів «ціль»	Me (25%; 75%)	12(12; 14)	16(16; 18)* ##
	$\bar{x}$±S	12,98±1,28	16,91±1,83
Оцінка пунктів «завдання»	Me (25%; 75%)	12(11; 15)	16(16; 16)* ##
	$\bar{x}$±S	12,71±1,69	15,86±1,69
Оцінка пунктів «взаємовідносини»	Me (25%; 75%)	14(13; 15)	16(15,25; 17)* #
	$\bar{x}$±S	14,27±1,10	16,25±1,37

*Примітка. * – різниця між показниками груп статистично значуща $p<0,01$. # – різниця між показниками груп статистично значуща порівняно з групою М+ при $p<0,05$; ## – $p<0,01$.*

Так, у М– показники Me (25%; 75%) становили 4(4; 4) бали, а у Г– склали 2(2; 2) бали ($p<0,01$). Різниця середніх значень склала 2 бала. Це відображає ефективність заходів щодо підвищення участі фізичного у обстеженні пацієнта, формуванні цілей та змісту програми.

П’ятий пункт опитувальника (рівень взаємної поваги між пацієнтом та фізичним терапевтом) був оцінений пацієнтами статистично краще у групі М–. Так показники Me (25%; 75%) становили у М– та Г– 4(4; 4,75) та 4(3; 4) бали відповдно ($p<0,01$). Різниця середніх значень склала 0,48 бала.

Шостий пункт опитувальника (оцінка спільної праці фізичного терапевта та пацієнта у напрямку взаємно узгоджених цілей) також була статистично кращою у М–. Так, показники Me (25%; 75%) становили 4(4; 5) бали у М– та 3(3; 4) серед пацієнтів Г– ($p<0,01$). Різниця середніх значень склала 0,81 бала. У такий спосіб показники пацієнтів 2016-2018 років з нераціональними психотипами були вищими, що відображає ефективність заходів щодо підвищення участі фізичного у формуванні цілей та змісту програми, контролю її виконання.

Оцінка відчуття у пацієнта того, що його цінує фізичний терапевт (сьомий пункт опитувальника), була вищою у пацієнтів групи М–. Так, у М– та Г– показники Me (25%; 75%) становили 4(4; 4) та 3(3; 4) бали ($p<0,01$). Різниця середніх значень становила 0,7 бала. Це віддзеркалює ефективність введених підходів щодо управління процесом фізичної терапії у пацієнтів з нераціональними психотипами.

Результати восьмого пункту опитувальника (спільне погодження фізичним терапевтом та пацієнтом того, що пацієнтові треба працювати над собою) підтвердили статистичну перевагу у пацієнтів 2016-2018 років, котрі проходили курс фізичної терапії за модифікованою програмою: показники Me (25%; 75%) становили 4(4; 5) балів у М– та 4(4; 4) у Г– ($p<0,01$). Різниця середніх значень склала 0,33 бала.

Оцінка того, що пацієнт відчуває піклування про себе зі сторони фізичного терапевта, навіть коли пацієнт робить те, що не схвалює фізичний

терапевт, не була статистично ліпшою у одній з груп (дев'ятий пункт, табл. 5.18). Серед пацієнтів групи М– показники Me (25%; 75%) за цим пунктом становили 4(4; 4) бали, а у Г– склали 4(3; 4) бали (p>0,05).

Десятий пункт опитувальника (відчуття пацієнтом того, що робота у фізичній терапії допоможе виконати ті зміни, які він хоче) мав наступні результати у групах з нераціональними психотипами: у М– показники Me (25%; 75%) становили 4(4; 4) бали, а у Г– склали 3(3; 4) бали (p<0,01). Можна вважати, що покращений процес встановлення цілей та їх індивідуалізація, активна участь пацієнта, фізичного терапевта (тобто тих, хто систематично працював над їх досягненням) у їх встановленні, наявність загальних та індивідуалізованих рекомендації сприяли підвищенню оцінки серед пацієнтів 2016-2018 років. Різниця середніх значень склала 0,65 бала.

Оцінки одинадцятого пункту (встановлення фізичним терапевтом та пацієнтом гарного розуміння тих змін, які були б корисними для пацієнта) були наступними у групах пацієнтів: у М– показники Me (25%; 75%) становили 4(4; 5) бали, а у Г– склали 3(3; 4) бали (p<0,01). Різниця середніх значень склала 0,79 бала. У такий спосіб показники пацієнтів 2016-2018 років з нераціональними психотипами були статистично кращі, що відображає ефективність заходів щодо підвищення участі фізичного терапевта у обстеженні пацієнта, запровадження оцінки навколишнього середовища та аналізу активності і участі з метою забезпечення кращої динаміки болю, фізичного та соціального функціонування.

Дванадцятий пункт опитувальника (оцінка частоти виникнення думки у пацієнта, що спосіб роботи з його проблемою правильний) був оцінений достовірно краще у групі М–. Так, показники Me (25%; 75%) становили 4(4; 4) бали у М– та 3(3; 4) серед пацієнтів Г– (p<0,01). Різниця середніх значень склала 0,71 бала. У такий спосіб підтверджено ефективність заходів щодо підвищення участі фізичного терапевта у обстеженні пацієнта, формуванні цілей та змісту програми, а також варіабельності цього змісту.

Отже, пацієнти з нераціональним ставленням до хвороби, котрі брали участь у модифікованій системі фізичної терапії краще оцінили формування терапевтичного альянсу у більшості пунктів порівняно з аналогічними пацієнтами стандартної системи (рис. 5.19).

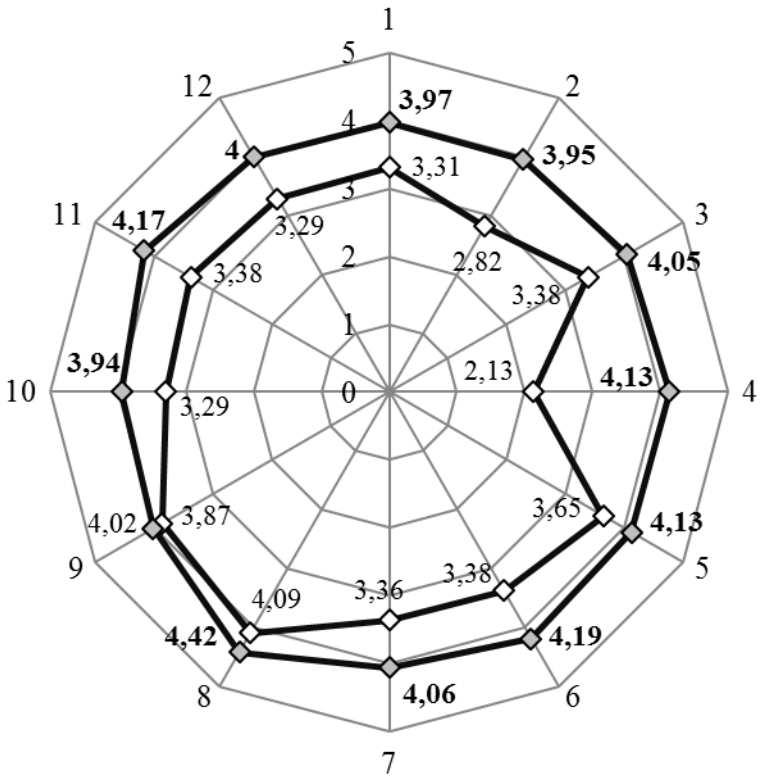


Рис. 5.19. Середньостатистичні показники пунктів оцінки терапевтичного альянсу на думку пацієнтів з нераціональним ставленням до хвороби:

- стандартна система фізичної терапії (Г-);
- модифікована система фізичної терапії (М-)

У групах пацієнтів з нераціональними психотипами загальна оцінка пунктів «ціль» була достовірно кращою у пацієнтів 2016-2018 років, котрі проходили курс фізичної терапії за модифікованою програмою (табл. 5.18). Так, показники Me (25%; 75%) становили 16(16; 18) балів у М– та 12(12; 14) балів серед пацієнтів Г– ($p<0,01$). Різниця середніх значень склала 3,93 бала. У такий спосіб пацієнти М– мали перевагу середнього арифметичного групи у 30,3 % від $\bar{x}$ оцінки групи Г– (рис. 5.20).

Оцінка пунктів «завдання» також була достовірно кращою у пацієнтів групи М–. Так, показники Me (25%; 75%) становили 16(16; 16) балів у М– та

12(11; 15) балів серед пацієнтів групи Г– (p<0,01). Відмінність середніх значень склала 3,15 бала. У такий спосіб пацієнти групи М– мали перевагу середнього арифметичного групи у 24,8 % від $\bar{x}$ оцінки групи Г– (рис. 5.20).

Остання загальна оцінка відповідає за пункти щодо рівня «взаємовідносин». Ця оцінка також була достовірно кращою у пацієнтів 2016-2018 років, котрі проходили курс фізичної терапії за модифікованою програмою (табл. 5.18). Так, показники Me (25%; 75%) становили 16(15,25; 17) балів у М– та 14(13; 15) балів серед пацієнтів групи Г– (p<0,01). Відмінність середніх значень склала 1,98 бала. У такий спосіб пацієнти групи М– мали перевагу середнього арифметичного групи у 13,9 % від $\bar{x}$ оцінки групи Г– (рис. 5.20).

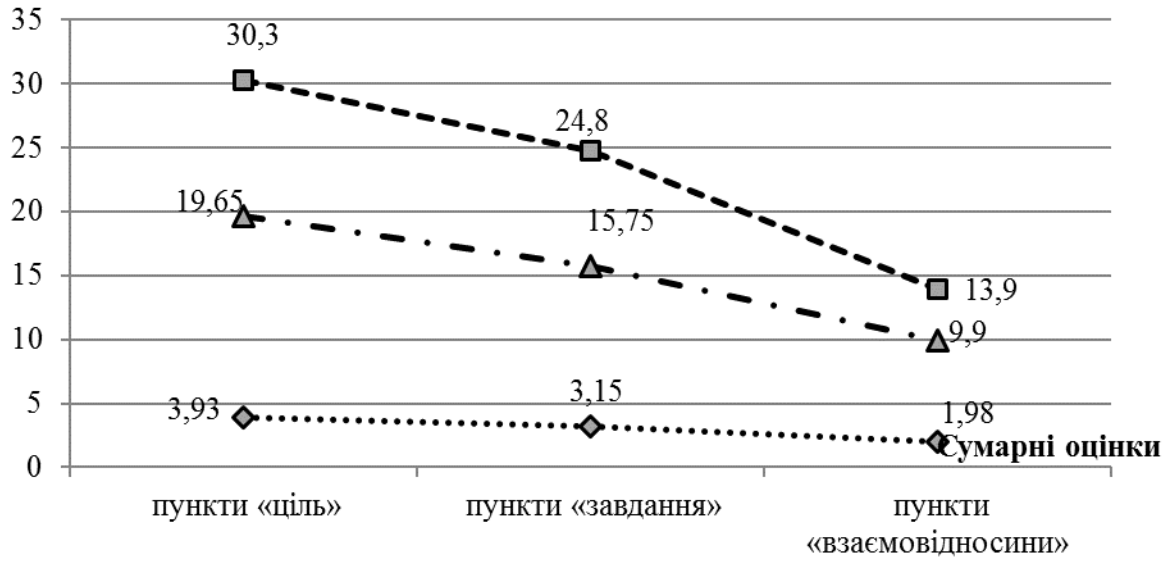


Рис. 5.20. Показники переваг у оцінках терапевтичного альянсу на думку пацієнтів модифікованої системи фізичної терапії з нераціональним ставленням до хвороби над пацієнтами стандартної системи з аналогічними психотипами :

- абсолютна перевага над Г- (бал);
- перевага відносно значення у Г- (%);
- перевага відносно максимального значення показника (%)

Отримані показники переваг (рис. 5.20) підтвердили позитивний вплив впроваджених модифікацій у систему фізичної терапії на показники терапевтичного альянсу пацієнтів з нераціональним ставленням до хвороби, а саме загальної оцінки пунктів «ціль», «завдання» та «взаємовідносини». У

загальній оцінці «взаємовідносини» переваги були більш вираженими ніж при порівнянні груп з раціональними психотипами (рис. 5.18), що відображає ефективність впроваджених змін та їх цілеспрямованість.

Представлений статистичний аналіз дає відповідь на питання стосовно переваг розробленої програми та змін у управлінні процесом фізичної терапії на рівень формування терапевтичного альянсу у групах залежно від психотипу, проте слід розглянути наступні питання щодо показників у групах:

- чи досяг рівень терапевтичного альянсу у пацієнтів 2016-2018 років з нераціональним відношенням до хвороби до показників пацієнтів 2013-2015 років з раціональним;
- за якими пунктами пацієнти 2016-2018 років з нераціональним відношенням до хвороби мали відмінний рівень з пацієнтами з раціональним відношенням до хвороби;
- чи є відмінності між результатами порівняння Г+ з Г– та М+ з М–.

По-перше, слід відмітити, що при порівнянні результатів опитувальника оцінки терапевтичного альянсу (форма для пацієнтів) у групах Г+ з М– було встановлено, що результати були однаковими у групах або кращими у М–. Це підтверджує кращу ефективність модифікованої програми та заходів щодо управління процесом фізичної терапії.

Водночас такий результат є максимально сильним підтвердженням, оскільки статистичні відмінності між Г+ з Г– (табл. 3.16) підтверджували лише переваги Г+. Відзначимо, що при порівнянні Г+ з М– група М– мала перевагу у пунктах 2 (частота отримання нових способів розгляду проблеми пацієнта у результаті того, що пацієнт робить у терапії) ($p<0,01$); 4 (співпраця між фізичним терапевтом та пацієнтом над встановленням цілей терапії) ($p<0,05$); 6 (оцінка спільної праці фізичного терапевта та пацієнта у напрямку взаємно узгоджених цілей) ($p<0,05$); 8 (спільне погодження фізичним терапевтом та пацієнтом того, що пацієнтові треба працювати над собою) ($p<0,05$); 11 (рівень встановлення фізичним терапевтом та пацієнтом гарного розуміння тих змін, які

були б корисними для пацієнта) ($p<0,01$); загальними оцінками «ціль» та «завдання».

У такий спосіб за рахунок впроваджених змін пацієнти 2016-2018 років з нераціональним відношенням до хвороби досягли кращої оцінки пунктів та загальних оцінок «ціль» та «завдання» ніж пацієнти 2013-2015 років з раціональним відношенням до хвороби, а також поліпшили пункти та загальну оцінку «взаємовідносини» до рівня пацієнтів 2013-2015 років з раціональним відношенням до хвороби.

Водночас, у результаті порівняння результатів М+ з М– (табл. 5.18) було встановлено статистичну відмінність за пунктами:

- 1 (розуміння пацієнтом того, як він може змінитися у результаті занять) ($p<0,01$);
- 2 (частота отримання нових способів розгляду проблеми пацієнта у результаті того, що пацієнт робить у терапії) ($p<0,01$);
- 4 (співпраця між фізичним терапевтом та пацієнтом над встановленням цілей терапії) ($p<0,05$);
- 8 (спільне погодження фізичним терапевтом та пацієнтом того, що пацієнтові треба працювати над собою) ($p<0,01$);
- 9 (пацієнт відчуває піклування про себе зі сторони фізичного терапевта, навіть коли пацієнт робить те, що не схвалює фізичний терапевт) ($p<0,05$);
- 10 (відчуття пацієнтом того, що робота у фізичній терапії допоможе виконати ті зміни, які він хоче) ($p<0,01$);
- 11 (рівень встановлення фізичним терапевтом та пацієнтом гарного розуміння тих змін, які були б корисними для пацієнта) ($p<0,01$);
- 12 (оцінка частоти виникнення думки у пацієнта, що спосіб роботи з його проблемою правильний) ($p<0,01$);
- загальними оцінками «ціль», «завдання» ($p<0,01$) та «взаємовідносини» ($p<0,05$).

Тобто, у модифікованій програмі рівень формування терапевтичного альянсу також мав відмінності за оцінкою пацієнтів залежно від їх психотипу.

Для того, щоб порівняти ці відмінності з аналогічними у 2013-2015 роках слід проаналізувати результати порівняння М+ з М– (табл. 5.18) та Г+ з Г– (табл. 3.16). Так за 1, 10, 12 пунктами та загальними оцінками «ціль», «завдання» достовірні відмінності на користь груп з раціональними психотипами були при обох порівняннях ($p<0,01$). Дещо менша, проте достовірна відмінність, була у 4 пункті та загальною оцінкою «взаємовідносини» ($p<0,05$) при порівнянні М+ з М–, а при порівнянні Г+ з Г– достовірність була кращою ($p<0,01$).

Разом з тим у результаті порівняння результатів опитувальника (форма для пацієнтів) групи М+ з групою М– не було встановлено відмінностей за пунктами 3 (пацієнт вважає, що він подобається фізичному терапевту), 5 (рівень взаємної поваги між пацієнтом та фізичним терапевтом), 6 (оцінка спільної праці фізичного терапевта та пацієнта у напрямку взаємно узгоджених цілей) та 7 (відчуття у пацієнта того, що його цінує фізичний терапевт), хоча вони спостерігалися при порівнянні Г+ з Г– (табл. 3.16), але підтверджували переваги у Г+.

У такий спосіб можна констатувати, що впроваджені заходи для покращення терапевтичного альянсу, переважним чином пунктів розділу «взаємовідносини», серед пацієнтів з нераціональним відношенням до хвороби були ефективними.

І навпаки у результаті порівняння результатів опитувальника (форма для пацієнтів) групи М+ з групою М– були встановлені відмінності на користь першої за пунктами 2 (частота отримання нових способів розгляду проблеми пацієнта у результаті того, що пацієнт робить у терапії)($p<0,01$); 8 (спільне погодження фізичним терапевтом та пацієнтом того, що пацієнтові треба працювати над собою) ($p<0,01$); 9 (пацієнт відчуває піклування про себе зі сторони фізичного терапевта, навіть коли пацієнт робить те, що не схвалює фізичний терапевт) ($p<0,05$); 11 (рівень встановлення фізичним терапевтом та

пацієнтом гарного розуміння тих змін, які були б корисними для пацієнта) ($p<0,01$), чого не спостерігалося при аналізі результатів порівняння Г+ з Г– (табл. 3.16). Проте, як вже було відзначено, за усіма цими пунктами група М– мала переваги над Г+ та Г–. Тому, у такий спосіб не можна констатувати, що наявність відмінностей за цими пунктами між М+ та М– є негативним аспектом.

Розглянемо результати статистичного аналізу оцінок терапевтичного альянсу зі сторони фізичних терапевтів пацієнтів 2013-2015 та 2016-2018 років з раціональним відношенням до хвороби (табл. 5.19).

Таблиця 5.19

Показники терапевтичного альянсу за даними фізичних терапевтів пацієнтів 2013-2015 (Г+) та 2016-2018 (М+) років з раціональними психотипами, бали

Пункти		Групи	
		Г+ (n=58)	М+ (n=71)
1. Пацієнт і я погоджуємося з кроками, які слід вжити для поліпшення його/її ситуації	Me (25%; 75%)	4(3; 4)	5(4; 5)**
	$\bar{x}$±S	3,74±0,44	4,56±0,5
2. Я щиро піклуюся про добробут пацієнта	Me (25%; 75%)	4(4; 4)	5(4; 5)**
	$\bar{x}$±S	4,14±0,35	4,55±0,5
3. Ми працюємо над досягненням взаємно узгоджених цілей	Me (25%; 75%)	3(3; 4)	5(4; 5)**
	$\bar{x}$±S	3,36±0,48	4,59±0,5
4. Пацієнт і я обидва впевнені в корисності нашої поточної діяльності в терапії	Me (25%; 75%)	4(4; 4)	5(4; 5)**
	$\bar{x}$±S	4,10±0,48	4,72±0,48
5. Я ціную пацієнта як особистість	Me (25%; 75%)	4(4; 5)	4(4; 5)
	$\bar{x}$±S	4,38±0,56	4,38±0,49
6. Ми встановили гарне розуміння того, які зміни будуть корисні для пацієнта.	Me (25%; 75%)	4(3; 4)	5(4; 5)**
	$\bar{x}$±S	3,59±0,50	4,56±0,5
7. Пацієнт і я поважаємо один одного	Me (25%; 75%)	4(4; 4)	4(4; 5)*
	$\bar{x}$±S	4,17±0,46	4,39±0,49
8. У пацієнта і у мене є спільне сприйняття його / її цілей	Me (25%; 75%)	3(3; 4)	4(4; 5)**
	$\bar{x}$±S	3,40±0,49	4,41±0,5
9. Я поважаю пацієнта навіть коли він / вона робить те, що я не схвалюю	Me (25%; 75%)	4(4; 4)	4(4; 5)**
	$\bar{x}$±S	3,93±0,53	4,49±0,5
10. Ми погоджуємося на тому, що важливо для пацієнта працювати над собою	Me (25%; 75%)	4(4; 4)	5(4; 5)**
	$\bar{x}$±S	4,10±0,31	4,70±0,46

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

Перший пункт опитувальника відповідає за думку фізичного терапевта щодо спільного погодження з пацієнтом кроків, які необхідно вжити для поліпшення його/її ситуації. Так, показники Me (25%; 75%) становили 5(4; 5) бали у М+ та 4(3; 4) бали у Г+, окрім того була підтверджена достовірна відмінність між групами ($p<0,01$). Різниця середніх значень склала 0,82 бала.

Другий пункт віддзеркалює той факт, що фізичний терапевт щиро піклується про добробут пацієнта. Серед пацієнтів групи М+ показники Me (25%; 75%) становили 5(4; 5) бали, а у Г+ склали 4(4; 4). Статистично достовірна різниця між групами була підтверджена ($p<0,01$). Різниця середніх значень склала 0,41 бала.

Оцінка фізичного терапевта спільної праці з пацієнтом у напрямку взаємно узгоджених цілей представлена третім пунктом опитувальника для фахівця. Так, показники Me (25%; 75%) становили 5(4; 5) бали у М+ та 3(3; 4) бали у Г+ ($p<0,01$). Різниця середніх значень була досить вагомою враховуючи систему оцінки і склала 1,23.

Четвертий пункт опитувальника оцінює думку фізичного терапевта щодо того, що він та пацієнт впевнені в корисності поточної діяльності в терапії. Зокрема, у М+ показники Me (25%; 75%) становили 5(4; 5) бали, а у Г+ склали 4(4; 4) бали ($p<0,01$). Різниця середніх значень склала 0,62 бала, що є досить вагомим при врахуванні системи оцінки.

П’ятий пункт віддзеркалює той факт, що фізичний терапевт цінує пацієнта, як особистість. Серед пацієнтів групи М+ та Г+ показники Me (25%; 75%) та $\bar{x}\pm S$ були однаковими ($p>0,05$). У такий спосіб обидві групи мали статистично високі показники (табл. 5.19).

Думка фізичного терапевта щодо рівня встановлення з пацієнтом гарного розуміння тих змін, які були б корисними, відображена оцінкою за шостим пунктом опитувальника. Зокрема, у М+ показники Me (25%; 75%) становили 5(4; 5) бали, а у Г+ склали 4(3; 4) бали, водночас статистично достовірну відмінність було підтверджено ($p<0,01$). Різниця середніх значень склала 0,97 бала. У такий спосіб показники пацієнтів 2016-2018 років з раціональними

психотипами були статистично кращі, що відображає ефективність заходів щодо підвищення участі фізичного терапевта у обстеженні пацієнта, запровадження оцінки навколишнього середовища та аналізу активності і участі з метою забезпечення кращої динаміки болю, фізичного та соціального функціонування.

Рівень взаємної поваги між пацієнтом та фізичним терапевтом, на думку останнього, вказаний у сьомому пункті опитувальника для фахівця. Зокрема, у М+ показники Me (25%; 75%) становили 4(4; 5) бали, а у Г+ склали 4(4; 4) бали ($p<0,05$). Різниця середніх значень склала 0,22 бала.

Восьмий пункт опитувальника, що оцінює спільне сприйняття пацієнтом та фізичним терапевтом цілей пацієнта, мав порівняно нижчі результати серед пацієнтів 2013-2015 років (табл. 5.19). Так, у М+ та у Г+ показники Me (25%; 75%) становили 4(4; 5) та 3(3; 4) бали ($p<0,01$), що підтвердило ефективність впроваджених змін у процес постановки цілей та контролювання виконання кроків для їх досягнення.

Наступний пункт опитувальника відповідає за повагу пацієнта фізичним терапевтом, навіть у тих випадках, коли пацієнт робить те, що не схвалює фізичний терапевт. Так, показники Me (25%; 75%) становили 4(4; 5) бали у М+ та 4(4; 4) бали у Г+ ($p<0,01$). Різниця середніх значень склала 0,56 бала.

Останній пункт опитувальника для фахівця відповідає за спільне погодження фізичним терапевтом та пацієнтом того, що пацієнтові треба працювати над собою (табл. 5.19). Так, показники Me (25%; 75%) становили 5(4; 5) бали у М+ та 4(4; 4) бали у Г+ ($p<0,01$). Різниця середніх значень склала 0,35 бала.

Отже, фахівці пацієнтів з раціональним ставленням до хвороби, котрі брали участь у програмах фізичної терапії за розробленою системою фізичної терапії, краще оцінили формування терапевтичного альянсу у більшості пунктів порівняно з фахівцями аналогічних пацієнтів за типом ставлення до хвороби стандартної системи (рис. 5.21).

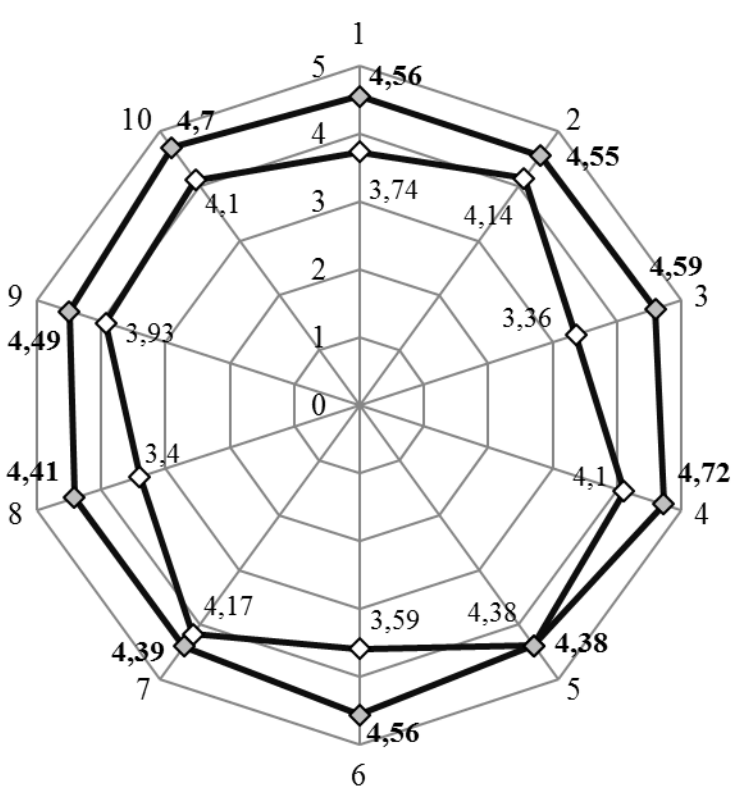


Рис. 5.21. Середні значення балів за показниками пунктів оцінки терапевтичного альянсу на думку фахівців пацієнтів з раціональним ставленням до хвороби:

- стандартна система фізичної терапії (Г+);

- модифікована система фізичної терапії (М+)

Враховуючи, що за пунктами опитувальника оцінки терапевтичного альянсу максимальна оцінка складає 5 балів, для більшої наочності побудована діаграма (рис. 5.22), котра відображає перевагу у результатах пунктів терапевтичного альянсу за оцінкою фахівців пацієнтів з раціональним ставленням до хвороби над оцінками фахівців стандартної системи з аналогічними психотипами у відсотках від максимальної оцінки.

Відповідно, найбільші відмінності отримано у пунктах 3, 8 та 6, котрі віддзеркалюють оцінку спільної праці з пацієнтом у напрямку взаємно узгоджених цілей, рівень встановлення з пацієнтом гарного розуміння тих змін, які були б корисними, сприйняття пацієнтом та фізичним терапевтом цілей пацієнта.

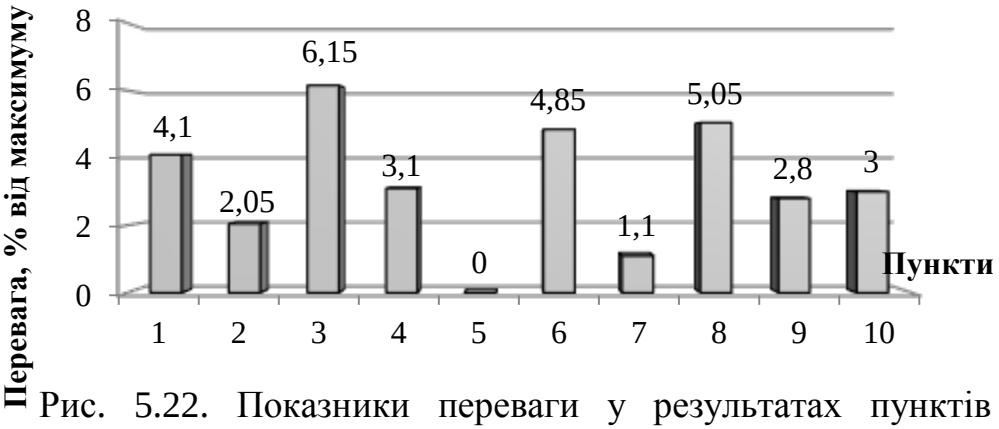


Рис. 5.22. Показники переваги у результатах пунктів терапевтичного альянсу за оцінкою фахівців пацієнтів з раціональним ставленням до хвороби над оцінками фахівців стандартної системи з аналогічними психотипами у відсотках

Розглянемо результати статистичного аналізу оцінок терапевтичного альянсу зі сторони фізичних терапевтів пацієнтів 2013-2015 та 2016-2018 років з нераціональним відношенням до хвороби.

Думка фізичного терапевта щодо спільного погодження з пацієнтом кроків, які необхідно вжити для поліпшення його/її ситуації (перший пункт опитувальника) була оцінена краще у групі М–, котра брала участь у модифікованій програмі. Так, показники Me (25%; 75%) становили 4(4; 5) бали у М– та 3(3; 4) бали у Г–, окрім того була підтверджена достовірна відмінність між групами ($p<0,01$) (табл. 5.20). Різниця середніх значень склала 0,73 бала.

Оцінка щирого піклування про добробут пацієнта фізичним терапевтом (другий пункт) була високою у обох групах (табл. 5.20). Проте серед пацієнтів групи М– показники Me (25%; 75%) були статистично кращими і становили 4(4; 5) бали, а у Г– склали 4(4; 4). Різниця середніх значень склала 0,44 бала.

Третій пункт опитувальника (оцінка фізичного терапевта спільної праці з пацієнтом у напрямку взаємно узгоджених цілей) був також оцінений краще у групі М–. Так, показники Me (25%; 75%) становили 5(4; 5) бали у М– та 3(3; 4)

бали у Г– (p<0,01). Різниця середніх значень була досить вагомою враховуючи систему оцінки і склала 1,13.

Оцінка думки фізичного терапевта щодо того, що він та пацієнт впевнені у корисності поточної діяльності у терапії (четвертий пункт) була вищою серед групи М–. Зокрема, у М– показники Me (25%; 75%) становили 4(4; 4) бали, а у Г– склали 4(3; 4) бали (p<0,01). Різниця середніх значень склала 0,55 бала, що є досить вагомим при врахуванні системи оцінки.

Таблиця 5.20

Показники терапевтичного альянсу за даними фізичних терапевтів пацієнтів 2013-2015 (Г–) та 2016-2018 (М–) років з нераціональними психотипами, бали

Пункти		Групи	
		Г– (n=55)	М– (n=64)
1. Пацієнт і я погоджуємося з кроками, які слід вжити для поліпшення його/її ситуації	Me (25%; 75%)	3(3; 4)	4(4; 5)** ##
	$\bar{X}$±S	3,49±0,50	4,22±0,60
2. Я щиро піклуюся про добробут пацієнта	Me (25%; 75%)	4(4; 4)	4(4; 5)**
	$\bar{X}$±S	4,04±0,19	4,48±0,50
3. Ми працюємо над досягненням взаємно узгоджених цілей	Me (25%; 75%)	3(3; 4)	5(4; 5)**
	$\bar{X}$±S	3,35±0,48	4,48±0,56
4. Пацієнт і я обидва впевнені в корисності нашої поточної діяльності в терапії	Me (25%; 75%)	4(3; 4)	4(4; 4)** ##
	$\bar{X}$±S	3,56±0,50	4,11±0,44
5. Я ціную пацієнта як особистість	Me (25%; 75%)	4(4; 4)	4(4; 5)*
	$\bar{X}$±S	4,09±0,29	4,30±0,58
6. Ми встановили гарне розуміння того, які зміни будуть корисні для пацієнта.	Me (25%; 75%)	3(3; 4)	4(4; 5)** ##
	$\bar{X}$±S	3,44±0,50	4,27±0,6
7. Пацієнт і я поважаємо один одного	Me (25%; 75%)	4(3; 4)	4(4; 5)**
	$\bar{X}$±S	3,69±0,63	4,36±0,60
8. У пацієнта і у мене є спільне сприйняття його / її цілей	Me (25%; 75%)	3(3; 4)	4(4; 5)**
	$\bar{X}$±S	3,38±0,49	4,22±0,6
9. Я поважаю пацієнта навіть коли він / вона робить те, що я не схвалюю	Me (25%; 75%)	4(3; 4)	4(4; 5)** #
	$\bar{X}$±S	3,73±0,68	4,23±0,66
10. Ми погоджуємося на тому, що важливо для пацієнта працювати над собою	Me (25%; 75%)	4(3; 4)	4(4; 5)** ##
	$\bar{X}$±S	3,75±0,44	4,33±0,54

*Примітка. * – різниця між показниками груп статистично значуща p<0,05; ** – p<0,01.*
 # – різниця між показниками груп статистично значуща порівняно з групою М+ при p<0,05;
– p<0,01.

Оцінки п’ятого пункту (фізичний терапевт цінує пацієнта, як особистість) були високими у обох групах пацієнтів, проте статистично кращі результати виявлені у М– (табл. 5.20). Серед пацієнтів групи М– та Г– показники Me (25%; 75%) становили 4(4; 5) та 4(4; 4) ($p<0,05$). Різниця середніх значень склала 0,21 бала.

Результати шостого пункту опитувальника (думка фізичного терапевта щодо рівня встановлення з пацієнтом гарного розуміння тих змін, які були б корисними) були кращими у групі М–. Зокрема, у М– показники Me (25%; 75%) становили 4(4; 5) бали, а у Г– склали 3(3; 4) бали, водночас статистично достовірну відмінність було підтверджено ($p<0,01$). Різниця середніх значень склала 0,83 бала. У такий спосіб показники пацієнтів 2016-2018 років з нераціональними психотипами були статистично кращі, що відображає ефективність заходів щодо підвищення участі фізичного терапевта у обстеженні пацієнта, запровадження оцінки навколишнього середовища та аналізу активності і участі з метою забезпечення кращої динаміки болю, фізичного та соціального функціонування.

Аналіз показників сьомого пункту опитувальника (рівень взаємної поваги між пацієнтом та фізичним терапевтом, на думку останнього) підтвердив статистичні переваги групи М–. Так, у М– показники Me (25%; 75%) становили 4(4; 5) бали, а у Г– склали 4(3; 4) бали ($p<0,01$). Різниця середніх значень склала 0,67 бала.

Оцінка спільного сприйняття пацієнтом та фізичним терапевтом цілей для пацієнта (восьмий пункт опитувальника) була достовірно нижчою серед пацієнтів 2013-2015 років (табл. 5.20). Так, у М– та у Г– показники Me (25%; 75%) становили 4(4; 5) та 3(3; 4) бали ($p<0,01$), що підтвердило ефективність впроваджених змін у процес постановки цілей та контролювання виконання кроків для їх досягнення.

Дев’ятий пункт опитувальника (повага пацієнта фізичним терапевтом, навіть у тих випадках, коли пацієнт робить те, що не схвалює фізичний

терапевт) мав достовірно відмінні результати у групах. Так, показники Me (25%; 75%) становили 4(4; 5) бали у М– та 4(3; 4) бали у Г– ($p<0,01$). Різниця середніх значень склала 0,5 бала.

При аналізі результатів десятого пункту опитувальника для фахівця (спільне погодження фізичним терапевтом та пацієнтом того, що пацієнтові треба працювати над собою) отримані наступні результати серед пацієнтів з нераціональним відношенням до хвороби: показники Me (25%; 75%) становили 4(4; 5) бали у М– та 4(3; 4) бали у Г– ($p<0,01$). Різниця середніх значень за цим пунктом склала 0,58 бала (табл. 5.20).

Отже, фахівці пацієнтів з нераціональним ставленням до хвороби, котрі брали участь у модифікованій системі фізичної терапії, краще оцінили формування терапевтичного альянсу у більшості пунктів порівняно з аналогічними показниками стандартної системи (рис. 5.23).

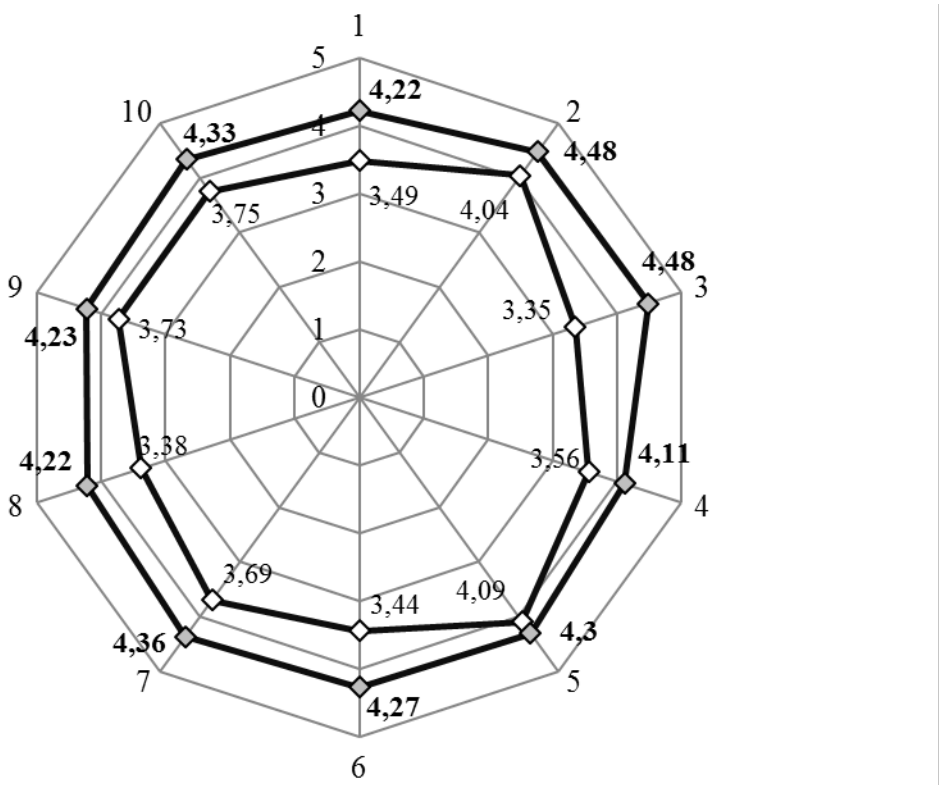


Рис. 5.23. Середні значення балів за показникиами пунктів оцінки терапевтичного альянсу на думку фахівців пацієнтів з нераціональним ставленням до хвороби:

- стандартна система фізичної терапії (Г-);
- модифікована система фізичної терапії (М-)

Враховуючи, що за пунктами опитувальника оцінки терапевтичного альянсу максимальна оцінка складає 5 балів, для більшої наглядності побудована діаграма (рис. 5.24), котра відображає перевагу у результатах пунктів терапевтичного альянсу за оцінкою фахівців пацієнтів з нераціональним ставленням до хвороби над оцінками фахівців стандартної системи з аналогічними психотипами у відсотках від максимальної оцінки.

Відповідно, найбільші відмінності отримано у пунктах 3, 6 та 8, котрі віддзеркалюють оцінку спільної праці з пацієнтом у напрямку взаємно узгоджених цілей, сприйняття пацієнтом та фізичним терапевтом цілей пацієнта та рівень встановлення з пацієнтом гарного розуміння тих змін, які були б корисними.

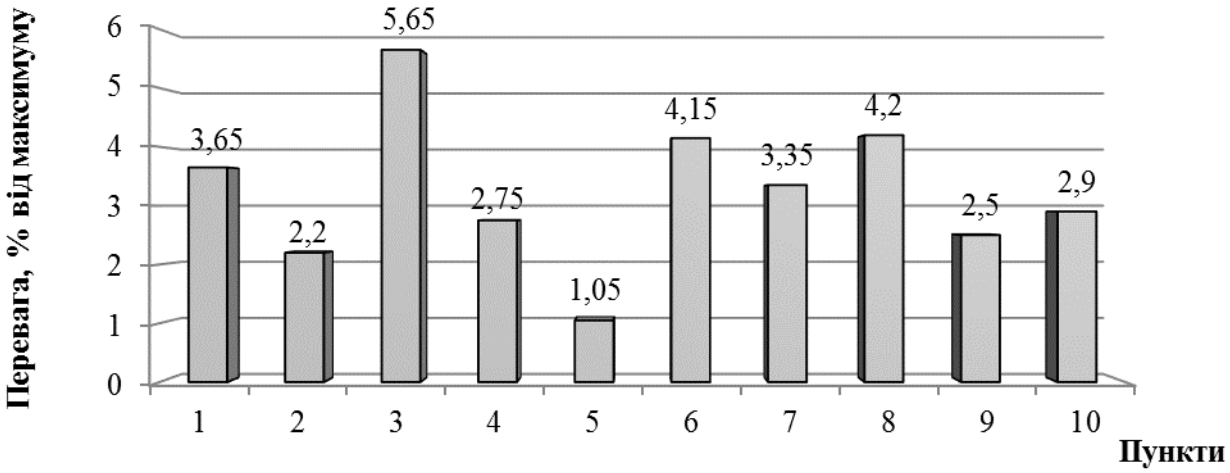


Рис. 5.24. Показники переваги у результатах пунктів терапевтичного альянсу за оцінкою фахівців пацієнтів з раціональним ставленням до хвороби над оцінками фахівців стандартної системи з аналогічними психотипами у відсотках від максимальної оцінки

Представлений статистичний аналіз дає відповідь на питання стосовно переваг розробленої програми та змін у управлінні процесом фізичної терапії на рівень формування терапевтичного альянсу на думку фізичних терапевтів у групах залежно від психотипу, проте слід розглянути наступні питання щодо показників у групах:

- чи досягли результати терапевтичного альянсу з пацієнтами 2016-2018 років з нераціональним відношенням до хвороби показників терапевтичного альянсу порівняно з пацієнтами 2013-2015 років з раціональним;
- за якими пунктами пацієнти 2016-2018 з нераціональним відношенням до хвороби мали відмінний рівень балів з пацієнтами з раціональним відношенням до хвороби;
- чи є відмінності між результатами порівняння Г+ з Г– та М+ з М–.

По-перше, слід відмітити, що при порівнянні результатів опитувальника оцінки терапевтичного альянсу (форма для фахівців) між Г+ та М– встановлено ряд відмінностей на користь М–. Це підтверджує кращу ефективність модифікованої програми та заходів щодо управління процесом фізичної терапії. Водночас такий результат є максимально сильним підтвердженням, оскільки статистичні відмінності між Г+ з Г– (табл. 3.17) підтверджували лише переваги Г+. Відзначимо, що при порівнянні Г+ з М– група М– мала перевагу у пунктах 1 (думка фізичного терапевта щодо спільного погодження з пацієнтом кроків, які необхідно вжити для поліпшення його/її ситуації) ($p<0,01$); 2 (фізичний терапевт щиро піклується про добробут пацієнта) ($p<0,01$); 3 (оцінка спільної праці з пацієнтом у напрямку взаємно узгоджених цілей) ($p<0,01$); 6 (рівень встановлення з пацієнтом гарного розуміння тих змін, які були б корисними) ($p<0,01$); 7 (взаємна повага між пацієнтом та фізичним терапевтом) ($p<0,05$); 8 (сприйняття пацієнтом та фізичним терапевтом цілей пацієнта) ($p<0,01$); 9 (повага пацієнта фізичним терапевтом, навіть у тих випадках, коли пацієнт робить те, що не схвалює фізичний терапевт) ($p<0,01$); 10 (спільне погодження фізичним терапевтом та пацієнтом того, що пацієнтові треба працювати над собою) ($p<0,01$). У такий спосіб за рахунок впроваджених змін терапевтичний альянс з пацієнтами 2016-2018 років з нераціональним відношенням до хвороби мав кращу оцінку фахівців у восьми пунктах з десяти порівняно з групою Г+, а у інших двох пунктах статистично однакову оцінку.

Водночас, у результаті порівняння результатів М+ з М– (табл. 5.20) було встановлено статистичну відмінність за пунктами:

- 1 (думка фізичного терапевта щодо спільного погодження з пацієнтом кроків, які необхідно вжити для поліпшення його/її ситуації) ($p<0,01$);
- 4 (думка фізичного терапевта щодо того, що він та пацієнт впевнені в корисності поточної діяльності в терапії) ($p<0,01$);
- 6 (рівень встановлення з пацієнтом гарного розуміння тих змін, які були б корисними) ($p<0,01$);
- 9 (повага пацієнта фізичним терапевтом, навіть у тих випадках, коли пацієнт робить те, що не схвалює фізичний терапевт) ($p<0,05$);
- 10 (спільне погодження фізичним терапевтом та пацієнтом того, що пацієнтові треба працювати над собою) ($p<0,01$).

Тобто, у модифікованій програмі рівень формування терапевтичного альянсу також мав відмінності за оцінкою фахівців залежно від психотипу їх пацієнтів.

Для того, щоб порівняти ці відмінності з аналогічними у 2013-2015 роках слід проаналізувати результати (форма для фахівців) порівняння терапевтичного альянсу М+ з М– (табл. 5.20) та Г+ з Г– (табл. 3.17). Так за 1, 4 та 10 пунктами достовірні відмінності на користь груп з раціональними психотипами були при обох порівняннях ($p<0,01$).

Разом з тим у результаті порівняння результатів опитувальника (форма для фахівців) групи М+ з групою М– не було встановлено відмінностей за пунктами 5 (фізичний терапевт цінує пацієнта, як особистість) та 7 (взаємна повага між пацієнтом та фізичним терапевтом), хоча вони спостерігалися при порівнянні Г+ з Г– (табл. 3.17), але підтверджували переваги у Г+. Беручи до уваги отримані результати, можна констатувати, що впроваджені заходи для покращення терапевтичного альянсу були ефективними серед пацієнтів 2016-2018 років з нераціональним відношенням до хвороби і сприяли зрівнянню з результатами групи М+ у пунктах 5 та 7.

І навпаки у результаті порівняння результатів опитувальника (форма для фахівців) групи М+ з групою М– були встановлені відмінності на користь першої за пунктами 6 (рівень встановлення з пацієнтом гарного розуміння тих змін, які були б корисними) ($p<0,01$) та 9 (повага пацієнта фізичним терапевтом, навіть у тих випадках, коли пацієнт робить те, що не схвалює фізичний терапевт) ($p<0,05$), чого не спостерігалося при аналізі результатів порівняння Г+ з Г– (табл. 3.17). Проте, як вже було відзначено, за цими пунктами група М– мала переваги над Г+ та Г–. Тому, у такий спосіб не можна констатувати, що наявність відмінностей за цими пунктами між М+ та М– є негативним аспектом.

5.5. Порівняльний аналіз показників задоволеності фізичною терапією у групах пацієнтів, які долучалися до програм фізичної терапії за стандартною та розробленою системою

Враховуючи, що при порівнянні груп М1+ з М2+ та М1– з М2- не було отримано достовірних відмінностей між показниками задоволеності фізичною терапією у групах пацієнтів, аналіз оцінок представлений у вигляді порівняння груп 2013-2015 та 2016-2018 років, а саме Г+ з М+ та Г- з М-. Водночас проведено порівняння М+ з М-.

Розглянемо результати статистичного аналізу оцінок задоволеності фізичною терапією пацієнтами 2013-2015 та 2016-2018 років з раціональними психотипами (табл. 5.21).

За першим доменом опитувальника задоволеності пацієнта («лікування»), котрий відображає задоволеність лікуванням, наданим фізичним терапевтом, послугами, наданими помічником фізичного терапевта, загальною якістю фізичної терапії, а також корисність інструкцій фізичного терапевта, відчуття у пацієнта щодо розуміння фізичним терапевтом його проблеми, група М+ мала статистично значиму перевагу. Аналіз оцінок домену «лікування» (табл. 5.21), виявив показники Me (25%; 75%) у М+ на рівні 85(80; 90) %, а у Г+ склали 70(65; 80) % ($p<0,01$). Різниця між $\bar{x}$ груп за цим доменом склала 11,62 %. У такий спосіб можна стверджувати, що пацієнти 2016-2018 років з

раціональними психотипами були більш задоволені лікуванням ніж пацієнти 2013-2015 років з раціональними психотипами.

Домен «конфіденційність» не був достовірно кращим у певної з груп (p>0,05). Так у Г+ та М+ значення Me (25%; 75%) оцінки щодо поважання приватності пацієнтів під час фізичної терапії склали 75(75; 75) % у обох групах (табл. 5.21). Різниця між $\bar{x}$ груп за цим доменом була невеликою і склала 2,27 %.

Таблиця 5.21

Показники оцінки терапевтичного альянсу у пацієнтів 2013-2015 (Г+) та 2016-2018 (М+) років з раціональними психотипами, бали

Показники		Групи	
		Г+ (n=58)	М+ (n=71)
Лікування	Me (25%; 75%)	70(65; 80)	85(80; 90)*
	$\bar{x}$±S	73,45±10,69	85,07±7,54
Конфіденційність	Me (25%; 75%)	75(75; 75)	75(75; 75)
	$\bar{x}$±S	74,14±8,06	76,41±9,34
Зручність призначення часу	Me (25%; 75%)	63(50; 63)	62,5(50; 75)
	$\bar{x}$±S	59,05±10,93	60,74±11,44
Вартість	Me (25%; 75%)	75(50; 75)	75(75; 75)
	$\bar{x}$±S	70,69±13,96	74,12±10,84
Платежі	Me (25%; 75%)	100(100; 100)	100(100; 100)
	$\bar{x}$±S	100,00±0,00	100±0,00
Простота планування зустрічі	Me (25%; 75%)	75(75; 100)	75(75; 100)
	$\bar{x}$±S	86,64±12,58	86,97±12,58
Планування	Me (25%; 75%)	75(75; 75)	75(75; 87,5)
	$\bar{x}$±S	77,80±12,62	78,35±10,97
Час очікування	Me (25%; 75%)	75(75; 100)	75(75; 100)
	$\bar{x}$±S	86,21±12,54	85,56±12,44
Ввічливий персонал	Me (25%; 75%)	75(75; 100)	100(75; 100)
	$\bar{x}$±S	86,64±12,58	88,73±12,53
Ввічливий фізичний терапевт	Me (25%; 75%)	75(75; 100)	100(75; 100)
	$\bar{x}$±S	86,64±12,58	89,79±12,38
Загальна задоволеність	Me (25%; 75%)	75(58,3; 91,7)	83,3(75; 91,7)*
	$\bar{x}$±S	73,71±15,20	82,98±11,57
PTPSQ	Me (25%; 75%)	76,3(71,3; 81,3)	81,6(77,5; 85)
	$\bar{x}$±S	76,19±5,88	81,41±4,45*

*Примітка. * – різниця між показниками груп статистично значуща p<0,01.*

Результати домену «зручність призначення часу», котрий зосереджується на зручності розташування клініки та доступності автостоянки, не були статистично відмінними у групах (p>0,05). Так, показники Me (25%; 75%) домену «зручність призначення часу» становили 63(50; 63) % у Г+ та 62,5(50; 75) % у М+, а середньостатистичні результати становили відповідно 59,05±10,93 % та 60,74±11,44 %. Різниця між $\bar{x}$ груп за цим доменом була невеликою і склала 1,69 %.

Статистичні показники Me (25%; 75%) домену «вартість», котрий зосереджуються на тому, що витрати на фізичну терапію встановлені обґрунтовано та на бажанні платити за послуги фізичної терапії, становили: у Г+ на рівні 75(50; 75) %, а у М+ на рівні 75(75; 75) % (p>0,05). Середньостатистичні результати становили 70,69±13,96 % у Г+ та 74,12±10,84 % у М+. Різниця між $\bar{x}$ груп за цим доменом була невеликою і склала 3,43 %.

Точність рахунків для оплати (домен «платежі») у обох групах отримала максимальний бал.

За доменом «простота планування зустрічі», котрий орієнтований на оцінку зручності часу зустрічі, котру призначив заклад, отримані оцінки наближаються до найкращих. Так у групах Г+ та М+ значення Me (25%; 75%) склали 75(75; 100) %. Статистичної відмінності між групами за цією шкалою не встановлено (p>0,05).

Результати домену «планування», котрий відображає той факт, що перший візит для фізичної терапії був запланований швидко та те, що після першої зустрічі було легко запланувати наступні візити, не мали достовірної відмінності між групами Г+ та М+ (p>0,05). Аналіз оцінок домену «планування» (табл. 5.21), виявив показники Me (25%; 75%) у Г+ на рівні 75(75; 75) %, а у М+ на рівні 75(50; 87,5)%.

За доменом «час очікування», котрий оцінює положення «коли я приїхав на лікування, мене відразу побачили», результати також були статистично однаковими у групах (p>0,05). Так у обох групах оцінка склала 75(75; 100) %.

Домени «ввічливий персонал» та «ввічливий фізичний терапевт», котрі обидва орієнтовані на оцінку ввічливості, отримали однакові значення Me (25%; 75%) у групах: у Г+ склали 75(75; 100) %, а у М+ становили 100(75; 100) %. Статистичної відмінності між групами за цими доменами не встановлено (p>0,05).

Останній домен опитувальника задоволеності пацієнта - «загальна задоволеність», котрий відображає той факт, що пацієнт рекомендує клініку родині або друзям, повернувся б до цієї клініки, якщо в майбутньому мав би потребу в фізичній терапії, а також загальну задоволеність своїм досвідом з фізичної терапії – мав результати на користь групи М+. Так, аналіз результатів домену «загальна задоволеність» (табл. 5.21), виявив показники Me (25%; 75%) у Г+ на рівні 75(58,3; 91,7) %, а у М+ на рівні 83,3(75; 91,7) %. Виявлено достовірну відмінність між групами (p<0,01). Таким чином різниця між $\bar{x}$ груп за цим доменом склала 9,27 %. У такий спосіб можна стверджувати, що пацієнти 2016-2018 років з раціональними психотипами мали кращу загальну задоволеність від фізичної терапії ніж пацієнти 2013-2015 років з раціональними психотипами.

Отже, пацієнти з раціональним ставленням до хвороби загалом були більше задоволені послугами отриманими за розробленою системою фізичної терапії (рис. 3.25).

Порівняння загального показника опитувальника PTPSQ (табл. 5.21) виявило достовірну відмінність між Г+ та М+ (p<0,01). Так, значення $\bar{x}$±S відповідно склали 76,19±5,88 % та 81,41±4,45 % відповідно. Таким чином можна стверджувати, що загалом за цим опитувальником пацієнти групи М+, котрі брали участь у модифікованій програмі, мали вищу задоволеність, а також кращим чином оцінили процес та систему фізичної терапії. Різниця між $\bar{x}$ груп за цією шкалою склала 5,22 %.

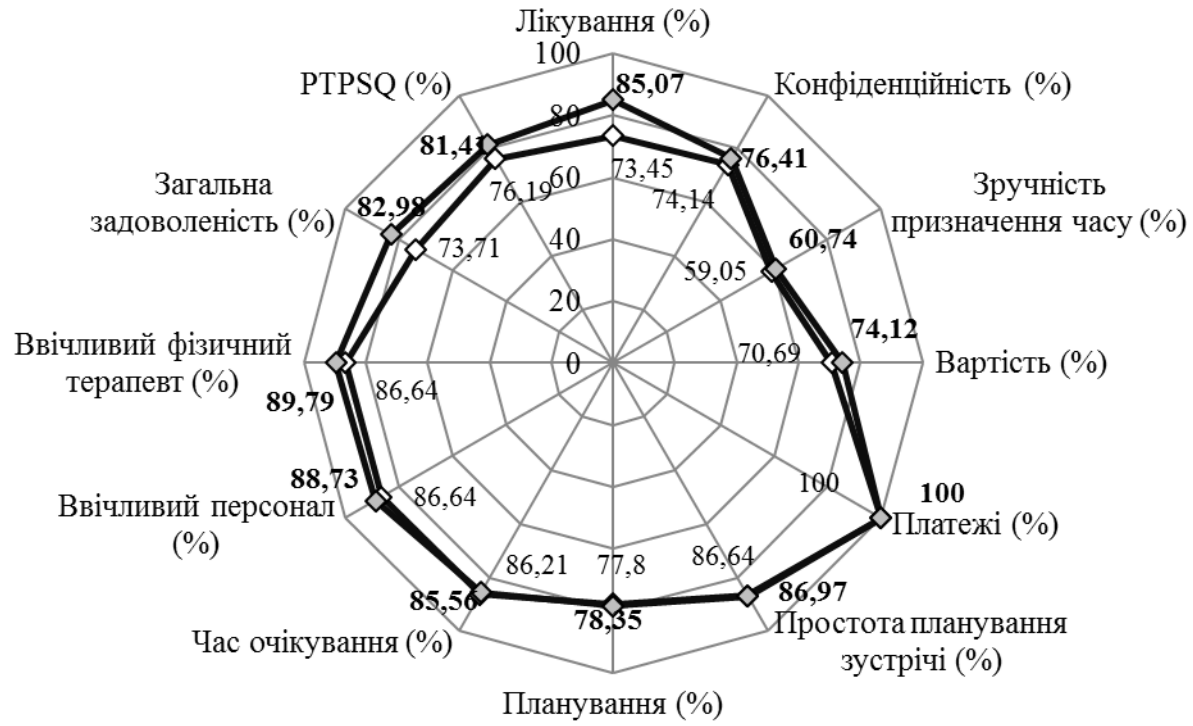


Рис. 5.25. Середньостатистичні показники шкал задлволеності фізичною терапією серед пацієнтів з раціональним ставленням до хвороби (%):

- стандартна система фізичної терапії (Г+);
- модифікована система фізичної терапії (М+)

Переваги, котрі були значимими, у отриманих результатах задоволеності фізичною терапією серед М+ порівняно з Г+ представлені на рис. 5.26.

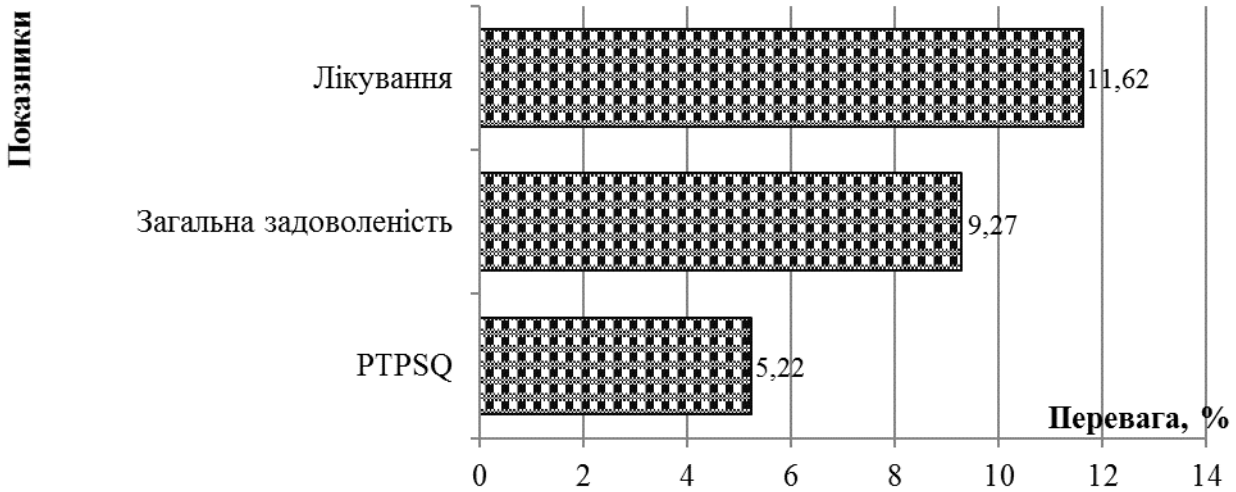


Рис. 5.26. Показники значущих різниць між результатами груп М+ та Г+ у шкалах задоволеності фізичною терапією

Відповідно до отриманих результатів, найвагоміші відмінності відзначено за показниками шкали «лікування» та «загальна задоволеність». Показники, котрі не відображені на рис. 5.26, не мали достовірних відмінностей між групами.

Розглянемо результати статистичного аналізу оцінок задоволеності фізичною терапією пацієнтами 2013-2015 та 2016-2018 років з нераціональними психотипами (табл. 5.22).

Таблиця 5.22

Показники оцінки терапевтичного альянсу у пацієнтів 2013-2015 (Г–) та 2016-2018 (М–) років з нераціональними психотипами, бали

Показники		Групи	
		Г– (n=55)	М– (n=64)
Лікування	Me (25%; 75%)	60(50; 75)	80(75; 80)* #
	$\bar{x}$±S	60,55±11,61	77,19±7,81
Конфіденційність	Me (25%; 75%)	75(50; 75)	75(75; 75)*
	$\bar{x}$±S	69,55±12,45	78,52±8,76
Зручність призначення часу	Me (25%; 75%)	63(50; 63)	62,5(50; 62,5)
	$\bar{x}$±S	59,55±10,75	60,74±9,41
Вартість	Me (25%; 75%)	75(50; 75)	75(75; 75)
	$\bar{x}$±S	70,45±13,90	73,63±11,38
Платежі	Me (25%; 75%)	100(100; 100)	100(100; 100)
	$\bar{x}$±S	100,00±0,00	99,22±4,38
Простота планування зустрічі	Me (25%; 75%)	75(75; 100)	75(75; 100)
	$\bar{x}$±S	85,91±12,51	85,94±12,5
Планування	Me (25%; 75%)	75(50; 75)	75(75; 75) #
	$\bar{x}$±S	68,86±11,75	71,88±11,14
Час очікування	Me (25%; 75%)	75(75; 75)	75(75; 75) #
	$\bar{x}$±S	79,55±9,73	79,69±9,84
Ввічливий персонал	Me (25%; 75%)	75(75; 100)	100(75; 100)
	$\bar{x}$±S	85,00±12,36	88,67±12,54
Ввічливий фізичний терапевт	Me (25%; 75%)	75(75; 100)	87,5 (75; 100)
	$\bar{x}$±S	85,00±12,36	87,5±12,6
Загальна задоволеність	Me (25%; 75%)	58,3(50; 75)	75 (66,7; 75)* #
	$\bar{x}$±S	62,12±10,74	73,05±8,88
PTPSQ	Me (25%; 75%)	71,3(65; 73,8)	76,1 (74; 80)* #
	$\bar{x}$±S	69,59±5,69	76,86±3,75

*Примітка. * – різниця між показниками груп статистично значуща p<0,01. # – різниця між показниками груп статистично значуща порівняно з групою М+ при p<0,01.*

Аналіз результатів груп Г– та М– за першим доменом «лікування» підтвердив, що група М– мала статистично значиму перевагу. Так, отримано показники Me (25%; 75%) у М– на рівні 80 (75; 85) %, а у Г– склали 60(50; 75) % ($p<0,01$). Різниця між $\bar{x}$ груп за цим доменом склала 16,64 %. У такий спосіб можна стверджувати, що пацієнти 2016-2018 років з нераціональними психотипами були більш задоволені лікуванням ніж пацієнти 2013-2015 років з нераціональними психотипами.

Домен «конфіденційність» був достовірно кращим у групі М– ($p<0,01$). Так, у Г– та М– значення Me (25%; 75%) оцінки щодо поважання приватності пацієнтів під час фізичної терапії склали відповідно 75(50; 75) % та 75(75; 75) % (табл. 5.22). Різниця між $\bar{x}$ груп за цим доменом була досить великою і склала 8,97 %.

Показники домену «зручність призначення часу» не були достовірно різними у групах ($p>0,05$). Так, показники Me (25%; 75%) склали 63(50; 63) % у Г– та 62,5(50; 62,5) % у М–. Різниця між $\bar{x}$ груп за цим доменом була невеликою.

Результати аналізу оцінок домену «вартість» не підтвердили перевагу у балах певної групи ($p>0,05$). Значення Me (25%; 75%) становили у Г– 75(50; 75) %, а у М– склали 75(75; 75) %. Середньостатистичні результати становили 70,45±13,90 % у Г– та 73,63±11,38 % у М–. Різниця між $\bar{x}$ груп за цим доменом була невеликою і склала 3,18 %.

Точність рахунків для оплати (домен «платежі») у обох групах отримала максимально високі бали з усіх доменів.

Дуже високі результати у обох групах виявлено у домені «простота планування зустрічі». Так у групах Г– та М– значення Me (25%; 75%) склали 75(75; 100) %. Достовірної відмінності між досліджуваними групами за цією шкалою не встановлено ($p>0,05$).

Оцінки домену «планування» не були достовірно різними між групами Г– та М– ($p>0,05$). Аналіз результатів домену «планування» (табл. 5.22), виявив показники Me (25%; 75%) у Г– на рівні 75(50; 75) %, а у М– на рівні 75(75; 75)%.

Результати за доменом «час очікування» не були достовірно різними у групах (p>0,05). Так у обох групах показники Me (25%; 75%) склали 75(75; 75) %.

Домени «ввічливий персонал» та «ввічливий фізичний терапевт» у групі Г– мали показники Me (25%; 75%) на рівні 75(75; 100) %. За цими ж доменами група М– мала дещо кращі результати (табл. 5.22), проте достовірних відмінностей не встановлено (p>0,05).

Домен «загальна задоволеність» мав статистично кращі результати у групі М– (p<0,01). Так, проведений аналіз оцінок домену «загальна задоволеність» (табл. 5.22), виявив показники Me (25%; 75%) у групі Г– на рівні 58,3(50; 75) %, а у М– на рівні 75 (66,7; 75) %. Таким чином різниця між $\bar{x}$ груп за цим доменом склала 10,93 %. У такий спосіб можна стверджувати, що пацієнти 2016-2018 років з нераціональними психотипами мали кращу загальну задоволеність від фізичної терапії ніж пацієнти 2013-2015 років з нераціональними психотипами.

Отже, пацієнти з нераціональним ставленням до хвороби загалом були більше задоволені програмою за системою фізичної терапії (рис. 5.27).

Порівняння загального показника опитувальника PTPSQ (табл. 5.22) виявило достовірну відмінність між Г– та М– (p<0,01). Так, значення Me (25%; 75%) відповідно склали 71,3(65; 73,8) % та 76,1 (74; 80) % відповідно. Таким чином можна стверджувати, що загалом за цим опитувальником пацієнти групи М–, котрі брали участь у модифікованій програмі, мали вищу задоволеність, а також кращим чином оцінили процес та систему фізичної терапії. Різниця між $\bar{x}$ груп за цією шкалою склала 7,27 %.

Переваги, котрі були значимими, у отриманих результатах задоволеності фізичною терапією серед М– порівняно з Г– представлені на рис. 5.28.

Відповідно до отриманих результатів, найвагоміші відмінності відзначено за показниками шкали «лікування» та «загальна задоволеність». Показники, котрі не відображені на рис. 5.28, не мали достовірних відмінностей між групами.

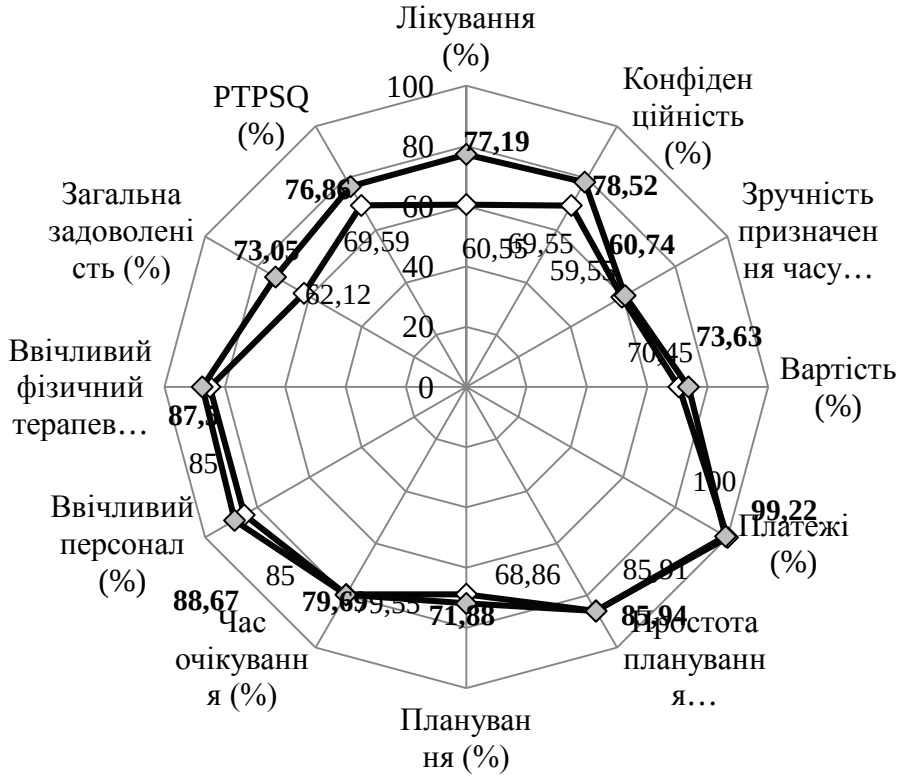


Рис. 5.27. Середньостатистичні показники шкал задлволеності фізичною терапією серед пацієнтів з нераціональним ставленням до хвороби (%).

- стандартна система фізичної терапії (Г-);
- модифікована система фізичної терапії…

Водночас, при порівнянні переваг у групах пацієнтів, які долучалися до програм фізичної терапії за стандартною та розробленою системою фізичної терапії (рис. 5.25 та 5.27), кількісно більші переваги отримано при порівнянні груп з нераціональним ставленням до хвороби, що віддзеркалює наявність у впроваджених модифікаціях компонентів цілеспрямованого впливу для покращення задоволеності фізичною терапією у пацієнтів з нераціональним ставленням до хвороби.

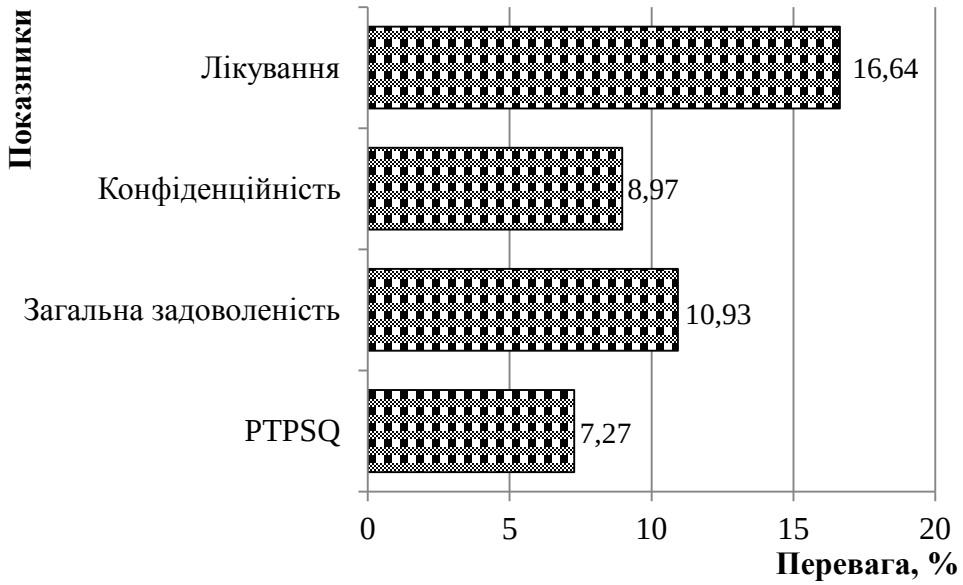


Рис. 5.28. Показники значущих різниць між результатами груп М– та Г– у шкалах задоволеності

Представлений статистичний аналіз дає відповідь на питання стосовно переваг розробленої програми та змін у управлінні процесом фізичної терапії на рівень задоволеності пацієнтів фізичною терапією у групах залежно від психотипу, проте слід розглянути наступні питання щодо показників у групах:

- чи досягли результати задоволеності фізичною терапією серед пацієнтів 2016-2018 років з нераціональним відношенням до хвороби показників задоволеності пацієнтів 2013-2015 років з раціональним ставленням до хвороби;
- за якими пунктами пацієнти 2016-2018 з нераціональним відношенням до хвороби мали відмінний рівень балів з пацієнтами з раціональним відношенням до хвороби;
- чи є відмінності між результатами порівняння Г+ з Г– та М+ з М–.

По-перше, слід відмітити, що при порівнянні результатів опитувальника задоволеності фізичною терапією між Г+ та М– встановлено дві відмінності на користь М–, дві на користь Г+, а також встановлено зрівняння двох показників

за котрими спостерігалася статистична відмінність при порівнянні Г+ та Г–. Це підтверджує кращу ефективність модифікованої програми та заходів щодо управління процесом фізичної терапії. Відзначимо, що при порівнянні Г+ з М– група М– мала перевагу у доменах «лікування» та «конфіденційність» ($p<0,01$). Водночас, такий результат є максимально вагомим підтвердженням, оскільки статистичні відмінності між Г+ з Г– (табл. 3.19) підтверджували лише переваги Г+. Разом з тим, за доменами «планування» ($p<0,05$) та «час очікування» ($p<0,01$) група Г+ мала невелику, проте достовірну перевагу над М–. Група М– (з пацієнтами з нераціональним відношенням до хвороби 2016-2018 років) досягла рівня групи Г+ (з пацієнтами з раціональним відношенням до хвороби 2013-2015 років) за доменом «загальна задоволеність» та показником PTPSQ ($p>0,05$), що є вагомим показником ефективності впроваджених змін у змісті та управлінні системою фізичної терапії.

Водночас, у результаті порівняння результатів М+ з М– (табл. 5.22) було встановлено статистичну відмінність за пунктами:

- «лікування» ($p<0,01$);
- «конфіденційність» ($p<0,01$);
- «планування» ($p<0,05$);
- «час очікування» ($p<0,01$).

Тобто, у модифікованій програмі рівень задоволеності фізичною терапією також мав відмінності за чотирма пунктами залежно від психотипу пацієнтів.

Для того, щоб порівняти ці відмінності з аналогічними у 2013-2015 роках слід проаналізувати результати порівняння задоволеності фізичною терапією М+ з М– (табл. 5.22) та Г+ з Г– (табл. 3.19). Так за пунктами «лікування», «планування», «час очікування», «загальна задоволеність» та показником PTPSQ достовірні відмінності на користь груп з раціональними психотипами були при обох порівняннях ($p<0,01$).

Разом з тим у результаті порівняння результатів опитувальника групи М+ з групою М– не було встановлено достовірної відмінності за пунктом «конфіденційність», хоча вона спостерігалися при порівнянні Г+ з Г– (табл.

3.19) та підтверджувала перевагу у Г+. Беручи до уваги отримані результати, можна констатувати, що впроваджені заходи для покращення індивідуалізації фізичної терапії та поліпшенні задоволеності фізичною терапією у клієнтів були ефективними серед пацієнтів 2016-2018 років з нераціональним відношенням до хвороби і сприяли зрівнянню з результатами групи М+ у пункті «конфіденційність».

Висновки до розділу 5

Аналіз початкових результатів показників усіх груп пацієнтів не встановив значимих відмінностей між групами стандартної та модифікованої програм фізичної терапії.

При порівнянні заключних результатів досліджуваних показників та їх динаміки було встановлено, що пацієнти 2016-2018 років, котрі брали участь у програмах за розробленою системою фізичної терапії, мали достовірно кращі заключні результати та динаміку за значною кількістю показників якості життя, обмежень у трудовій діяльності.

Дослідження впливу відношення до хвороби на динаміку показників якості життя, обмежень у трудовій діяльності у групах 2016-2018 років з урахуванням відповідності за локалізацією також виявило відмінності та підтвердило вплив психотипу на результати проведеної фізичної терапії. Проте динаміка у групах пацієнтів 2016-2018 років з нераціональними психотипами була кращою за значною кількістю показників ніж у пацієнтів 2013-2015 років з нераціональними психотипами, а також кращою за деякими показниками, навіть, порівняно з групами пацієнтів 2013-2015 років з раціональними психотипами. Це свідчить про особливі переваги розробленої програми для пацієнтів з нераціональним відношенням до хвороби щодо впливу на динаміку показників якості життя та обмежень у трудовій діяльності.

Порівняння показників формування терапевтичного альянсу та задоволеності фізичною терапією у груп аналогічних за психотипом та відмінних за системою фізичної терапії підтвердило переваги розробленої

системи фізичної терапії у ряді критеріїв. Зокрема, при порівнянні результатів формування терапевтичного альянсу пацієнтів 2016-2018 років з нераціональними психотипами з пацієнтами 2013-2015 років з раціональними психотипами встановлено або відсутність статистичної різниці (тобто зрівняння результатів, чого не було у групах пацієнтів 2013-2015 років), або достовірну перевагу пацієнтів, які долучалися до програм фізичної терапії за розробленою системою. Ці результати підтвердили переваги розробленої системи фізичної терапії загалом та особливі переваги для пацієнтів з нераціональним відношенням до хвороби.

Матеріали розділу представлені у роботах: [290, 292, 212]

РОЗДІЛ 6
АНАЛІЗ І УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Захворювання опорно-рухового апарату, включаючи ревматичі, є основною причиною інвалідності [408]. 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 [408].

Захворювання опорно-рухового апарату впливають на людей, обмежуючи їхню діяльність та участь [373], а також впливають на суспільство через випадки втрати роботи, економічного впливу (пенсії за інвалідністю, достроковий вихід на пенсію) та зростаючу потребу в соціальній підтримці [302]. Проте перешкодою для визначення пріоритетності захворювань ОРА з боку державних службовців системи охорони здоров'я є те, що ці захворювання не вважаються смертельними [372]. Хоча остеоартрит асоціюється зі збільшенням смертності [369].

Визначення пріоритетів впливає на результати роботи системи охорони здоров'я. Наприклад, французька система охорони здоров’я, де дослідження та робота з серцево-судинними ризиками були визначені як пріоритетні, є значно кращою, ніж серед 18 інших систем охорони здоров’я, але є досить слабкою у напрямку захворювань ОРА (таких як біль у шиї та спині, остеоартрит) [368].

Статистичні дані, котрі описують інвалідність при захворюваннях ОРА, знайти достатньо просто, але вони часто зосереджуються на ревматоїдному артриті або остеоартриті [338, 340]. Водночас, а визначення та показники, які використовуються для оцінки втрати працездатності, істотно різняться, що ускладнює порівняння даних.

Враховуючи результати оцінювання внеску захворювань опорно-рухового апарату у інвалідність, Palazzo C. разом з спів авторами [372] наголошує на тому, що вони заслуговують більшої уваги з боку органів охорони здоров'я, навіть у розвинених країнах. Так, використовуючи основний набір категорій інвалідності для ревматичних та м’язово-скелетних патологій Міжнародної класифікації функціонування, інвалідності та здоров'я (МКФ) дослідники констатували значний відсоток розповсюдженості болю в спині (12,5%) та остеоартриту (12,3%) серед населення. Окрім того слід відзначити, що люди, які повідомили про остеоартрит, були більше обмеженими у ходьбі ніж здорові. Люди, які повідомили про запальний артрит, були більш обмеженими у активності повсякденного життя (зокрема ходьба та переміщення). З точки зору суспільства, остеоартрит був головним фактором обмеження активності. Зміна робочих місць в основному пояснювалася болями в шиї та болями в попереку.

У такий спосіб, доповнення та формування нових даних та підходів щодо актуалізації даних про обмеження можливостей та інвалідність у осіб з порушеннями ОРА може допомогти державним фахівцям у сфері політики охорони здоров’я дещо змінити пріоритетні стратегії охорони здоров'я та переконати їх у необхідності сфокусуватися на опорно-руховий стан для покращення здоров'я населення. З урахуванням розглянутих даних та поглядів була визначена мета роботи.

Проведений аналіз науково-методичної літератури та синтез отриманих результатів був спрямований на критичний розгляд, зіставлення і осмислення представлених даних та висновків наукових праць, досліджень та теоретико-методичних джерел, котрі присвячені дослідженню медико-соціального значення порушень опоно-рухового апарату та ролі фізичної терапії у їх комплексному лікуванні, проблемам організації системи фізичної терапії на рівні держави та окремих закладів, особливостям управління у таких системах. Водночас, результати проведеного аналізу відіграли ключову роль у пошуку науково-методологічних підходів їх вирішення поставлених завдань.

Дані, котрі були отримані при обстеженні пацієнтів 2013-2015 років дозволили провести аналіз початкових показників та динаміки впродовж фізичної терапії загальної якості життя, обмежень у трудовій діяльності, а також оцінити показники терапевтичного альянсу та задоволеності пацієнта фізичною терапією з врахуванням локалізації порушення та типу ставлення до хвороби. Це стало основою для розробки та впровадження змін у існуючу систему фізичної терапії, а саме у зміні ролі фізичного терапевта, у впровадженні комплексного оцінювання результативності послуг фізичної терапії (не лише економічної), у впровадженні нових підходів управління процесом фізичної терапії у ланках «керівник – фізичний терапевт» та «фізичний терапевт - пацієнт» (з акцентом на тип ставлення до хвороби пацієнта). Обстеження пацієнтів 2016-2018 років дозволили порівняти ефективність систем фізичної терапії та, відповідно, ефективність впроваджених змін.

У роботі відображено три групи даних, що були отримані за результатами проведеного наукового дослідження, а саме ті, що підтверджують, доповнюють і абсолютно нові дані.

Отримано нові дані про наявність відмінностей у якості життя (за більшою половиною доменів) та у динаміці її показників за курс фізичної терапії у осіб з ураженнями опорно-рухового апарату залежно від типу ставлення до хвороби, відповідно до результатів застосування опитувальника SF-36. У такий спосіб було *підтверджено* вплив типу ставлення до хвороби на результативність фізичної терапії. Відзначимо, що 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 з ураженнями ОРА. Проте залишалися невизначеними особливості впливу 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 [171, 46].

Водночас, *підтверджено* результати досліджень котрі вказують на зниження показників якості життя у осіб з ураженнями опорно-рухового апарату ніж середні значення популяції [375, 384]. Так отримані нами показники були нижчими ніж у здоровій популяції України (за даними Ю.І. Фещенко [222]). Окрім того, 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 [384].

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 рідше.

У роботі Picavet H. S. J. та Hoeymans N. [375] 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, за допомогою опитувальників SF-36 та Euroqol (EQ-5D). До вибірки опитаних увійшло 3664 жителів Голландії віком від 25 років. Їм було представлено дванадцять описів поширених захворювань опорно-рухового апарату для встановлення факту, що у них є якесь із цих захворювань за повідомленням їх лікарів. Їхні відповіді були використані для оцінки поширеності цих умов. У такий спосіб 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).

Водночас, отримані нами показники були нижчими ніж у роботі Picavet H. S. J. та Hoeymans N [375]. Це можливо пояснити тим, що якість життя здорового

населення в Україні [222] 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 Hoeymans N. [375] 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 можливості 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 [384] проводилося дослідження динаміки якості життя з формуванням м’язово-скелетних порушень. Зокрема у частки обстежених пацієнтів відмічалося 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 [222].

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

Зокрема, при вивченні якості життя пацієнтів з артеріальною гіпертензією в залежності від типу реагування на своє захворювання Пшуком Н.Г. та

співавторами було встановлено [171], що у пацієнтів із гармонійним, анозогностичним та ергопатичннм 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.

Проведене нами дослідження, у свою чергу встановило, що якість життя у пацієнтів 2013-2015 років з раціональними типами ставлення до хвороби була статистично кращою у доменах «загальне здоров'я», «життєздатність», «роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності», «психічне здоров'я». Тобто тих, котрі відносять до показника «психічний статус» за опитувальником SF-36. Аналогічно склалася ситуація й з результатами опитувальника EQ-5D-5L, а саме було встановлено відмінність на користь пацієнтів з раціональними типами ставлення до хвороби у шкалі «тривога/депресія» та показнику ВАШ-здоров’я.

Отримано нові дані про рівень обмежень у трудовій діяльності (за даними Work Limitations Questionnaire) серед осіб з ураженнями опорно-рухового апарату , котрі проживають в Україні та відповідали критеріям включення у дослідження.

Разом з тим, *підтверджено* результати досліджень, котрі вказують на підвищення обмежень у трудовій діяльності серед осіб з ураженнями опорно-рухового апарату [409, 387, 288, 332, 261].

У такий спосіб, отримані результати *доповнили* дані ряду авторів [409, 288, 332, 261] щодо обмежень у трудовій діяльності при порушеннях опорно-рухового апарату, а також підвищують значимість фізичної терапії у комплексній реабілітації тематичних пацієнтів на амбулаторному етапі.

Зокрема, у роботі Walker N. та співавторів [409] повідомляться, що серед пацієнтів з ревматоїдним артритом обмеження в роботі були у всіх робочих сферах: «фізичні вимоги» (27,5%), «розумові та міжособистісні вимоги» (15,7%), «вимоги до виробництва» (19,4%) та «управління часом» (28,6%), в результаті чого середній показник WLQ становив 5,9 % (SD 5,6), що відповідає зниження продуктивності на 4,9% та збільшення робочого часу на 5,1% для

компенсації втрати продуктивності. Індекс WLQ був обернено пов'язаний з результатами дослідження якості життя за SF-36: психічний статус (r = -0,60) та фізичний статус (r = -0,49). Водночас, дослідники повідомляють, що втома, біль та результати Опитувальника з оцінки здоров'я (HAQ) також були суттєво пов'язані з індексом WLQ [409].

Проте дослідники звертають увагу, що люди з ревматоїдним артритом схильні вибирати завдання, які вони можуть виконувати зі своїми обмеженнями, в результаті чого WLQ не виявляє функціональних обмежень, а також HAQ та SF-36 [409].

Окрім того, у попередніх роботах приділялася увага впливу навчальних програм на якість життя та обмеження, пов'язані з роботою, серед працівників [387].

Цікавим є дослідження U.Bültmann [261]. У цій роботі була звернена увага на дослідження показників опитувальника WLQ-16 серед травмованих працівників, котрі претендують на компенсацію, та вивчити, чи змінюються ці показники залежно від рівня депресивного симптому (що дещо нагадує наші порівняння за психотипом). Досліджувалися дані під час готовності до повернення на роботу після травми опорно-рухового апарату. Загалом до аналізу у цій роботі було включено 333 травмовані працівники, які повернулися до роботи. Тридцять чотири відсотки повідомили про високий рівень депресивної симптоматики (HDSL). У такий спосіб було констатовано, що учасників з високим рівнем депресії отримані помітно гірші показники шкал «фізичні вимоги» та «управління часом» порівняно з учасниками із низьким рівнем депресивних симптомів.

Це дослідження дає схожі до отриманих нами докази того, що вимірювальні властивості WLQ-16 можуть змінюватися залежно від рівня депресивних симптомів у працівників, які повернулися на роботу після порушення опорно-рухового апарату. Необхідно провести більше досліджень, щоб краще зрозуміти, наскільки ефективні заходи, пов'язані зі здоров'ям, зокрема фізична терапія, у працівників із депресивними симптомами.

Слід відзначити також думку Escorpizo R. та співавторів [288] про те, що результат відновлення продуктивності праці має важливе значення при вивченні реабілітації працівників, які страждають на артрит та інші опорно-рухові захворювання. Існує велика різниця у змісті анкет оцінки продуктивності працівників. Анкети опитування продуктивності праці для самозвітності значно відрізняються за своїм змістом.

У роботі Keysor J. J. та співавторів [332] відзначається, що рівень втрати працездатності є високим серед людей з опорно-руховими захворюваннями, потрібні ефективні програми профілактики інвалідності. Автори вивчали ефективність модифікованого професійного реабілітаційного підходу кваліфікованих ерготерапевтів та фізичних терапевтів, спрямованого на зниження обмежень у роботі та втрати роботи впродовж 2 років серед людей з ревматичними та опорно-руховими захворюваннями. У цьому дослідженні було рандомізовано 287 учасників 21–65 років з зайнятістю 15 годин та більше на тиждень, котрі були стурбовані можливістю залишатися на роботі (143 інтервенційні та 144 учасники контролю). Загалом 264 учасники (92 %) завершили збір даних. Втручання включало 1,5-годинну зустріч, отримання плану дій, письмові матеріали щодо підтримки зайнятості та телефонні дзвінки на 3 тижні та 3 місяці. Учасники контрольної групи отримали лише письмові матеріали. Встановлено, що не було різниці у динаміці середніх значень WLQ-індексу у групах від базової лінії до заключного спостереження (динаміка: −8,6 ± 1,9 група втручання, проти −8,3 ± 2,2 у контрольній). З 36 учасників, які втратили постійну роботу 11 (8%) були учасниками інтервенційної групи та 25 (18%) учасниками контролю (P = 0,03). Зроблено висновок, що втручання не впливало на поліпшення динаміки обмеження роботи, але зменшило кількість осіб, що втратили роботу. Водночас, у цій роботі представлені показники WLQ-індексу, котрі були отримані впродовж 2 років.

Результати цього дослідження, а також нашого актуалізують проблему розробки систем фізичної терапії на рівні держави та програм фізичної терапії,

заснованих на сучасних управлінських концепціях, на включенні у зміст лише дієвих засобів підвищення працездатності тематичних пацієнтів.

Результати дослідження обмежень у роботі при пошкодженнях верхніх кінцівок презентовано у роботі Pichora D. та Grant H. [376]. 314 працюючих та 146 непрацюючих заявники до Правління з безпеки та страхування на робочому місці Канади взяли участь в цьому описовому дослідженні. Відзначено, що непрацюючі та підгрупа працівників, котра має високий ризик втрати праці, показали значно погіршення психічного функціонування за SF-36. Погіршене психічне функціонування, жіноча стать та травма плеча були чинниками ризику нестабільності на роботі. Дослідники вказують, що домени опитувальника WLQ у групі мали наступні значення: управління часом 37,9±4,8 (Mean±SD), фізичні вимоги 41,47 (36) (Median (IQR)), розумові та міжособистісні вимоги 22,25 (39) (Median (IQR)), вимоги до виробництва 39,7±2,2(Mean±SD). Слід відзначити, що за SF-36 загальна шкала фізичного статусу у групі працюючих становила 35,7±8,1 балів, а у групі непрацюючих – 34,9±7,4 бали (p=0,49). Загальна шкала психічного статусу відповідно 42,4±12,5 та 38,4±14,2 бали (p=0,03).

Слід відзначити думку Tang K. та його співавторів [399] про те, що в даний час нема чіткого розуміння щодо вибору конкретних методів оцінки обмежень на роботі, які можуть бути найбільш підходящими для певного населення чи ситуації. При порівнянні шкал для оцінки втрат продуктивності та обмежень на роботі було відзначено, що, хоча, жодна шкала не виділялася як явний лідер, WLQ вважався найкращим інструментом у цілому. Водночас отримані лише скромні кореляції при порівнянні інструментів (орієнтованих на роботу конструкцій опитувальників) (r = 0,37–0,60). Дещо відмінні результати говорять про певну розбіжність у тому, як ці заходи концептуалізують «обмеження та інвалідність на роботі», що важливо враховувати під час вибору інструментів для майбутніх досліджень.

У такий спосіб, WLQ надає спеціальну інформацію, яка недоступна з використанням звичних методів оцінки, і може надати корисні знання про окремі проблеми пацієнта на робочому місці, що є необхідним у сфері фізичної

терапії з урахуванням сучасних підходів до побудови програм, пацієнт орієнтованому підході та Міжнародної класифікації функціонування.

При порівнянні груп пацієнтів 2013-2015 років були о*тримано нові дані* про наявність відмінностей у шкалах опитувальника щодо обмежень у трудовій діяльності та у динаміці цих показників за курс фізичної терапії у осіб з ураженнями опорно-рухового апарату залежно від локалізації пошкодження та типу ставлення до хвороби. У такий спосіб було *підтверджено* вплив типу ставлення до хвороби на результативність фізичної терапії.

Так, у результаті нашого дослідження було виявлено достовірні відмінності між пацієнтами за шкалами «фізичні вимоги» та «вимоги до виробництва» при розділенні їх на групи залежно від локалізації пошкодження. З іншої сторони, при розділенні пацієнтів на групи залежно від психотипу достовірних відмінностей отримано більше («управління часом», «розумові та міжособистісні вимоги», «вимоги до виробництва», WLQ Index Score та WLQ At-WPLS), що свідчить про важливість врахування ставлення до хвороби та його вплив на різні аспекти продуктивності праці. Водночас, обидва ці висновки важливі для складання більш індивідуалізованої програми фізичної терапії та покращення динаміки показників обмежень у роботі, а також, напевно, якості життя.

З оглядом на розраховані показники WLQ Index Score та WLQ At-WPLS та отриману їх динаміку можна констатувати, що нами *доповнено дані* про економічну ефективність застосування фізичної терапії.

Так, економічну ефективність застосування фізичної терапії при м’язово-скелетних болях відображено у роботі Schmidt J. та Schwebach R.G. [389]. Дослідниками за допомогою опитувальника WLQ-25 був розрахований показник втрати продуктивності (WLQ At-WPLS) серед адміністративних службовців у групі ділових та фінансових служб великого університету: 6,09% у загальній вибірці та 6,32% у групі втручання. Було встановлено, що фізична терапія зменшила витрати в групі лікування (n = 24) з 3846 доларів (середній рівень) на одного працівника до 2 087 доларів на одного працівника. Результати

дослідження показали зменшення на 46% початкового показника втрати продуктивності, що дало 292% прибутку від інвестицій на основі підвищення продуктивності працівників. Результати дослідження показують, що м’язово-скелетний біль відіграє значну роль у продуктивності працівників та їх здатності виконувати завдання, пов'язані з роботою. Це дослідження свідчить про те, що фізична терапія раннього втручання є ефективною для зменшення витрат.

Отримано нові дані про рівень формування терапевтичного альянсу між пацієнтами та фізичними терапевтами серед осіб з ураженнями опорно-рухового апарату , котрі проходили амбулаторну фізичну терапію, проживають в Україні та відповідали критеріям включення у дослідження.

Результати нашої роботи *доповнили дані* про формування терапевтичного альянсу між пацієнтами та фізичними терапевтами.

Зокрема у роботі Lawford B. [345] досліджувався терапевтичний альянс між фізичними терапевтами та пацієнтами з остеоартритом коліна під час телефонних консультацій за допомогою Working Alliance Inventory (Short Form). Вивчалися три аспекти: описання та порівняння оцінок фізичного терапевта та пацієнта; визначити, чи змінюється альянс з часом; оцінити зв'язок певних характеристик з альянсом. Пацієнти отримували 5-10 консультацій з одним із 8 фізіотерапевтів по телефону, включаючи аспекти освіти, консультації та призначення програми зміцнення та фізичного навантаження.

Терапевтичний альянс вимірювали після другої (4 тиждень) та останньої консультації (26 тиждень). Автори констатують, що оцінки пацієнтів та фізіотерапевтів були високим. На 4 тижні пацієнти оцінювали альянс та всі три підшкали вище, ніж терапевти. На 26 тижні пацієнти оцінили підшкалу "завдання" (task items) вище, ніж терапевти. Оцінка пацієнтів для підшкали «мета» (goal items) знижувався з часом, тоді як оцінка фізичних терапевтів за загальною шкалою альянсу та шкали «взаємовідносини» зростали. Терапевти були схильні формувати більш міцний союз, якщо вони мали менший клінічний

досвід та при лікуванні молодших пацієнтів та тих, котрі мали вищу самоефективність.

Отримано нові дані про вплив типу ставлення пацієнта до хвороби на рівень його оцінки терапевтичного альянсу та на рівень оцінки фахівця. Так, оцінка терапевтичного альянсу як за опитувальником для пацієнтів, так і за опитувальником для фахівців була кращою у пацієнтів з раціональним відношенням до хвороби та їх фізичних терапевтів. Зокрема вісім з дванадцяти пунктів опитувальника для пацієнтів булі кращими у групі з раціональними психотипами, а також усі сумарні оцінки. Результати аналізу версії опитувальника для спеціалістів також підтвердили наявність гіршого терапевтичного альянсу при роботі з пацієнтами з нераціональним відношенням до хвороби. Так, фахівці пацієнтів з нераціональними психотипами оцінили статистично гірше терапевтичний союз за п’ятьма пунктами опитувальника для спеціалістів з десяти.

Отримані результати та проведений статистичний аналіз дозволили оцінити різні сторони рівня формування терапевтичного альянсу серед пацієнтів 2013-2015 років, визначити сильніші та слабші місця й, у такий спосіб, обумовили необхідність розробки шляхів покращення союзу пацієнта та фізичного терапевта.

З іншої сторони ці результати *доповнили* дані про вплив певних факторів на формування терапевтичного альянсу. У літературі згадувалося про встановлення ряду факторів, котрі чинять вплив на альянс між пацієнтом та фізичним терапевтом [334].

Беручи до уваги ті факти, що показники терапевтичного альянсу та загальна динаміка досліджуваних показників були ліпшими серед пацієнтів з раціональним ставленням до хвороби, було *підтверджено* вплив терапевтичного альянсу та типу ставлення до хвороби на результативність лікування.

Раніше повідомлялося про вплив терапевтичного союзу між пацієнтами та фізичними терапевтами на результат лікування при реабілітації пацієнтів з

хронічним болем у попереку у дослідженні Ferreira P.H. та співавторами [294]. Так проведене оцінювання за допомогою Working Alliance Inventory показало, що терапевтичний альянс був предиктором впливу на показники функціонування, загальний ефект від лікування, біль та інвалідність. Проте слід відзначити, що ці показники оцінювали до та після 8 тижнів лікування, а терапевтичний альянс оцінювали на другому сеансі лікування, що, можливо, упереджувало оцінку взаємодії на початкових стадіях лікування.

Літературний огляд досліджень присвячених впливу терапевтичного альянсу при болю у попереку, котрий був проведений Taccolini Manzoni A.C. та співавторами [398], встановив, що стимулюючі заходи для формування терапевтичного альянсу під час лікування сприяють значному поліпшенню болю; дослідження без заходів стимулювання показали розбіжність щодо взаємозв'язку терапевтичного союзу та болю. Taccolini Manzoni A.C. та співавтори відзначили, що існуючі дослідження не дають доказів міцного зв’язку між терапевтичним альянсом та полегшенням болю.

Водночас, більш ранній літературний огляд [304] відзначив наявність значних позитивні асоціації між альянсом та рядом показників у пацієнтів з м’язово-скелетними порушеннями. Зокрема дослідники знайшли роботи з підтвердженням впливу терапевтичного альянсу на глобальний сприйнятий ефект від фізичної терапії [293, 415, 416], зміну болю [361, 416], фізичної функції [293, 312], задоволеністю пацієнтів лікуванням [251], депресією та загальним станом здоров'я [361].

У цьому ж аспекті слід відзначити, що комунікаційним навичкам, котрі сприяють покращенню терапевтичного альянсу, можна навчити [351, 358, 363]. Саме на це й були спрямовані ряд впроваджених нами заходів у розроблену систему фізичної терапії. Отримані результати при порівнянні рівнів терапевтичного альянсу серед пацієнтів 2013-2015 років з результатами пацієнтів 2016-2018 додатково підтвердили вплив терапевтичного альянсу на показники якості життя та обмежень у трудовій діяльності, а також те, що

навички, котрі сприяють покращенню терапевтичного альянсу, можна покращувати за допомогою навчання персоналу.

Отримано нові дані про рівень задоволеності фізичною терапією серед осіб з ураженнями опорно-рухового апарату , котрі проживають в Україні та відповідали критеріям включення у дослідження.

З іншої сторони нами були *доповнені* дані про задоволеність фізичною терапією загалом та опорно-рухового апарату зокрема [262, 267, 313].

Відповідно до результатів огляду, проведеного Hush, J. M. з співавторами [315], пацієнти дуже задоволені фізичною терапією опорно-рухового апарату, що надається в амбулаторних умовах Північної Європи, Північної Америки, Великобританії та Ірландії. Міжособистісні особливості терапевта та процес догляду є ключовими факторами задоволеності пацієнта. Несподіваним виявлено, що результат лікування нечасто і непослідовно пов'язаний із задоволенням пацієнта. Фізичні терапевти можуть підвищити якість орієнтованої на пацієнта допомоги, розуміючи та оптимізуючи ці детермінанти задоволеності пацієнта.

Відзначимо, що наразі формування систем охорони здоров'я, котрі орієнтовані на пацієнтів є домінуючою парадигмою у наданні медичних послуг. У цих рамках рівень задоволеності пацієнтів став важливим показником якості обслуговування пацієнтів [259, 283, 315, 344]. Водночас відбувається зростання інтересу до вимірювання задоволеності пацієнтів у сфері охорони здоров’я, що відображає зміни у ринку послуг орієнтованих на пацієнта [252, 260]. Ця тенденція відображає наявність конкуренції на ринку.

Пацієнти, які дуже задоволені медичною послугою, швидше і частіше звертаються за додатковими послугами та рекомендують медичний заклад своїм знайомим [252].

Велике значення задоволеності пацієнтів ще більше підкреслюється свідченням того, що задоволені пацієнти більш старанно дотримуються рекомендацій та призначень терапевтів, отримують більше користі від системи

охорони здоров'я та здоров’язберігаючих заходів та мають більш високу якість життя [295, 301, 315, 385].

Поліпшення якості послуг є одним з основних критеріїв при оцінці медичних установ [260, 277]. Адміністративні органи охорони здоров'я та страхові кампанії у сфері охорони здоров'я досліджують задоволеність пацієнтів для виявлення особливостей надання послуг та шляхів їх вдосконалення. Оцінки задоволеності пацієнтів аналізують для забезпечення якості послуг та враховують для акредитації лікарень та первинних медичних закладів [315].

Задоволеність пацієнтів послугами фізичної терапії та терапевтичний альянс є настільки ж важливими для оцінки ефективності терапії, як й об’єктивні критерії ефективності.

Пацієнти з порушеннями опорно-рухового апарату часто звертаються в амбулаторії за допомогою до фізичних терапевтів для отримання можливості управління болем та покращення рівня мобільності. Протягом останнього десятиліття численні автори вивчали задоволеність пацієнтів фізичною терапією опорно-рухового апарату [262, 267, 313].

Зокрема досліджувався вплив на задоволеність особливостей надавачів послуг фізичної терапії [354] та віку пацієнтів [360].

У цьому аспекті нами були *отримані нові дані* щодо впливу типу ставлення пацієнта до хвороби на рівень задоволеності фізичною терапією.

Водночас, враховуючи наявну конкуренцію на ринку послуг фізичної терапії, покращення критеріїв задоволеності фізичної терапії було одним із завдань впроваджених нами заходів у розроблену систему фізичної терапії, у тому числі й заходи щодо підвищення якості послуги та взаємодії фахівця з пацієнтом. Отримані результати при порівнянні рівнів задоволеності серед пацієнтів 2013-2015 років з результатами пацієнтів 2016-2018 додатково підтвердили позитивний вплив впроваджених змін на рівень задоволеності.

Таким чином, вивчення задоволеності амбулаторною фізичною терапією при порушеннях опорно-рухового апарату є важливим напрямком досліджень. Окрім того корисним є дослідження задоволеності пацієнтів при сучасних

реформах системи охорони здоров’я України, а також у аспекті впливу модифікацій у системі фізичної терапії амбулаторного приватного медичного закладу, котрий у свою чергу має бути конкурентоспроможним на ринку послуг.

ВИСНОВКИ

1. Фізична терапія пацієнтів осіб з ураженнями опорно-рухового апарату є актуальною медико-соціальною проблемою. За даними аналізу літератури виявлено тенденцію до зростання поширеності патології опорно-рухового апарату серед населення, а також зростання показників інвалідизації. За таких обставин підвищується значення організації реабілітаційної допомоги населенню, зокрема фізичної терапії. Водночас, швидкий розвиток технологій оперативного лікування, короткотривалий період перебування у стаціонарі після операції, низька доступність санаторно-курортного лікування з максимально індивідуалізованими програмами фізичної терапії та недоцільність довгострокового відлучення від трудової діяльності обумовлюють необхідність розвитку у містах центрів з надання послуг фізичної терапії для амбулаторних пацієнтів з ураженнями опорно-рухового апарату. З іншого боку, в умовах реформування системи охорони здоров’я державою фактично не здійснюється моніторинг результативності отриманих реабілітаційних послуг та ефективності діяльності існуючих реабілітаційних установ. Медико-статистичні показники первинної інвалідності та показники реабілітації осіб з інвалідністю свідчать про низьку ефективність зазначених закладів. Водночас, впровадження реформи галузі охорони здоров’я робить можливою кооперацію держави та приватних медичних центрів для забезпечення розбудови системи фізичної терапії, спонукає до створення реабілітаційних відділень у медичних закладах різних форм власності з метою підвищення якості послуг та своєї конкурентоспроможності на ринку. Дослідники звертають увагу на організаційно-методичні аспекти застосування фізичної терапії при різноманітних захворюваннях і травмах опорно-рухового апарату. У доступній літературі запропоновано різні варіанти поєднання комплексного використання засобів та методів у програмах реабілітації, але проблеми й особливості організації надання послуг фізичної терапії в сучасних ринкових та

законодавчих умовах, впровадження біопсихосоціальної моделі фізичної терапії залишаються поза увагою дослідників. У науково-методичній літературі недостатньо розглянуто структурні компоненти системи фізичної терапії на рівні закладу та їх взаємодії. Необхідним є поглиблення знань щодо управління процесом фізичної терапії на різних ланках системи на засадах біопсихосоціальної моделі для поліпшення ефективності фізичної терапії та конкурентоспроможності закладу.

2. Аналіз показників якості життя, обмежень у трудовій діяльності та їх динаміки у пацієнтів з ортопедичними порушеннями, котрі проходили курс у рамках стандартної системи фізичної терапії впродовж 2013–2015 років, підтвердив наявність позитивних змін цих показників. Встановлено вплив локалізації порушення та типу ставлення до хвороби на значення ряду початкових показників та їх динаміку. Зокрема, показник шкали «фізичне функціонування» був кращим у пацієнтів з порушеннями у верхній частині тіла – середньостатистичний результат на рівні 47,1 ± 13,77 бала, показники Me (25 %; 75 %) становили 40 (35; 60) балів; а в групі з порушеннями у нижній частині тіла – 62,6 ± 8,02 бала та 60 (55; 70) балів відповідно. Найбільші відмінності у початкових результатах якості життя при розділенні пацієнтів залежно від типу ставлення до хвороби спостерігалися в оцінці шкал «роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності» (45,9 ± 16,31 бала у пацієнтів з раціональними типами ставлення до хвороби проти 17,6 ± 16,79 бала у пацієнтів з нераціональними ($p < 0,01$)), «психічне здоров'я» (відповідно 59,1 ± 5,62 бала проти 41,4 ± 5,42 бала ($p < 0,01$)), «загальне здоров'я» (відповідно 64,8 ± 10,55 бала проти 53,7 ± 9,92 бала ($p < 0,01$)). Локалізація порушення вплинула на встановлення достовірних відмінностей між групами у показниках якості життя за опитувальником EQ-5D-5L (шкали «мобільність» та «біль/дискомфорт»), а також показники обмежень у трудовій діяльності (шкали «фізичні вимоги» та «вимоги до виробництва»); а тип ставлення до хвороби на шкали «тривога/депресія» та ВАШ серед показників якості життя, «управління часом», «вимоги до виробництва», «розумові та міжособистісні вимоги» та

індекси опитувальника щодо обмежень у трудовій діяльності. Відповідно до отриманих результатів якості життя, між групами пацієнтів з раціональним та нераціональним ставленням до хвороби найбільша абсолютна різниця у динаміці спостерігалася за шкалами «біль», «роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності», «життєздатність» за опитувальником SF-36 та шкалі «тривога/депресія» за опитувальником EQ-5D-5L. Аналогічні відмінності у показниках обмежень у трудовій діяльності були найбільшими у шкалах «фізичні вимоги» та «розумові та міжособистісні вимоги». Розрахунок відносних переваг ще більше відобразив кількісні відмінності у динаміці. Таким чином, менше виражена динаміка серед пацієнтів з нераціональними типами ставлення до хвороби стала підґрунтям до створення системи фізичної терапії на основі біопсихосоціальної моделі та положень МКФ.

3. Показники формування терапевтичного альянсу між пацієнтами 2013–2015 років та їх фізичними терапевтами були ліпшими в групі пацієнтів з раціональним ставленням до хвороби. Показник домену «ціль» у пацієнтів з раціональними психотипами склав 14 (12,75; 15) балів, а в групі з нераціональними психотипами – 12 (11; 14) балів ($p < 0,01$) відповідно. Значення Me (25 %; 75 %) домену «завдання» та «взаємовідносини» також були достовірно кращими: відповідно 15 (13; 15) балів проти 12 (11; 15) балів ($p < 0,01$) та 16 (16; 17) балів проти 14 (13; 15) балів ($p < 0,01$). Майже половина доменів опитувальника щодо задоволеності пацієнта фізичною терапією були ліпшими у пацієнтів з раціональним ставленням до хвороби. Аналіз оцінок домену «лікування» виявив показники Me (25 %; 75 %) у пацієнтів з раціональними психотипами на рівні 70 (65; 80) %, а в групі з нераціональними – на рівні 60 (50; 75) % ($p < 0,01$). Різниця між середніми значеннями груп склала 12,9 %. Достовірна відмінність на користь пацієнтів з раціональним типом ставлення до хвороби отримана й у показниках доменів «конфіденційність», «планування», «час очікування», «загальна задоволеність». Загальний показник опитувальника PTPSQ також був кращим у групі пацієнтів з раціональним ставленням до хвороби і склав 76,19 ± 5,88 %, а в групі з

нераціональними – та 69,59 ± 5,69 % відповідно ($p < 0,01$). Встановлені результати стали основою для проведення аналізу структури системи фізичної терапії на рівні закладу та її модифікації, зміни змісту програм та впровадження підходів біопсихосоціальної моделі фізичної терапії для поліпшення динаміки досліджуваних показників якості життя, обмежень у трудовій діяльності, покращення формування терапевтичного альянсу та підвищення рівня задоволеності фізичною терапією, в першу чергу у пацієнтів з нераціональним відношенням до хвороби. Водночас, ці зміни є чинниками, котрі збільшують конкурентоспроможність центру на ринку та його привабливість для держави в аспекті фінансування реабілітаційних послуг.

4. Система фізичної терапії, яка діяла у 2013–2015 роках, більшою мірою відповідала адміністративній школі управління та традиційній структурі організації. При побудові нової системи фізичної терапії було враховано соціально-психологічні і емоційні потреби працівника та пацієнта, міжособистісну взаємодію у процесі роботи й управління, а людський фактор став основним елементом ефективної організації. Нова структура отримала горизонтальний поділ професійних обов'язків у міждисциплінарній команді, що потребувало доповнення методичних основ створення та реалізації програм фізичної терапії в умовах окремого амбулаторного центру фізичної терапії для осіб з ураженнями опорно-рухового апарату з урахуванням біопсихосоціальної моделі та основних положень та концепцій МКФ.

5. Ключовим моментом у розробці системи фізичної терапії осіб з ураженнями опорно-рухового апарату на амбулаторному етапі відновлення стало формування мети діяльності закладу, його політики, спрямованої на підвищення якості послуг та створення позитивної репутації. У розробленій системі фізичної терапії підвищено роль фізичних терапевтів з виконавців програм фізичної терапії до її розробників та модифікаторів. Впроваджено сучасні складові роботи фізичного терапевта: проведення реабілітаційного обстеження та тестування основних функціональних можливостей пацієнта, прогнозування процесу відновлення, планування реабілітаційних заходів,

застосування стратегій фізичної терапії на засадах використання науково обґрунтованих клінічних настанов за нозологіями, з включенням професійно опанованих методів, засобів та технік, спрямованих на профілактику захворювань, покращення здоров'я, відновлення рухових функцій пацієнта з ортопедичними проблемами. Такий підхід узгоджений з сучасними реформами в освіті фізичних терапевтів, законодавстві у галузі охорони здоров'я.

6. При розробці системи було встановлено, що менеджмент персоналу, котрий надає послуги фізичної терапії, посідає важливе місце у підвищенні якості послуг та, відповідно, поліпшенні динаміки стану пацієнта. Було реалізовано заходи для підвищення мотивації пацієнтів та фізичних терапевтів, поліпшення управління системою фізичної терапії, підвищення якості послуг та задоволеності пацієнта. В управлінні персоналом були широко використані методи прямого, непрямого, матеріального, владного та морального впливів. Для повного використання мотиваційного потенціалу фізичного терапевта як управлінської ланки застосовано ключові положення теорій мотивації та трактування видів потреб і мотивів. Зокрема, застосовувалися економічні та неекономічні мотиваційні чинники. Розроблена система фізичної терапії у ланці «фізичний терапевт – пацієнт» враховувала типологічні характеристики фізичних терапевтів, як працівників, та пацієнта, як споживача послуг фізичної терапії. Зокрема, ключовими аспектами у комунікації та у впливі на відносини «фізичний терапевт – пацієнт» було: дотримання етичних норм, урахування ставлення пацієнтів до хвороби і психотип їх особистості, особливості сприйняття інформації та комунікативна компетентність фахівців у забезпеченні взаємодії з пацієнтом.

7. Відповідно до результатів порівняльного аналізу початкових результатів груп пацієнтів, які залучалися до програми фізичної терапії у 2013–2015 роках (стандартна система фізичної терапії), з аналогічними за локалізацією пошкодження та типом ставлення до хвороби групами пацієнтів, які відвідували центр у 2016–2018 роках (розроблена система), не встановлено статистично значимих відмінностей. При порівнянні кінцевих результатів та

динаміки впродовж курсу фізичної терапії встановлено, що пацієнти, залучені до модифікованих програм, мали статистично кращі показники у значній кількості доменів якості життя та обмежень у трудовій діяльності. Окрім того, кількість таких переваг та їх вираженість були більшими при порівнянні пацієнтів з нераціональним ставленням до хвороби, що підтвердило ефективність роботи розробленої системи, а саме заходів, спрямованих на поліпшення управління процесом фізичної терапії та підвищення мотивації. Проте, й серед пацієнтів груп (М+ та М1–) відзначено вплив ставлення до хвороби на динаміку показників якості життя та обмежень у трудовій діяльності.

8. Встановлено відсутність достовірних відмінностей у заключних показниках шкал «фізичне функціонування», «життєздатність», «роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності» (за SF-36), ВАШ (за EQ-5D-5L), шкал «управління часом», «фізичні вимоги», «вимоги до виробництва», показників WLQ Index Score та WLQ At-WPLS (за WLQ) при порівнянні групи пацієнтів з нераціональними психотипами розробленої системи фізичної терапії (М1–) та групи з раціональними психотипами стандартної системи (Г1+) (обидві з порушеннями у нижній частині тіла). При аналогічному порівнянні груп з порушеннями у верхній частині тіла (М2– та Г2+) встановлено відсутність відмінностей у шкалах «фізичне функціонування», «загальне здоров’я», «життєздатність», «роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності», ВАШ (за EQ-5D-5L), шкали «фізичні вимоги», WLQ Index Score та WLQ At-WPLS (за WLQ). Ці результати підтвердили зрівняння пацієнтів з нераціональним типом ставлення до хвороби модифікованої системи з пацієнтами з раціональними типами стандартної системи, що вказує на кращу динаміку у пацієнтів модифікованої системи. Окрім того, встановлено й переваги пацієнтів з нераціональним типом ставлення до хвороби модифікованої системи: у парі М1– та Г1+ за шкалами «біль» за обома опитувальниками якості життя ($p < 0,05$); у парі М2– та Г2+ за шкалами «роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності», «біль» та «фізичний статус»

за SF-36, «догляд за собою», «звична повсякденна діяльність», «біль» за EQ-5D-5L ($p < 0,01$), «управління часом», «вимоги до виробництва» ($p < 0,05$) за WLQ. Це свідчить про суттєві переваги розробленої системи та програми для пацієнтів з нераціональним ставленням до хвороби щодо впливу на динаміку показників якості життя та обмежень у трудовій діяльності.

9. Аналіз критеріїв терапевтичного альянсу в групах аналогічних за типом ставлення до хвороби та відмінних за системою фізичної терапії підтвердив переваги розробленої системи. При порівнянні пацієнтів з раціональним ставленням до хвороби статистична перевага групи пацієнтів, залучених до модифікованих програм фізичної терапії, отримана у дев'яти пунктах опитувальника для пацієнта з дванадцяти та за всіма доменами. Порівняння результатів пацієнтів з нераціональним ставленням до хвороби виявило достовірні переваги пацієнтів, залучені до модифікованих програм в одинадцяти пунктах та за всіма трьома сумарними показниками ($p < 0,01$). Аналіз показників задоволеності фізичною терапією також виявив переваги розробленої системи фізичної терапії. Серед пацієнтів з раціональним ставленням до хвороби статистичні відмінності на користь пацієнтів, залучених до модифікованих програм, отримані у доменах «лікування» (перевага на 11,6 %, $p < 0,01$), «загальна задоволеність» (перевага на 9,3 %, $p < 0,01$) та загальним показником PTPSQ (перевага на 5,2 %, $p < 0,01$), а серед пацієнтів з нераціональним ставленням аналогічні переваги були більшими (відповідно 16,6 %, 10,9 %, 7,3 %), а також достовірно відрізнявся показник «конфіденційність» (перевага на 8,97 %, $p < 0,01$). Проте й серед пацієнтів, залучених до модифікованих програм фізичної терапії, спостерігався вплив типу ставлення до хвороби на рівень формування терапевтичного альянсу та задоволеність пацієнтів.

Подальші дослідження пов'язані з дослідженням віддалених результатів впливу на досліджувані показники розглянутих систем фізичної терапії та засобів фізичної терапії.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абдрахманова СМ. Применение лечебной грязи в сочетании с низкочастотной магнитотерапией у больных цервикальной дорсопатией на амбулаторном этапе реабилитации [автореферат]. Москва; 2008. 22 с.

2. Абдугалиев А. Онлайн-калькулятор для подсчета параметров качества жизни по опроснику SF-36 [Интернет]. Доступно: http://abdugaliev.ru/proj/medcalc/sf36

3. Авраменко МЛ, Кузнєцов ДА. Організація гідрокінезотерапії в умовах центрів професійної реабілітації інвалідів. Вісник фізіотерапії и курортології. 2006;(4):62-3.

4. Авраменко ОМ. Механотерапія у відновному лікуванні хворих на остеохондроз поперекового-крижового відділу хребта. Слобожанський наук.-спорт. вісник. 2013;(5):16-8.

5. Акулова АИ, Гайдукова ИЗ, Ребров АП. Валидация версии 5L опросника EQ-5D в России. Науч.-практ. ревматол. 2018; 56(3):351-5.

6. Александров АВ, Дегтярев ВК, Ненашева НВ, Черкашина НВ, Александрова НВ, Грехов РА, и др. Изучение качества жизни как фактора оценки эффективности применения общей магнитотерапии в восстановительном лечении больных остеоартрозом. Фундаментальные исследования. 2012;7(2):259-63.

7. Алексеева ИЮ, Батаршев АВ, Майорова ЕВ. Диагностика профессионально важных качеств. Санкт-Петербург: Питер; 2007. 192 с.

8. Альошина А, Альошин А. Програма фізичної реабілітації пацієнтів із попереково-крижовим остеохондрозом й оцінка її ефективності. Молодіжний наук. вісник Східноєвроп. нац. ун-ту ім. Лесі Українки. Фізичне виховання і спорт. 2017;(28):93-8.

9. Альошина А. Бичук О. Шляхи вдосконалення використання засобів фізичної реабілітації при гонартрозах. Молодіжний наук. вісник Східноєвроп. нац. ун-ту ім. Лесі Українки. Фізичне виховання і спорт. 2017;(26):54-8.

10. Альошина А. Застосування фізичних вправ у відновленні навички ходьби у хворих з вогнепальними ураженнями кісток нижніх кінцівок. Молодіжний наук. вісник Східноєвроп. нац. ун-ту ім. Лесі Українки. Фізичне виховання і спорт. 2019;(34): 68-72.

11. Амирджанова ВН, Эрдес ШФ. Валидация русской версии общего опросника EuroQol-5D (EQ-5D). Науч.-практ. ревматология. 2007;45(3):69-76.

12. Андрєєва О, Гакман А, Федоренко С. Стан захворюваності та якість життя осіб похилого віку. Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. 2019;(36):27-32.

13. Андрійчук ОЯ, Григус ІМ. Аналіз стану захворюваності та поширеності хвороб кістковом'язової системи в Україні та Волинській області. Проблеми фізичного виховання і спорту. 2010;(4):3-7.

14. Аникеев ДМ. Цель и задачи физического воспитания студентов в программно-нормативных документах Украины. Физическое воспитание студентов. 2010;(5):3-6.

15. Анохин ПК. Очерки по физиологии функциональных систем. М: Медицина; 1974. 447 с.

16. Архангельская АА. Обобщение опыта проектирования и эксплуатации отделений и больниц долечивания и восстановительного лечения, выявления потребности многопрофильных больниц в койках для долечивания и восстановительного лечения: реферат. Проектирование и исследование жилых и общественных зданий в Москве. Москва: ГОСИНТИ; 1972. с. 19-22.

17. Афанасьєв С. Сучасні тенденції розвитку фізичної реабілітації пацієнтів із розривом ахілового сухожилля. Молодіжний наук. вісник Східноєвроп. нац. ун-ту ім. Лесі Українки. Фізичне виховання і спорт: 2018;(30):110-7.

18. Афанасьєв СМ, Майкова ТВ, Афанасьєва ОС, Муквич ВВ. Особливості функціонального стану кульшового суглобу чоловіків, хворих на коксартроз

[Інтернет]. Україна. Здоров’я нації. 2020; 1(58): 69-72. Доступно: https://www.researchgate.net/publication/339894722_

19. Афанасьєв СМ. Профілактика первинної інвалідності внаслідок захворювань і травм опорно-рухового апарату засобами фізичної реабілітації: монографія. Дніпро: Журфонд; 2017. 259 с.

20. Афанасьєв СМ. Теоретико-методичні основи фізичної реабілітації осіб з функціональними порушеннями і дегенеративно-дистрофічними захворюваннями опорно-рухового апарату [автореферат]. Дніпро: НУФВСУ; 2018. 41 с.

21. Ашеров АТ, Шеховцова ВІ, Полякова ЮМ. Професійно важливі якості фахівця як складова його проектної культури. Вісник НТУУ «КПІ». Філософія. Психологія. Педагогіка. 2010;(2):127-31.

22. Баєва ОВ. Менеджмент у галузі охорони здоров’я: навч. посібник. Київ: Центр учбової літ.; 2008. 640 с.

23. Базиян ГВ, Новгородцев ГГ. Возможности моделирования территориальных особенностей уровня и структуры заболеваемости и нуждаемости населения в медицинской помощи. Советское здравоохранение. 1989;(4):14-8.

24. Байда Лариса. Звіт про ситуацію із надання реабілітаційних послуг для людей з інвалідністю: аналіт. звіт. Національна асамблея людей з інвалідністю України. 2013. с. 1.

25. Байкалова АИ. Бизнес-планирование: учеб. пособ. Томск; 2004. 53 с.

26. Бакалюк ТГ. Особливості застосування методів фізичної реабілітації у хворих з остеоартрозом колінних суглобів із зниженною щільністю кісткової тканини в санаторних умовах. Здобутки клінічної і експериментальної медицини. 2013;(1):178.

27. Баннікова Р, Керестей В. Сучасні підходи до побудови програми фізичної реабілітації осіб з наслідками гострих порушень мозкового кровообігу у пізньому відновному періоді. Теорія і методика фіз. виховання і спорту. 2018;(3):29-37.

28. Башкін І, Макарова Е, Різік А, Кавакакзе Х. Роль і місце фізичної реабілітації у загальній системі охорони здоров'я населення. Теорія і методика фіз. виховання і спорту. 2006;(3):25-9.

29. Белаусова ТЕ, Карпова ЖЮ, Ковалева МВ. Влияние низкочастотной магнитосветотерапии на динамику электромиографических показателей в пороцессе медицинской реабилитации пациентов с сочетанной патологией позвоночника и крупных суставов. Современные технологии в медицине. 2011;(2):77-80.

30. Белова АН, Радау ЮВ. Потребность в амбулаторной реабилитации больных неврологического профиля. Здравоохранение Рос. Федерации. 1993;(1):15-7.

31. Бєлікова НО. Основні визначення фізично-реабілітаційної освіти. Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами. 2009;6(8):311-8.

32. Бісмак ОВ. Особливості організації діяльності реабілітаційних закладів в Україні. Освітологічний дискурс. 2015;4(12):1-12.

33. Бовыкин В. Новый менеджмент. Решение проблем управления. Повышение в десяткираз темпов роста капитала. Москва: Экономика; 2004. 368 с.

34. Богатырев ИД, Якубов ЕН Заболеваемость городского населения и нормативы лечебно-профилактической помощи. Москва: Медицина; 1967. 487 с.

35. Боженко НЛ. Біль у спині: деякі аспекти діагностики та лікування Фармакотерапія. 2015;4(190):58-65.

36. Болатов ДД, Стариков СМ, Поляев БА. Физическая реабилитация в комплексном лечении больных с дорсопатиями. Москва: РМАПО; 2011. 245 с.

37. Боровик ЭБ. Лебедев ИП, Семёнов БН. Организация восстановления трудоспособности больных и инвалидов в зарубежных странах. Вопросы курортологии, физиотерапии и лечеб. физкультуры. 1989;(1):68-72.

38. Бражник КВ. Місце фізичної реабілітації у системі роботи спеціалізованих центрів. В: Єрмаков СС, редактор. Педагогіка, психологія та мед.-біол. проблеми проблеми фіз. виховання і спорту: зб. наук. пр. Харків; 2006. № 5. с. 12-4.

39. Буленко ТВ. Тенденції розвитку української сім'ї та її проблеми на сучасному етапі. В: Максименко СД, редактор. Збірник наук. пр. Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка АПН України. Київ; 2001. Т. 3, ч. 4. с. 20-4.

40. Бурменко ТД, редактор. Сфера услуг: менеджмент: учеб. пособ. Москва: КНОРУС; 2007. 416 с.

41. Вакуленко ЛО, Клапчук ВВ, редактори. Основи фізичної реабілітації: навч. посіб.: Тернопіль: ТНПУ; 2010. 234 с.

42. Вальчук ЭА. Научное обоснование и разработка системы медицинской реабилитации (на примере сельских районов республики Беларусь) [автореферат]. Москва; 1993. 48 с.

43. Вальчук ЭА. Основы организации медицинской реабилитации. Здравоохранение Белоруссии. 1989;(2):46-50.

44. Вальчук ЭВ. Этап организации медицинской реабилитации в стационаре, проблемы и перспективы. Здравоохранение Беларуссии. 1992;(11):42-4.

45. Василів ВБ. Інформаційні системи в менеджменті: інтерактивний комплекс навчально-методичного забезпечення. Рівне: НУВГП; 2008. 167 с.

46. Васильєва ГЮ. Оцінка взаємозв'язку між особливостями психологічного реагування на захворювання та якістю життя у пацієнтів, які страждають на злоякісні новоутворення. Архів психіатрії. 2010;16(2):57-63.

47. Васильців ТГ, Качмарик ЯД., Блонська ВІ, Лупак РЛ. Бізнес-планування: навч. посіб. Київ: Знання; 2013. 173 с.

48. Вассерман ЛИ, Иовлев БВ, Вукс АЯ. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни: метод. рекоменд. Ленинград; 1987. 26 с.

49. Вассерман ЛИ, Иовлев БВ, Карпова ЭБ, Вукс АЯ. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособ. для врач. [Интернет]. Санкт-Петербург: Санкт-Петербургский науч.-исслед. психоневрологический ин-т им. В. М. Бехтерева; 2005 [цитовано 2016 Січ 21]. 32 с. Доступно: http://www.medpsy.com/library/library122.pdf

50. Васюта ВБ, Бульбаха ЛІ. Мотивація праці персоналу на підприємстві в сучасних умовах господарювання [Інтернет]. Ефективна економіка. 2016;(6). Доступно: http://nbuv.gov.ua/UJRN/efek_2016_6_33

51. Веснин ВР. Менеджмент: учебник. Москва: ТК Велби, Изд-во Проспект; 2006. 504 с.

52. Виноградський МД, Виноградська АМ, Шканова ОМ. Менеджмент в організації: навч. посіб. для студ. екон. вузів. Київ: КОНДОР; 2007. 598 с.

53. Виханский ОС. Наумов АИ. Менеджмент. Москва; 2003. 528 с.

54. Віноградська ОМ, Віноградська НС, Шевченко ВС. Менеджмент: навч. посіб. для студ. Харків: ХНАМГ; 2008. 159 с.

55. Воронкова ГВ, Беліченко АГ, Попов ОМ. Управління людськими ресурсами: філософські засади: навч. посіб. Київ: ВД Професіонал; 2006. 576 с.

56. Гаврюшенко Г. Коропець П. Досвід країн ЄС у питаннях реабілітації інвалідів. Соціальна політика: проблеми, коментарі, відповіді: щомісяч. бюл. [Інтернет]. 2009;(7). Доступно: htpp://www.dcz.gov.ua/dnp/control/uk/publish/article?art_id=12832

57. Гайтон АК, Холл ДжЭ. Медицинская физиология. пер. с англ.; под ред. В. И. Кобрина. М: Логосфера; 2008. 1296 с

58. Гевко ІБ. Методи прийняття управлінських рішень: підручник. Київ: Кондор; 2009. 187 с.

59. Герцик А, Тиравська О, Борецький Ю. Інформаційний опис системи фізичної реабілітації при порушеннях діяльності опорно-рухового апарату. Фізична активність, здоров'я і спорт. 2016;2(24):54-62.

60. Герцик А. Теоретико-методичні основи фізичної реабілітації / фізичної терапії при порушеннях діяльності опорно-рухового апарату: монографія. Львів: ЛДУФК; 2018. 388 с.

61. Герцик АМ. Взаємодія лікаря та фахівця з фізичної реабілітації при порушеннях діяльності опорно-рухового апарату. Слобожанський наук.-спорт. вісник. 2016;(4):32-6.

62. Герцик АМ. Теоретико-методичні основи фізичної реабілітації/фізичної терапії при порушеннях діяльності опорно-рухового апарату. Автореферат дисс. Львів: ЛДУФК; 2019. 41с.

63. Голяченко АО. Наукове обґрунтування оптимізації системи медичної реабілітації в умовах реформування охорони здоров'я в Україні [автореферат]. Київ: Укр. ін-т стратегічних досліджень; 2008. 32 с.

64. Горенко АІ. Теоретичні основи мотивації найманих працівників. Вісник Харківського нац. технічного ун-ту сільського господарства ім. Петра Василенка. 2016;(177):79-91.

65. Господарський кодекс України. Відомості Верховної Ради України (ВВР). 2003. № 18, № 19-20, № 21-22, ст. 144 [Інтернет]. Доступно: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/436-15#Text

66. Грандо АА, Дмитриева ЗД. Реабилитация больных в амбулаторно-поликлинических условиях. Советское здравоохр. 1980;(6):17-22.

67. Грін С, Федоренко С. Аналіз динаміки функціональних показників скелетно-м'язової системи учасників АТО з вогнепальними переломами кісток гомілки. Молодіжний наук. вісник Східноєвроп. нац. ун-ту ім. Лесі Українки. Фізичне виховання і спорт. 2018;(29):97-105.

68. Грін С, Федоренко С. Характеристика стану рухової активності військовослужбовців із наслідками вогнепальних переломів кісток гомілки. Молодіжний наук. вісник Східноєвроп. нац. ун-ту ім. Лесі Українки. Фізичне виховання і спорт. 2018;(30):128-36.

69. Грънчарова С, Бусаров С. Оценка потребности в реабилитационных мероприятиях при помощи единой системы и ее применение в отдельных

территориальных единицах народной республики Болгарии. Вопросы курортологии, физиотерапии и лечеб. физ. культуры. 1988;(6):43-5.

70. Гуменюк ОЄ. Психологія Я-концепції: навч. посіб. Тернопіль: Економічна думка; 2004. 310 с.

71. Гуменюк ОЄ. Я-концепція у плині соціального довкілля. Психологія і суспільство. 2004;(2):125-43.

72. Гусева НК, Потанина ИВ, Соколова ИА. Формирование индивидуальных программ реабилитации как направление бюро медико-социальной экспертизы. Вопросы курортологии, физиотерапии и лечеб. физ. культуры. 1998;(1):33-6.

73. Ґріфін Р, Яцура В. Основи менеджменту: підручник. Львів: БаК; 2001. 624 с.

74. Данилова НВ. Совершенствование организации восстановительного лечения и реабилитации работающего населения. Здравоохр. Рос. Федерации. 2009;(4):23-7.

75. Данік В. Бізнес-планування як інструмент здійснення фінансового менеджменту в сучасних умовах розвитку України. Науковий вісник Ужгородського нац. ун-ту. 2015;(2):81-4. (Міжнародні економ. відносини та світове господарство).

76. Демин АК, Лазаренко АИ. Особенности организации медико-социальной помощи в Финляндской Республике. Советское здравоохр. 1990;(9):65-9.

77. Денисов ИН, Мовшович БЛ. Общая врачебная практика: внутренние болезни – интернология: практ. рук-во. Москва: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ; 2001. 496 с.

78. Дешевий Є, Балаж М. Ефективність комплексної програми фізичної реабілітації осіб із дорсалгіями в грудному відділі хребта. Молодіжний наук. вісник Східноєвроп. нац. ун-ту ім. Лесі Українки. Фізичне виховання і спорт. 2017;(29);126-31.

79. Донсков ВВ. О-Жи-Хо ЕА, Щербук АЮ. Возможности использования инновационных нейрореабилитационных технологий в Санкт-Петербурге. Медико-биол. и социально-психол. проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2010;(2):28-31.

80. Друкер ПФ. Практика менеджмента. Москва: Изд-во Вильямс; 2004. 432 с.

81. Дудник СВ, Кошеля ІІ. Тенденції стану здоровя населення України. Здоров'я населення: тенденції та прогнози. 2016;4(40):67-77.

82. Епифанов ВА. Восстановительная медицина: справочник. Москва: Гэотар-Медиа; 2007. 588 с.

83. Епифанов ВА. Лечебная физкультура в системе медицинской реабилитации больных и инвалидов. Реабилит. помощь. 2009;(2):54-62.

84. Ефимова А, редактор. Сфера услуг: перспективное направление развития предпринимательской инициативы: соц. исслед. Якутск; 2001. 43 с.

85. Єрошкіна ТВ, Татаровський ОП, Полішко ТМ, Борисенко СС. Основи менеджменту і маркетингу в медицині: навч. посіб. Дніпропетровськ: РВВ ДНУ; 2010. 120 с.

86. Жилка НЯ. Здоров'я дітей в Україні. В: Матеріали Всеукр. форуму Здоров'я дітей – майбутнє України. Київ: Основи здоров'я та фізична культура; 2007. с. 4-22.

87. Журавлев АВ, Тур ЕА, Журавлева ЛН. Механотерапия как средство реабилитации после травм опорно-двигательного аппарата. В: Страдзе АЭ, редактор. Актуальные проблемы развития студ. спорта и пути их решения: сб. науч. ст. по материалам студ. науч.-практ. конф.; 2018 Апр 26-27; Москва. Москва: Изд-во "Перо"; 2018: с. 64-9.

88. Заварова НВ. Організація діяльності закладів соціальної реабілітації системи освіти України. Вісник Луганськ. нац. ун-ту ім. Т. Шевченка. Педагогічні науки. 2012;19(2):75-81.

89. Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» [Інтернет]. Доступ: http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/875-12

90. Закон України «Про підприємництво» [Інтернет]. Доступ: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/698-12#Text

91. Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15#Text

92. Здоров'я-2020. Основи Європейської стратегії у підтримку дій всієї держави і суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя. Копенгаген: ЄРБ ВООЗ; 2012.

93. Зибарева ОВ, Гомба ЛА. Моніторинг задоволеності і лояльності персоналу сучасного підприємства, як основа трансформації системи його стимулювання [Інтернет]. Доступ: http://www.rusnauka.com/18_DNI_2010/Economics/68889.doc.htm

94. Ігнатова ТО. Комп'ютерна система постізометричної релаксації. В: Збірник наук. пр. Всеукр. форуму студ. політех. уні-тів. Миколаїв: МТУ «Миколаївська політехніка»; 2017. с. 29-30.

95. Імереллі РЕ, Казачинська КП, Мойса БС, Шум СС. Права осіб із проблемами психічного здоров'я. Дотримання прав людини у психіатричних лікарнях: аналіт. звіт Укр. Гельсінської спілки з прав людини. Українська Гельсінська спілка з прав людини. Київ: КИТ; 2016. 34 с.

96. Іпатов АВ, Мороз ОМ, Голик ВА, та ін. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2015 рік: аналіт.-інформ. довідник. Дніпропетровськ: Акцент ПП; 2016. 162 с.

97. Каганець ІВ. Психологічні аспекти в менеджменті: типологія Юнга, соціоніка, психоінформатика. Київ; Тернопіль: Мандрівець; Port-Royal; 1977. 204 с.

98. Калашников НА. Аспекты взаимодействия пациента и врача, возможность их оптимизации в медицинской практике. Ч. 2. Therapia. 2015 [цитовано 2016 Січ 21];7-8(100). Доступно: http://therapia.ua/therapia/2015-/7-8-100/aspekty-vzaimodeistviya-patsienta-i-vracha-vozmozhnost-ikh-optimizatsii-v-meditsinskoi-praktike-chast-2

99. Калашников НА. Аспекты взаимодействия пациента и врача, возможность их оптимизации в медицинской практике. Ч. 1. Therapia. 2015 [цитовано 2016 Січ 21];6(99):36. Доступно: http://therapia.ua/therapia/2015-/6-99/aspekty-vzaimodeistviya-patsienta-i-vracha-vozmozhnost-ikh-optimizatsii-v-meditsinskoi-praktike-chast-1

100. Калининская АА. Экономический эффект от рационализации использования коечного фонда стационаров. Экономика здравоохр. 2001;(3):23-6.

101. Карпов АВ, редактор. Понятие профессионально важных качеств деятельности. Психология труда: учеб. для студ. высш. учеб. зав. Москва: ВЛАДОС-ПРЕСС; 2003. 352 с.

102. Кашуба ВА, Футорный СМ, Андреева ЕВ. Современные подходы к здоровьесбережению студентов в процессе физического воспитания. Физическое воспитание студентов, 2012, 5: 50-58.

103. Кашуба ВА. Биомеханика осанки. К: Олимп. Лит.; 2003. 279 с.

104. Климов ЕА. Пути в профессионализм: психологический взгляд: учеб. пособ. Москва: Московский психол.-соц. ин-т Флинта; 2003. 320 с.

105. Клочкова Е, Андреева Е, Калинина Е, Тищенко М. Философия здоровья: от лечения к профилактике и здоровому образу жизни: рук-во для врач., спец. по реабилит. и студ. Москва: Теревинф; 2010. 271 с.

106. Клюс ОА, Скавронський ОП. Профілактика захворювань опорно-рухового апарату людей літнього віку використовуючи фізичні вправи силового спрямування. В: Вісник Кам'янець-Подільського нац. ун-ту ім. Івана Огієнка. Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини. 2018. Вип. 11. с. 184-9.

107. Клячкин ЛМ, Щегольков АМ. Медицинская реабилитация как восстановительная терапия. Проблемы реабилитации. 2001;(1):12-5.

108. Кожевникова СА, Будневский АВ. Клиническая эффективность комплексной реабилитационной программы у больных хронической обструктивной болезнью легких и гипертонической болезнью. Система анализа и управления в биомедицинских системах. 2011;1(10): 202-7.

109. Козловський ВО, Лесько ОЙ. Бізнес-планування: навч. посіб. Вінниця: УНІВЕРСУМ-Вінниця; 2008. 241 с.

110. Колот АМ. Мотивація персоналу: підручник. Київ: КНЕУ; 2002. 345 с.

111. Колпаков ВМ. Теория и практика управленческих решений: учеб. пособ. Київ: МАУП; 2000. 256 с.

112. Конвенція про права осіб з інвалідністю [Інернет]. 2009. Доступно: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_g71#Text

113. Корж НА, Яременко ДА, Шевченко ЕГ. Современныне проблемы и перспективы развития организации медицинской реабилитации больных с травмами и заболеваниями опорно-двигательной системы. Ортопедия, травмат. и протез. 2011;(4):86-9.

114. Кормильцев ВВ. Физическая реабилитация лиц с вертеброгенной патологией в стадии ремиссии с применением средств фитнеса [диссертация]. Киев: НУФВСУ; 2014. 220 с.

115. Косинец АН, Сиротко ВВ. Медико-организационные подходы к совершенствованию травматологической помощи. Вестник рос. воен.-мед. академии. 2006;1(15):96-8.

116. Крупа ВВ. Зміст та значення медичної реабілітації у загальній підготовці фахівця з фізичної реабілітації. В: Збірник наук. пр. Хмельницьк. ін-ту соц. технологій ун-ту "Україна". 2013;(1):126-30. Доступно: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Znpkhist_2013_1_31

117. Круцевич ТЮ, Лазарева ЕБ, Федоренко СН, Кормильцев ВВ. Влияние программы физической реабилитации с использованием средств фитнеса на показатели периферической гемодинамики лиц с вертеброгенной патологией. Вісник Запоріз. нац. ун-ту. Фізичне виховання та спорт. 2013;(1):103-7.

118. Круцевич ТЮ. Теорія і методика фізичного виховання. Т. 1. Загальні основи теорії і методики фізичного виховання. К: Олімпійська література; 2008. 391 с.

119. Кузикова ВВ. Социальная реабилитация инвалидов в странах Восточной Европы. Социология в медицине: теорет. и науч.-практ. аспекты. 1990;(2):31-4.

120. Кузнецов АН, Даминов ВД, Рыбалко НВ, Канкулова ЕА. Роботизированная локомоторная терапия в реабилитации пациентов с поражением нервной системы – от научных теорий в клиническую практику. Вестник восстановит. медицины. 2011;(2):36-9.

121. Кузнецова Т. Целеполагание по правилам. Новый менеджмент [Интернет]. 2007;(1). Доступ: http://www.new-management.info/issues/2007/1/8

122. Кузьменко ТМ. Сутнісні характеристики та класифікація соціальних груп: референтна група: види та функції. Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки. 2013;(18): 64-77.

123. Куликов АГ, Ардатская МД, Сарапулова НЮ. Эффективность раннего восстановительного лечения пациентов, перенесших холецистэктомию. Эксперимент. и клинич. гастроэнтерология. 2010;(9):97-102.

124. Куценко ВІ, Тріллєнберг ГІ. Менеджмент сфери послуг. Київ: НАН України; Рада по вивченню продуктивних сил України; 2007. 459 с.

125. Кучеренко ВЗ. В чем суть реструктуризации. Главврач. 2004;(11):4.

126. Лазарева ЕБ. Физическая реабилитация при хирургическом лечении вертеброгенных пояснично-крестцовых синдромов: монография. Киев: Экспресс; 2012. 327 с.

127. Лазарєва ОБ. Теоретико-методичні основи фізичної реабілітації при хірургічному лікуванні вертеброгенних попереково-крижових синдромів [автореферат]. Київ: НУФВСУ; 2013. 38 с.

128. Лебідь ІГ, Руденко НМ, Сидоренко АЮ, та ін. Якість життя у пацієнтів із вродженими вадами серця: практ. посібник. Київ: Вид-во НПМЦДКК; 2016. 49 с.

129. Лляной ЮО. Визначення видів реабілітації у професійній підготовці майбутніх магістрів з фізичної реабілітації [Інтернет]. Вісник Чернігів. нац. пед. ун-ту. 2013;112(2):177-81. Доступно: http://visnyk.chnpu.edu.ua/?wpfb_dl=2278.

130. Лозниця ВС. Психологія менеджменту: навч. посіб. Київ: ТОВ "УВПК "ЕксОб"; 2000. 512 с.

131. Лондон СВ, Малаховский ВВ. Механотерапия: историч. экскурс. Мануальная терапия. 2016;(2):30-4.

132. Лукьянова НН. Научное обоснование организационного обеспечения восстановительного лечения в лечебно-профилактических учреждениях крупного города [автореферат]. Москва; 2006. 23 с.

133. Лядов КВ, Шаповаленко ТВ, Беганова ТВ. Научно-методологические подходы к организации центров восстановительной медицины и медицинской реабилитации. Москва: Медпрактика; 2010. 232 с.

134. Лядов КВ, Шаповаленко ТВ, Ромашин ОВ. Организационные и методологические основы ранней комплексной реабилитации в условиях многопрофильного стационара. Вопросы курортологии, физиотерап. и лечеб. физкультуры. 2013;(4):4-8.

135. Макарова ЕВ, Васильєва ІВ. Алгоритм фізичної реабілітації на поліклінічному етапі лікування при остеохондрозі хребта у спортсменів. В: Єрмаков СС, редактор. Педагогіка, психологія та мед.-біол. проблеми: зб. наук. пр. Харків; 2014. № 12. с. 49-53.

136. Малахов ВО, Кошелєва ГМ, Родін ВО. Фізична та реабілітаційна медицина в Україні: проблеми та перспективи. Проблеми безперервної мед. освіти та науки. 2016;(1):6-12.

137. Маркова МВ, Ветрила ТГ. Загальний погляд на проблему формування та функціонування сім'ї. Український вісник психоневрол. 2009;17(1):89-92.

138. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. ВООЗ; 2001. 345 с.

139. Миняев ВА. Поляков ИВ, Афонина ЕВ. Организация внебольничного восстановительного лечения в условиях крупного города. Советское здравоохр. 1984;(5):15-9.

140. Міністерство соціальної політики України. Соціальний звіт за 2016 рік [Інтернет]. Київ; 2017. 34 с. Доступно: htpp://www.msp.gov.ua/timeline/Zviti.html

141. МОЗ впроваджує в систему реабілітації міжнародну класифікацію функціонування [Інтернет]. Доступно: htpps://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20161219_b.html

142. Мойса Б, Богданов С. Пропозиції до політики щодо реабілітації осіб з порушенням здоровя (Policy Paper). Лабораторія законодавчих ініціатив. 2017. 40 с.

143. Моргулець ОБ. Менеджмент у сфері послуг: навч. посіб. Київ: Центр учбової літ.; 2012. 384 с.

144. Мочерний СВ, Устенко ОА, Чеботар СІ. Основи підприємницької діяльності. Київ: Вид. центр Академія; 2003. 280 с.

145. Мошек ГЄ, Поканєвич ЮВ, Соломко АС, Семенчук АВ. Менеджмент: навч. посіб. Київ: Кондор; 2009. 392 с.

146. Нагорний Я, Федоренко С. Особливості реабілітації осіб з цервікальною атаксією із застосуванням мануальної терапії. Теорія і методика фіз. виховання. 2018;(4):105-12.

147. Никоненко ЮП. Клінічна психологія: навч. посіб. Київ: КНТ; 2016. 369 с.

148. Новиков АВ. Определение потребности в медицинской реабилитации больных с патологией кисти. Здравоохр. Рос. Федерации. 1998;(6):28-30.

149. Новиков АВ. Показатели потребности и медико-социальной значимости реабилитации больных ортопедо-травматологического профиля. Травмат. и ортопед. России. 1998;(3):77-80.

150. Новиков МВ, Бронникова ТС. Разработка бизнес-плана проекта учеб. пособ. Таганрог: ТРТУ; 2001. 46 с.

151. Окландер МА, Жарська ІО. Поведінка споживача: навч. посіб. Київ: Центр учбової літ., 2014. 208 с.

152. Оліховська МВ, Мазур АО. Управління мотивацією персоналу у підприємствах готельно-туристичного комплексу (ГТК). В: Збірник матеріалів Всеукр. наук.-практ. конф. Актуальні проблеми економіки та управління в

умовах системної кризи; 2016 Лист 29; Львів. Львів: МАУП; 2016. Ч. 2. с. 577-82.

153. Ореховська АС, Федоренко СН, Коліушко КВ. Сучасні підходи фізичної терапії осіб після тотального ендопротезування кульшового суглобу. Теорія і методика фіз. виховання. 2020;(1):81-6.

154. Осецький ВЛ, Татомир ІЛ. Поступ системи мотивації праці: від матеріалізації до постматеріалістичних цінностей. Економічна теорія. 2011;(2):47-57.

155. Основи законодавства України про охорону здоров'я [Інтернет]. Доступно: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Tex

156. Осовська ГВ, Осовський ОА. Менеджмент організацій: підручник. Київ: Кондор; 2009. 680 с.

157. Офіційний переклад Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю [Інтернет]. Доступно: htpp:// zakon2.rada.gov.ua/laws/show/995_g71

158. Оцінка системи реабілітації в Україні. Основні висновки. Оціночна місія ВООЗ [Інтернет]. 2015; Доступно: htpp://www.physrehab.org.ua/tl_files/Docs/Assessment%20of%20the%20Rehabilitation%20System%20in%20Ukraine.%20Summary%20rstr%20UKR.pdf

159. Полунин ВС. Медико-социальная реабилитация больных, инвалидов и лиц пожилого возраста. Советское здравоохр. 1991; (9):27-3.

160. Павлов ВП. Принципы хирургической реабилитации больных ревматизмом, артритом. Советская медицина. 1979;(3):86-9.

161. Пахомова НП, Троицкий ВГ, Погорельский ИИ, Кучулин АВ. Экономическая эффективность реабилитации инвалидов с травмами опорно-двигательного аппарата. Сов. медицина. 1988;(9):67-9.

162. Первоначальный доклад государства-участника об исполнении Конвенции о правах инвалидов [Інтернет]. Республика Польша. 2014. Доступно: htpp://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Down

163. Пилипенко О, Захаров О. Використання лікувальної гімнастики та постізометричної м'язової релаксації у фізичній реабілітації при лікуванні

контактур колінного суглоба після артроскопічної пластики передньої хрестоподібної зв'язки. Фізична активність, здоров'я і спорт. 2014;3(17):60-6.

164. Пожидаєв ВВ. Фізіотерапія. Організація роботи фізіотерапевтичних кабінетів і відділень в центрах медичної реабілітації та санаторно-курортних закладах. Київ: Купріянова О.О.; 2006. 320 с.

165. Права людини в Україні у 2016 році: доповідь правозахисних організацій [Інтернет]. Доступно: htpp://helsinki.org.ua/prava-lyudej-z-invalidnistyu-l-fursova

166. Приступа ЄН, Вовканич АС. Роль і місце фахівця з фізичної реабілітації в системі охорони здоров'я. В: Єрмаков СС, редактор. Педагогіка, психологія та мед.-біол. проблеми фіз. виховання і спорту: зб. наук. пр. Харків; 2011. № 11. с. 92-6.

167. Прихода ІВ. Організаційно-методологічні підходи до професійної підготовки фахівців з фізичної реабілітації в Україні. Проблеми сучасної пед. освіти. 2007;15(1):60-6.

168. Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України: Постанова КМУ № 267; 2015 Бер 25 [Інтернет]. Доступно: htpp://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-%D0%BF/page

169. Про систему реабілітації в Україні: проект Закону України [Інтернет]. Доступно: https://novynarnia.com/2017/10/02/zakon-ukrayini-pro-sistemu-reabilitatsiyi-v-ukrayiniproekt

170. Пунченко В. Методика використання еластичної стрічки-амортизатора тера-банд для відновлення м'язової сили у осіб похилого віку. Запоріжжя: Запорізьк. нац. ун-т; 2018. с. 306-308.

171. Пшук НГ, Стукан ЛВ, Пшук ЄЯ. Вплив типів відношення до хвороби та якість життя хворих на артеріальну гіпертензію. Архів психіатрії. 2012;18(1):20-4.

172. Раад А, Вітомський В, Лазарєва О, Ніканоров О, Вітомська М. Методичні основи побудови програми фізичної реабілітації пацієнтів після

хірургічного лікування розривів ахіллового сухожилля. Спортивний вісник Придніпров'я. 2017;(2):226-33.

173. Райченко АВ. Административный менеджмент: учебник. Москва: ИНФРА-М; 2007. 416 с.

174. Райченко АВ. Общий менеджмент. Москва: ИНФРА-М; 2005. 384 с.

175. Реабілітація на рівні громади: рекоменд. ВООЗ; 2010.

176. Ренкер К. Современная реабилитация детей и взрослых. Здравоохранение: междунар. журнал. 1979;(1):47-56.

177. Роговой МА, Коржинский ЛА, Найштут ГМ. Организационные и методические вопросы лечения терапевтических больных в отделении (больнице) для долечивания. В: Тезисы 18-го Всесоюз. съезда терапевтов. Москва; 1981. Ч. 2. с. 531-2.

178. Роджерс КР. Взгляд на психотерапию. Становление человека: пер. с англ. Москва: Изд. группа Прогресс-Универс; 1994. 480 с.

179. Рой І, Пилипенко О, Чернявський О, Рець С. Лікувальна гімнастика з використанням вправ амплітудної вібрації із додатковою постізометричною релаксацією м’язів при контрактурах плечового суглоба в пізньому післяопераційному періоді. Фізична активність, здоров’я і спорт. 2017;2(28):51-9.

180. Романишин М.Я. Принцип системності фізичної реабілітації. Концепція розвитку галузі фізичного виховання і спорту в Україні: збірник наукових праць. Рівне. 2010; (VII): 298-304.

181. Ромовська ЗВ. Сімейний кодекс України: погляд у майбутнє. Право України. 2001;(2):63-9.

182. Рябчиков ИВ, Панков ИО, Рябчикова ЕН. Пассивная механотерапия в реабилитации пациентов с повреждениями крупных суставов нижних конечностей. Acta Biomedica Scientifica, 2011;4(80)1: 169-70.

183. Саранча ІГ. Роль центрів соціальної реабілітації у процесі соціалізації осіб з вадами опорно-рухового апарату. Вісник Кам'янець-Поділ. нац. ун-ту ім. І. Огієнка. Корекц. педагогіка і психологія. 2011;(3):167-72.

184. Свинцов АА, Жмаев МВ, Почобут ЛВ, Радуто ВИ. Организационно-методические и правовые аспекты социально-средовой реабилитации инвалидов. Медико-социал. экспертиза и реабилитация. 2010;(1):5-9.

185. Свистунова ЕГ. Законодательство в сфере социальной защиты и реабилитации инвалидов за рубежом. Медико-социал. экспертиза и реабилитация. 2002;(1):30-43.

186. Середа ЛВ, Лянной ЮО. Порушення функцій опорно-рухового апарату в дітей дошкільного віку як сучасна проблема. Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасн. суспільстві. 2013;1 (21):306-10.

187. Сиденко ЕА. Мастер-класс: «Целеполагание: от осмысления к деятельности». Эксперимент и инновации в школе. 2010;(5):42-8.

188. Силкін ОО. Зміст терміну «професійно значущі якості особистості» і технологія визначення цих якостей для окремого фахівця [Інтернет]. В: Наукові праці Донецьк. нац. тех. ун-т. Серія: педагогіка, психологія і соціологія. Донецьк; 2011. № 9(192). с. 4. Доступно: http://ea.donntu.edu.ua/bitstream/123456789/24050/1/sylkin.pdf

189. Сладкевич ВП, Чернявський АД. Сучасний менеджмент організацій: навч. посіб. Київ: МАУП; 2007. 488 с.

190. Смирнова ЕО. Педагогические системы и программы воспитания: учеб. пособ. Москва: ВЛАДОС; 2005. 119 с.

191. Соколова ОМ, Васюк НО, Радиш ЯФ. Реабілітація військовослужбовців: термінологія, класифікація, принципи та особливості (до проблеми державного регулювання реабілітації особового складу збройних сил України). Інвестиції: практ. та досвід. 2015;(23):148-55.

192. Спивак ВА. Организационное поведение и управление персоналом. Санкт-Петербург: Изд-во Питер; 2000. 416 с.

193. Стадник ВВ, Йохна МА. Менеджмент: підручник для студ. вищ. навч. закл. Київ: Академвидав; 2007. 472 с.

194. Стахів ОВ. Впровадження системи мотивації персоналу та здійснення мотиваційного моніторингу [Інтернет]. Problems of a systemic approach to the

economy enterprises. 2008;(3)7:12 Доступно: http://jrnl.nau.edu.ua/index.php/EPSAE/article/viewFile/4108/4253

195. Стахів ОВ. Моніторинг мотивації працівників як засіб підвищення конкурентоспроможності підприємства. Демографія та соціальна економіка. 2008;(2):134-43.

196. Стахів ОВ. Оцінка мотиваційного потенціалу персоналу підприємства в контексті реалізації вимог міжнародного стандарту управління якістю ІСО 9001. Економіка та держава. 2007;(7):79-81.

197. Талова НС. Механотерапія у програмі фізичної реабілітації хворих з контрактурою ліктьового суглоба. Слобожанський наук.-спорт. вісник. 2014;6(44):112-5.

198. Тебекин АВ. Стратегический менеджмент: учебник для прикл. бакалавриата. Москва: Изд-во Юрайт; 2017. 333 с.

199. Ткаченко ЛВ. Маркетинг послуг: підручник. Київ: Центр навч. літ.; 2003. 192 с.

200. Ткачишин ВС. Захворювання опорно-рухового апарату та прилеглих структур, спричинені фізичним навантаженням у процесі виробничої діяльності. Лекція 3. Професійні остеохондропатії. Укр. ревматолог. журнал. 2005;(2):11-7.

201. Туленков МВ. Сучасні теорії менеджменту: навч. посібник. Київ: Каравела; 2007. 304 с.

202. Фартушна ОЄ, Басанець АВ. Професійні захворювання опорно-рухового апарату: економічні аспекти та фактори ризику. Міжнар. невролог. журнал. 2014;8(70):123-8.

203. Фартушна ОЄ, Басанець АВ. Профілактика професійних захворювань опорно-рухового апарату: сучасний погляд. Медицина транспорту України. 2014;(4):81-5.

204. Федоренко С, Балаж М, Вітомський В, Лазарєва О, Вітомська М. Кооперація держави та приватного сектору, як шлях до розбудови сучасної системи фізичної терапії в Україні. Теорія і методика фіз. виховання. 2019;(2):80-5.

205. Федоренко С, Балаж М, Вітомський В, Лазарєва О, Вітомська М. Організація ефективної реабілітаційної допомоги та системи фізичної терапії, як актуальна проблема сьогодення. Теорія і методика фіз. виховання. 2019;(3):81-7.

206. Федоренко С, Вітомський В, Лазарєва О, Вітомська М. Особливості змін обмежень у трудовій діяльності пацієнтів з ортопедичними порушеннями у шийному відділі, верхній кінцівці чи її поясі впродовж амбулаторної програми фізичної терапії залежно від психотипу. Молодіжний наук. вісник Східноєвроп. нац. ун-ту ім. Лесі Українки. 2019;(33):108-17.

207. Федоренко С, Вітомський В, Лазарєва О, Вітомська М. Особливості модифікації системи надання послуг фізичної терапії пацієнтам ортопедичного профілю на амбулаторному етапі [Інтернет]. Молодіжний наук. вісник Східноєвроп. нац. ун-ту ім. Лесі Українки. 2019;(36). Доступно: http://esnuir.eenu .edu.ua/handle/123456789/17962

208. Федоренко С, Лазарєва О, Вітомський В, Вітомська М. Основи організації центру з надання реабілітаційних послуг для осіб із порушеннями опорно-рухового апарату. Молодіжний наук. вісник Східноєвроп. нац. ун-ту ім. Лесі Українки. 2017;(28):200-4.

209. Федоренко С, Лазарєва О, Вітомський В, Вітомська М. Особливості пацієнта, як споживача послуг фізичної терапії ортопедичного профілю. Молодіжний наук. вісник Східноєвроп. нац. ун-ту ім. Лесі Українки. 2018;(32):104-11.

210. Федоренко С, Лазарєва О, Вітомський В, Вітомська М. Урахування особливостей сторін взаємовідносин «фізичний терапевт – пацієнт» як фактор підвищення якості послуг у системі фізичної терапії хворих ортопедичного профілю. Спорт. медицина і фіз. реабілітація. 2018;(2):80-7.

211. Федоренко СМ, Вітомський ВВ, Лазарєва ОБ, Вітомська МВ. Управління та мотивація пацієнта, як шляхи підвищення результативності фізичної терапії при ортопедичних порушеннях. Український журнал медицини, біол. та спорту. 2019;4(5)(21):295-302.

212. Федоренко СМ, Лазарєва ОБ, Вітомський ВВ, Вітомська МВ. Задоволеність фізичною терапією серед осіб з ураженнями опорно-рухового апарату: вплив типу ставлення до хвороби та заходів для її підвищення. В: Молодь та олімпійський рух: зб. тез доп. 13-ї Міжнар. конф. молодих вчених [Інтернет]; 2020 Трав 16; Київ. Київ: НУФВСУ; 2020. с. 172-3. Доступно: http://www.unisport.edu.ua/content/naukovi-konferenciyi-ta-seminary

213. Федоренко СМ, Лазарєва ОБ, Вітомський ВВ, Вітомська МВ. Результати аналізу обмежень у трудовій діяльності пацієнтів ортопедичного профілю амбулаторної програми фізичної терапії. Спорт. медицина і фіз. реабілітація. 2019;(2):89-97.

214. Федоренко СМ, Мруга МР. Вплив типу ставлення до хвороби на рівень задоволеності фізичною терапією у осіб з ураженнями опорно-рухового апарату. В: Актуальні проблеми сучасної науки та освіти [Інтернет]: зб. тез доп. 2-ї Міжнар. наук.-практ. конф.; 2020 Листоп 13; Львів. Львів; 2020. с. 13-4.

215. Федоренко СМ. Вплив типу ставлення до хвороби на рівень формування терапевтичного альянсу впродовж програми фізичної терапії осіб з ураженнями опорно-рухового апарату. В: Розвиток наукової думки постіндустріального суспільства: сучасний дискурс: зб. тез доп. Міжнар. наук. конф. [Інтернет]; 2020 Листоп 9-10; Миколаїв. Миколаїв; 2020. Т. 2; с. 60-2.

216. Федоренко СМ. Динаміка обмежень у трудовій діяльності під впливом засобів амбулаторної програми фізичної терапії пацієнтів з ортопедичними порушеннями залежно від психотипу. В: Оздоровчо-рекреаційна рухова активність у сучасному суспільстві: зб. тез доп. Міжнар. наук.-практ. інтернет-конф., приуроченої Всесвітньому дню науки [Інтернет]; 2020 Листоп 10; Чернівці. Чернівці; 2020. с. 248-50.

217. Федоренко СМ. Результати аналізу якості життя пацієнтів ортопедичного профілю на початку амбулаторної програми фізичної терапії. Український журнал медицини, біол. та спорту. 2020;5(2):153-60.

218. Федоренко СН, Лазарєва ОБ, Вітомський ВВ, Балаж МС, Вітомська МВ. Аналіз міжнародного досвіду організації систем реабілітаційної допомоги

та фізичної терапії. Науковий часопис Нац. пед. ун-ту ім. М. П. Драгоманова: зб. наук. пр. Київ: Вид-во НПУ ім. М. П. Драгоманова. 2019. Вип. 9 (117). с. 99-107. (Теорія та методика навчання: фіз. культура і спорт; 15).

219. Федоренко СН, Лазарєва ОБ, Вітомський ВВ, Вітомська МВ. Динаміка якості життя у пацієнтів ортопедичного профілю впродовж амбулаторної програми фізичної терапії. Науковий часопис Нац. пед. ун-ту ім. М. П. Драгоманова: зб. наук. пр. Київ: Вид-во НПУ ім. М. П. Драгоманова. 2020. Вип. 2 (122). с. 175-82. (Теорія та методика навчання: фіз. культура і спорт; 15).

220. Федоренко СН, Онопрієнко ІВ, Лазарєва ОБ, Вітомський ВВ, Вітомська МВ. Роль фізичної терапії у покращенні функціонування та якості життя при болях у спині. Науковий часопис Нац. пед. ун-ту ім. М. П. Драгоманова: зб. наук. пр. Київ: Вид-во НПУ ім. М. П. Драгоманова. 2018. Вип. 12 (106). с. 111-5. (Теорія та метод. навчання: фіз. культура і спорт; 15).

221. Федулова ЛІ, редактор. Сучасні концепції менеджменту: навч. посіб. Київ: Центр учбової літ.; 2007. 536 с.

222. Фещенко ЮІ, Мостовой ЮМ, Бабійчук ЮВ. Процедура адаптації міжнародного опитувальника оцінки якості життя MOS SF-36 в Україні. Досвід застосування у хворих бронхіальною астмою. Український пульмонолог. журнал. 2002;(3):9-11.

223. Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными. Будапешт: Академия наук Венгрии; 1988. 340 с.

224. Хлебович ДИ. Маркетинг услуг: учеб. пособ. Иркутск: Изд-во ИГЭА; 2001. 183 с.

225. Ходарев СВ. Современные подходы и принципы организации центра восстановительной медицины и реабилитации на региональном уровне [автореферат]. Москва; 2005. 47 с.

226. Чернов А. 12 пациентов и их психотипы. KATRENSTYLE [Інтернет]. 2013 [цитовано 2016 Січ 21]; 122. Доступно: https:// https://www.katrenstyle.ru/articles/journal/medicine/ethics/12_patsientov_i_ih_psihotiруі

227. Чернышева УА. Оценка рисков и препятствий внедрения проекта «Модернизация системы внутришкольного контроля как фактор повышения эффективности управления школой». Вестник науки и образования. 2014;(2):83-8.

228. Шатун ВТ. Основи менеджменту: навч. посіб . Миколаїв: Вид-во МДГУ ім. Петра Могили; 2006. 376 с.

229. Шаховский КП, Воронов АЯ, Юновидов ИМ. Современные тенденции в организации здравоохранения США. Новые организационные формы оказания медицинской помощи на примере США: обзор лит. Мед. реф. журнал. 1990;(11):14-7.

230. Шевчук ВІ, Беляєва НМ, Сторожук ЛО, Яворовенко ОБ, МВ. Семенюк. Основні показники медико-соціальної реабілітації осіб з інвалідністю в Україні за 2017 рік: аналіт.-інформ. довідник. Вінниця: ФОП Рогальська І.О.; 2018. 122 с.

231. Шестакова НА, Богданов ЕА. Организация, нормирование и планирование труда в отделении восстановительного лечения поликлиники № 51 г. Ленинграда. В: Роговой МА, редактор. Организация, нормирование и планирование труда в учреждениях и отделениях восстановительного лечения и долечивания: сб. ст. ВНИИ социал. гигиены и орг. здравоохранения им. Н. А. Семашко. Москва: ВНИИ социал. гигиены и орг. Здравоохранения; 1981. с. 135-53.

232. Шимкевич РЛ, Сверкунова НП., Крыжков ВД. О работе отделения для выздоравливающих в многопрофильной больнице. Здравоохранение Белоруссии. 1978;(4):41-3.

233. Шканова ОМ. Маркетинг послуг: навч. посіб. Київ: Кондор; 2003. 304 с.

234. Шкурко ВЕ, Никитина НЮ, Гребенкин АВ. Бизнес-планирование в предпринимательской деятельности: учеб. пособ. Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та; 2016. 172 с.

235. Шлыков ИЛ, Рыбин АВ, Горбунова ЗИ. Состояние и перспективы развития травматолого-ортопедической службы Уральского федерального округа. Гений ортопедии. 2012;(4):10-4.

236. Щербаков МВ. Организационные и медико-экономические аспекты деятельности отделений восстановительного лечения в условиях реформирования стационарной помощи [автореферат]. Санкт-Петербург. гос. мед. ун-т им. акад. И. П. Павлова. СанктПетербург; 2000. 21 с.

237. Щебликіна ІО, Грибова ДВ. Основи менеджменту: навч. посіб. Мелітополь: ВБ «ММД»; 2015. 479 с.

238. Щепетова ОН. Концепция и перспективы создания службы реабилитации. Советская медицина. 1991;(2):48-50.

239. Щепетова ОН. Учреждение реабилитации: предпосылки перехода на новые условия хозяйствования. Ортопедия, травматология и протезирование. 1991;(3):34-40.

240. Щербакова АМ, Гудилина ОН. Сравнительная характеристика отношения к ограниченным возможностям своего здоровья лиц с врожденными и приобретенными нарушениями статодинамической функции. Психологическая наука и образование. 2010;(5):77-86.

241. Щокін ГВ, Головатий МФ, Антонюк ОВ, Сладкевича ВП, редактори. Менеджмент: навч. посіб. Київ: МАУП; 2007. 816 с.

242. Щорічна доповідь про стан здоров’я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров’я України. 2016 рік. МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». Київ: МВЦ Медінформ; 2017. 516 с.

243. Щорічна доповідь про стан здоров’я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров’я України. 2017 рік. МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». Київ: МВЦ Медінформ; 2018. 458 с.

244. Яблонська ТМ. Актуальні проблеми досліджень сучасної сім’ї в Україні. Український соціум. 2004;2(4):80-4.

245. Яремчук О, Берлінець ІО. Проблематика державного управління у сфері медичної реабілітації в процесі трансформування національної системи охорони здоровя. В: Демократичне врядування: наук. вісник. 2018. Вип. 21.

246. Andersen LL, Mortensen OS, Burr H, Clausen T. A prospective cohort study on musculoskeletal risk factors for long-term sickness absence among healthcare workers in eldercare. International archives of occupational and environmental health. 2012;85(6):615-22.

247. Archer KR, MacKenzie EJ, Castillo RC, Bosse MJ. Orthopedic surgeons and physical therapists differ in assessment of need for physical therapy after traumatic lower-extremity injury. Response. Physical therapy. 2009;89(12):1337-49.

248. Arslan S, Çeliker R. Comparison of the efficacy of local corticosteroid injection and physical therapy for the treatment of adhesive capsulitis. Rheumatol Int. 2001;(21):20-3.

249. Badley EM, Ibanez D. Socioeconomic risk factors and musculoskeletal disability. The Journal of rheumatology. 1994;21(3):515-22.

250. Bambra C. Health inequalities, work, and welfare. The Wiley Blackwell encyclopedia of health, illness, behavior, and society. 2014. p. 989-92.

251. Beattie P, Turner C, Dowda M, Michener L, Nelson R. The medrisk instrument for measuring patient satisfaction with physical therapy care: a psychometric analysis. J Orthop Sports Phys Ther. 2005;(35):24-32.

252. Beattie PF, Pinto MB, Nelson MK, et al. Patient satisfaction with outpatient physical therapy: instrument validation. Phys Ther. 2002;(82): 557-65.

253. Bennell KL, Egerton T, Martin J, Abbott JH, Metcalf B, McManus F, Smith C. Effect of physical therapy on pain and function in patients with hip osteoarthritis: a randomized clinical trial. Jama, 2014;311(19):1987-97.

254. Bhattacharya A. Costs of occupational musculoskeletal disorders (MSDs) in the United States. International Journal of Industrial Ergonomics. 2014;44(3):448-54.

255. Binder EF, Brown M, Sinacore DR, Steger-May K, Yarasheski KE, Schechtman KB. Effects of extended outpatient rehabilitation after hip fracture: a randomized controlled trial. JAMA. 2004 Aug 18;292(7):837-46.

256. Blanchard V, Barr S, Cerisola FL. The effectiveness of corticosteroid injections compared with physiotherapeutic interventions for adhesive capsulitis: a systematic review. Physiotherapy. 2010;(96):95-107.

257. Blanpied PR, Gross AR, Elliott JM, Devaney LL, Clewley D, Walton DM, Boeglin E. Neck pain: revision 2017: clinical practice guidelines linked to the international classification of functioning, disability and health from the orthopaedic section of the American Physical Therapy Association. Journal of Orthopaed. & Sports Phys.Therapy. 2017;47(7):A1-83.

258. Bovend'Eerdt TJ, Botell RE, Wade DT. Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling: a practical guide. Clin Rehab. 2009;(23):352-61.

259. Brown JB, Stewart MA, McCracken E, et al. The patient-centred clinical method: definition and application. Fam Pract. 1986;(3):75-9.

260. Bruce B, Fries JF: The Stanford health assessment questionnaire: dimensions and practical applications. Health Qual Life Outcomes. 2003;(1): 20.

261. Bültmann U. 33 Measurement properties of the 16-item work limitations questionnaire among injured workers with musculoskeletal disorders-Do depressive symptoms make a difference?. Occup Environ Med. 2013;70(1):A11-2.

262. Butler RJ, Johnson WG. Satisfaction with low back pain care. Spine J. 2008;(8):510-21.

263. Bystrom MG, Rasmussen-Barr E, Grooten WJ. Motor control exercises reduces pain and disability in chronic and recurrent low back pain: a meta-analysis. Spine. 2013;(38):E350-8.

264. Campbell A, Converse PE, Rodgers WL. The Quality of American Life: Perceptions, Evaluations and Satisfactions. New York: Russell Sage Foundation, 1976.

265. Carmeli E, Sheklow SL, Coleman R. A comparative study of organized class-based exercise programs versus individual home-based exercise programs for elderly following hip surgery. Disability and Rehabilit. 2006 Sep;28(16):997-1005.

266. Cassak D. Restructuring the health care system: A rep. of the Roy. Soc. 1st conf. on home healthcare and alternate site delivery system. Health Ind. Today. 1984;47(3):24-37.

267. Casserley-Feeney SN, Phelan M, Duffy F, et al. Patient satisfaction with private physiotherapy for musculoskeletal pain. BMC Musculoskelet Disord. 2008;(9):50.

268. Castillo RC, MacKenzie EJ, Archer KR, Bosse MJ, Webb LX. Evidence of beneficial effect of physical therapy after lower-extremity trauma. Archives of physical medicine and rehabilitation. 2008;89(10): 1873-9.

269. Childs JD, Cleland JA, Elliott JM, Teyhen DS, Wainner RS, Whitman JM, Dyriw GM. Neck pain: clinical practice guidelines linked to the International Classification of Functioning, Disability, and Health from the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association. Journal of Orthopaed. & Sports Phys. Therapy. 2008;38(9):A1-34.

270. Chou R, Deyo R, Friedly J, Skelly A, Hashimoto R, Weimer M, Grusing S. Nonpharmacologic therapies for low back pain: a systematic review for an American College of Physicians clinical practice guideline. Annals of internal medicine. 2017;166(7):493-505.

271. Chou R, Huffman LH. American Pain Society. Nonpharmacologic therapies for acute and chronic low back pain: a review of the evidence for an American Pain Society/American College of Physicians clinical practice guideline. Ann Intern Med. 2007;(147):492-504.

272. Cibulka MT, Bloom NJ, Enseki KR, Macdonald CW, Woehrle J, McDonough CM. Hip Pain and Mobility Deficits – Hip Osteoarthritis: Revision 2017. Clinical Practice Guidelines Linked to the International Classification of Functioning, Disability and Health From the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association. Journal of Orthopaed.& Sports Phys. Therapy. 2017;47(6):A1-37.

273. Colantonio A, Gerber G, Bayley M, et al. Who waits for inpatient rehabilitation services in Canada after neurotrauma?: a population based-study. J. Rehabil. Med. 2010;42(8):773-7.

274. Connelly LB, Woolf A, Brooks P. Cost-Effectiveness of interventions for musculoskeletal conditions disease control priorities in developing countries. A copublication of The World Bank and Oxford University Press. 2006;(51):963-81.

275. Côté JN, Ngomo S, Stock SR, Messing K. Quebec research on work-related musculoskeletal disorders: deeper understanding for better prevention. Relations Industrielles / Industrial Relations. 2013 Sep; 68(4):643.

276. Coulter CL, Scarvell JM, Neeman TM, Smith PN. Physiotherapist-directed rehabilitation exercises in the outpatient or home setting improve strength, gait speed and cadence after elective total hip replacement: a systematic review. Journal of Physiotherapy. 2013;(59):219-26.

277. Crow R, Gage H, Hampson S, et al. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. Health Technol Assess. 2002;(6):1-244.

278. Davis K. A social barriers model of disability: theory into practice. The emergency of the "Seven Needs" [Internet]. 2006. Available from: http://www.leeds.ac.uk/disabilitystudies/archiveuk

279. Dega W. Zasadi i kierunki rozwoju rehabilitacji medicznej. Zdrow. Publ. 1969;(2):817-9.

280. Devapitchai K. Action plan for community-based rehabilitation (CBR) in India: focus on culture and participation. Devapitchai-Saarbrucken: VDM Verlag; 2010. 68 p.

281. Developing an outpatient rehabilitation model of care for patients post-hip fracture: summary report [Internet]. 2014 June. 25 p. Available from:Developing_an_Outpatient_Rehab_Model_of_Care__Hip_Fracture_Report__June_2014_FINAL.pdf

282. Di Fabio RP, Boissonnault W. Physical therapy and health-related outcomes for patients with common orthopaedic diagnoses. J Orthop Sports Phys Ther. 1998;(27):219-30.

283. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? JAMA. 1988;(260):1743-8.

284. Driscoll T, Jacklyn G, Orchard J, Passmore E, Vos T, et al. The global burden of occupationally related low back pain: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. Annals of the rheumatic diseases. 2014;73 (6):975-81.

285. Efficacy and safety of early hardware-based verticalization after severe stroke. Neurorehabilitation. 2012 May 16-19.

286. Ellis B, Silman A. Epidemiology: Measurement matters [mdash] making musculoskeletal disease count. Nature Reviews Rheumatology. 2014;10(8):449-50.

287. Englisch C, Kasch M. On the role of the occupational therapist in physical disabilities. Am. J. Occup. Ther. 1982;36(3):199-202.

288. Escorpizo R, Cieza A, Beaton D, Boonen A. Content comparison of worker productivity questionnaires in arthritis and musculoskeletal conditions using the international classification of functioning, disability, and health framework. Journal of occupational rehabilitation. 2009;19(4):382.

289. Fedorenko S, Balazh M, Vitomskyi V, Lazarieva O, Vitomska M. Economic components of the morbidity and rehabilitation of the surgical apparatus as factors of the organization of the system of physical therapy at the ambulatory stage. Health, sport, rehabilit. 2020;1(6):57-65.

290. Fedorenko S, Vitomskyi V, Lazarieva O, Kashuba V, Andrieieva O, Vitomska M, Potop V, Lytvynenko Y. Influence specificities of the type of attitude towards a disease on physical therapy satisfaction among the orthopedic profile patients and the possibilities of attitude improvement [Особливості впливу типу ставлення до хвороби на задоволеність фізичною терапією серед пацієнтів ортопедичного профілю та можливості її покращення]. Journal of Physical Education and Sport (JPES). 2020;2(20):896-904.

291. Fedorenko S, Vitomskyi V, Lazarieva O, Vitomska M. The results of the

analysis of the criteria of therapeutic alliance of patients orthopedic profile of outpatient physical therapy program. Health, sport, rehabilitation. 2019;5(3):13-23.

292. Fedorenko SM, Vitomskyi VV, Lazarieva OB, Doroshenko EYu, Vitomska MV, Onoprienko IV. Quality of life under the eq-5d-5l and the features of its dynamics among the orthopedic profile patients of outpatient program of physical therapy [Якість життя за eq-5d-5l та особливості її динаміки серед пацієнтів ортопедичного профілю амбулаторної програми фізичної терапії]. Запорізький медичний журнал. 2020;22(3)(120):315-22.

293. Ferreira PH, Ferreira ML, Maher CG, Refshauge KM, Latimer J, Adams RD. The therapeutic alliance between physiotherapists and patients predicts outcome in chronic low back pain. In: International Forum 10 primary care research on low back pain; 2009 June 13-17; Boston. Massachusetts; 2009. p. 131.

294. Ferreira PH, Ferreira ML, Maher CG, Refshauge KM, Latimer J, Adams RD. The therapeutic alliance between clinicians and patients predicts outcome in chronic low back pain. Physical therapy. 2013 Apr 1;93(4):470-8.

295. Fitzpatrick R. Scope and Measurement of patient satisfaction. In: Fitzpatrick R, Hopkins A, editors. Measurement of patients' satisfaction with their care. London, United Kingdom: Royal College of Physicians of London; 1993. p. 23-42.

296. Forster A, Young J. Community rehabilitation for older people: day hospital or homebased services? Age Ageing. 2011;40(1):2-4.

297. Frassanito L, Vergari A, Nestorini R, Cerulli G, Placella G, Pace V, Rossi M. Enhanced recovery after surgery (ERAS) in hip and knee replacement surgery: description of a multidisciplinary program to improve management of the patients undergoing major orthopedic surgery. Musculoskelet Surg. 2019 May 3 [Internet]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31054080

298. Gerr F, Anton D, Merlino LA, Fethke NB. A Prospective Study of Musculoskeletal Outcomes Among Manufacturing Workers. Effects of Psychosocial Stress and Work Organization Factors. Human Factors: The Journal of the human factors and ergonom. society. 2014;56(1):178-90.

299. Goldstein MS, Elliott SD, Guccione AA. The development of an instrument to measure satisfaction with physical therapy. Physical therapy. 2000;80(9):853-63.

300. Golyk V, Syvak O. Assesment of national disability, health and rehabilitation system in Ukraine. Reflections on disability and rehabilitation meeting. Український вісник мед.-соц. експертизи. 2016;(1):26-62.

301. Guldvog B. Can patient satisfaction improve health among patients with angina pectoris? Int J Qual Health Care. 1999;(11):233-40.

302. 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.

303. Guzmán J, Esmail R, Karjalainen K, Malmivaara A, Irvin E, Bombardier C. WITHDRAWN: Multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation for chronic low-back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2007 Jul 18;(2):CD000963.

304. Hall AM, Ferreira PH, Maher CG, Latimer J, Ferreira ML. The influence of the therapist-patient relationship on treatment outcome in physical rehabilitation: a systematic review. Physical therapy. 2010 Aug 1;90(8):1099-110.

305. Handoll HH, Sherrington C, Makal JCS. Interventions for improving mobility after hip fracture surgery in adults: review. Sao Paulo Med. Journal. 2011 Dec;129(6):435.

306. Hartley S, Finkenflugel H, Kuipers P, M. Thomas. Community – based rehabilitation: opportunity and challenge. The Lancet. 2009;374(9704):1803-4.

307. Hauer K, Specht N, Schuler M, Bartsch P, Oster P. Intensive physical training in geriatric patients after severe falls and hip surgery. Age Ageing. 2002 Jan;31(1):49-57.

308. Helander E. Prejudice and dignity. An introduction to community-based rehabilitation. 2nd ed. New York: United Nations; 1999.

309. Herrera-Valdes R, Almaguer-Lopez M. Strategies for national health care systems and centers in the emerging world: Central America and the Caribbean: the case of Cuba. Kidney Int Suppl. 2005;(98):66-8.

310. Hertsyk A. SMART goal setting in physical therapy. Фізичне вих., спорт і культура здоров'я у сучасн. суспільстві. 2016;2(34):57-63.

311. Herzberg F, Mausner B, Bloch SB. The motivation to work. New York: John Wiley; 1959. 157 p.

312. Higdon L. Patient hostility, the working alliance, and treatment outcome in a work hardening center. Chicago, IL: The Herman M. Finch University of Health Sciences, The Chicago Medical School; 1997: 120 p.

313. Hills R, Kitchen S. Satisfaction with outpatient physiotherapy: a survey comparing the views of patients with acute and chronic musculoskeletal conditions. Physiother Theory Pract. 2007;(23):21-36.

314. Horvath AO. Empirical validation of Bordin's pan theoretical model of the alliance: the working alliance inventory perspective. In: Horvath AO, Greenberg LS, editors. The working alliance: Theory, research and practice. New York: Wiley; 1994. p. 109-30.

315. Hush JM, Cameron K, Mackey M. Patient satisfaction with musculoskeletal physical therapy care: a systematic review. Physical therapy. 2011;91(1):25-36.

316. Imas YV, Dutchak MV, Andrieieva OV, Kashuba VO, Kensytska IL, Sadovskyi OO. Modern approaches to the problem of values' formation of students' healthy lifestyle in the course of physical training. Physical education of students. 2018;22(4): 182-9.

317. Initial report concerning the implementation of the convention of the rights of persons with disabilities [Internet]. State of Israeil. 2017. p. 3. Available from: htpp://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/ Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fISR%2f1&Lang=ru]

318. Initial report of States parties due in 2011. Czech Republic [Internet]. 2011. p. 60-2. Available from: hM p://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/ Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fCZE%2f1&Lang=ru

319. Initial report of States parties due in 2011. United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland. 2011 [Internet]. p. 42. Available from: htpp://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal

320. Initial reports submit ed by States parties under article 35 of the Convention Sweden (7 Feb 2011). p. 4 [Internet]. Available from:

htpp://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fSWE%2f1&Lang=en]

321. International classification of functioning, disability and health [Internet]. Available from: https://moz.gov.ua/uploads/2/11374-9898_dn_20181221_2449.pdf

322. Jette AM, Delitto A. Physical therapy treatment choices for musculoskeletal impairments. Physical therapy. 1997;77(2):145-54.

323. Jones GR, Jakobi JM, Taylor AW, Petrella RJ, Vandervoort AA. Community exercise program for older adults recovering from hip fracture: a pilot study. 2006 Oct;14(4):439-55.

324. Jung CG. Psychological types. Princeton, New Jersey: Princeton University Press; 1971. 651 p.

325. Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJ, Ostelo RW, Guzman J, van Tulder MW. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Sep 2;(9):CD000963.

326. Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJ, Ostelo RW, Guzman J, van Tulder MW. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: cochrane systematic review and meta-analysis. BMJ. 2015;(18):350.

327. Karnofsky DF, Burchenal JH. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in Cancer. Maclead CM (ed). Evaluation of chemotherapeutic agents. USA: Columbia University Press; 1947:107-134.

328. Kawski S, Koch U. Qualitatssicherung in der medizinischen rehabilitation in Deutschland: entwicklungsstand und perspektiven. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2004; 47(2):111-7.

329. Kelley MJ, Shaffer MA, Kuhn JE, Michener LA, Seitz AL, Uhl TL, Davies GJ. Shoulder pain and mobility deficits: adhesive capsulitis: clinical practice guidelines linked to the International Classification of Functioning, Disability, and Health from the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association. Journal of Orthopaedic & Sports Phys. Therapy. 2013;43(5):A1-31.

330. Kendall E. Muenchberger H, Catalano T. The move towards community-based rehabilitation in industrialised countries: are we equipped for the challenge? Disabil. Rehabil. 2009;31(26):2164-73.

331. Kennedy N, Stokes E, O'Shea E, Murphy ThB, Bresnihan B, FitzGerald O. Inpatient and outpatient rehabilitation for patients with rheumatoid arthritis: a clinical and economic assessment [Internet]. Journal of Medical Economics. 2007;10(4):515-28. Available from: https://doi.org/10.3111/13696990701725850

332. Keysor JJ, LaValley MP, Brown C, Felson DT, AlHeresh RA, Vaughan MW, et al. Efficacy of a work disability prevention program for people with rheumatic and musculoskeletal conditions: a single-blind parallel-arm randomized controlled trial. Arthritis care & research. 2018;70(7):1022-9.

333. Khan F, Ng L, Gonzalez S, Hale T, Turner-Stokes L. Multidisciplinary rehabilitation programmes following joint replacement at the hip and knee in chronic arthropathy [Internet]. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Apr 16;(2):CD004957. Available from: https://doi.org/10.1002/14651858

334. Kinney M, Seider J, Beaty AF, Coughlin K, Dyal M, Clewley D.The impact of therapeutic alliance in physical therapy for chronic musculoskeletal pain: a systematic review of the literature. Physiother. Theory Pract. 2018;(28):1-13.

335. Koch U, Lehmann C, Morfeld M. Bestandsaufnahme und zukunft der rehabilitationsforschung in Deutschland. Rehabilitation. 2007;46(3):127-44.

336. Koch U, Morfeld M. Weiterentwicklungsmoglichkeiten der ambulanten Rehabilitation in Deutschland. Rehabilitation. 2004;43(5):284-95.

337. Krauth C, Bartling T. Lohnt sich Rehabilitation? Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2017;60(4):394-401.

338. Krishnan E, Lingala B, Bruce B, Fries JF. Disability in rheumatoid arthritis in the era of biological treatments. Ann Rheum Dis. 2012;(2):213-8.

339. Kuipers P, Wirz S, Hartley S. Systematic synthesis of community-based rehabilitation (CBR) project evaluation reports for evidence-based policy: a proof-of-concept study. BMC Int. Health Hum. Rights. 2008;(8):3.

340. Kwok WY, Vliet Vlieland TP, Rosendaal FR, Huizinga TW, Kloppenburg M. Limitations in daily activities are the major determinant of reduced health-related quality of life in patients with hand osteoarthritis. Ann Rheum Dis. 2011;(2):334-6.

341. Landry MD. Passalent LA, Cott CA. Availability and structure of ambulatory rehabilitation services: a survey of hospitals with designated rehabilitation beds in Ontario, Canada. Physiother. Can. 2008;60(3):246-54.

342. Lang R. Community-based rehabilitation and health professional practice: developmental opportunities and challenges in the global North and South. Disabil. Rehabil. 2011;33(2):165-73.

343. Lauchman A. Gedanken zum stationaren Heilverfahren. Off. Gesundheitswesen. 1981;43(4):171-2.

344. Law M, Baptiste S, Mills J. Client-centred practice: What does it mean and does it make a difference? Can J Occup Ther. 1995;(62):250-7.

345. Lawford B, Bennell KL, Campbell PK, Kasza J, Hinman RS. Therapeutic alliance between physiotherapists and patients with knee osteoarthritis consulting via telephone: a longitudinal study [Internet]. Arthritis Care & Research. 2019;72(5). Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/acr.23890

346. Lawrence RC, Felson DT, Helmick CG, et al. Estimates of the prevalence ofarthritis and otherrheumatic conditionsin the United States. Part 2. Arth. Rheum. 2008;(58):26-35.

347. Lerner D, Amick BC, Lee JC, Rooney T, Rogers WH, Chang H, Berndt ER. Relationship of employee-reported work limitations to work productivity. Med Care. 2003 May;41(5): 649-59.

348. Lerner D, Amick BC, Rogers WH, Malspeis S, Bungay K, Cynn D. The work limitations questionnaire. Med Care. 2001 Jan; 39(1):72-85.

349. Lerner D, Reed JI, Massarotti E, Wester LM, Burke TA. The work limitations questionnaire's validity and reliability among patients with osteoarthritis. J Clin Epidemiol. 2002 Feb;55(2):197-208.

350. Lerner D, Rogers WH, Chang H. The Work limitations questionnaire, quality of life newsletter. 2002 Jan-Aug;(28):8-9.

351. Lewin S, Skea Z, Entwistle VA, Zwarenstein M, Dick J. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations [Internet]. Cochrane database of systematic reviews. 2012 Dec. Available from:https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003267.pub2/abstract

352. Logerstedt DS, Scalzitti DA, Bennell KL, Hinman RS, Silvers-Granelli H, Ebert J, McDonough CM. Knee pain and mobility impairments: meniscal and articular cartilage lesions revision 2018: clinical practice guidelines linked to the international classification of functioning, disability and health from the orthopaedic section of the American Physical Therapy Association. Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy. 2018;48(2): 1-50.

353. Lyadov K, Shapovalenko T, Sidyakina I, et al. Rehabilitation patients with acute stroke: walk in a park or jumping over barriers? In: 17th PRM European congress 38 simfer national congress; 2010 May 23-27; Venice. Venice;2010.

354. MacDonald CA, Cox PD, Bartlett DJ. Productivity and client satisfaction: a comparison between physical therapists and student-therapist pairs. Physiother Can. 2002;(54):92-101.

355. Marin TJ, Van Eerd D, Irvin E, Couban R, Koes BW, Malmivaara A, van Tulder MW, Kamper SJ. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain: review [Internet]. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017 Jun 28;6(6):CD002193. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6481490/pdf/CD0021

356. Martin RL, Chimenti R, Cuddeford T, Houck J, Matheson JW, McDonough CM, Carcia CR. Achilles pain, stiffness, and muscle power deficits: midportion achilles tendinopathy revision 2018: Clinical practice guidelines linked to the international classification of functioning, disability and health from the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association. Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy. 2018;48(5): 1-38.

357. Maslow AH. Motivation and Personality: 2nd ed. New York: Harper & Row; 1970. 369 p.

358. McGilton KS, Boscart V, Fox M, Sidani S, Rochon E, Sorin-Peters R. A systematic review of the effectiveness of communication interventions for health care providers caring for patients in residential care settings. Worldviews on Evidence-Based Nursing. 2009 Sep;6(3):149-59.

359. McGinnis GE, Osberg JS, DeJong G, et al. Predicting charges for inpatient medical rehabilitation using severity, DRG, age and function. Am. J. Public Health. 1987;77(7):826-9.

360. McKinnon AL. Client satisfaction with physical therapy services: Does age make a difference? Phys Occup Ther Geriat. 2001;(19):23-37.

361. Mirsky J. Anger expression, working alliance, and treatment outcome following multidisciplinary chronic pain treatment. In: Illinois Institute of Technology. Chicago, IL: Illinois Institute of Technology; 2002. 118 p.

362. Mohammad A Auais, Owis Eilayyan, Nancy E Mayo. Extended exercise rehabilitation after hip fracture improves patients' physical function: a systematic review and meta-analysis. 2012 Nov;92(11):1437-51.

363. Moore PM, Wilkinson SS, Mercado SR. Communication skills training for health care professionals working with cancer patients, their families and/or carers. Cochrane Database of Syst. Rev. 2013 Mar 28;2013(3):CD003751.

364. Morfeld M. A.Strahl, U.Koch Ambulante rehabilitation in Deutschland: eine zwischenbilanz und perspektiven der weiterentwicklung. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2011 Apr;54(4):420-8.

365. Muaidi QI, Nicholson LL, Refshauge KM, Herbert RD, Maher CG. Prognosis of conservatively managed anterior cruciate ligament injury. Sports medicine. 2007;37(8):703-16.

366. Munder T, Wilmers F, Leonhart R, Linster HW, Barth J. Working Alliance Inventory-Short Revised (WAI-SR): psychometric properties in outpatients and inpatients. Clinical psychology & psychotherapy. 2010;17(3):231-9.

367. Murphy L, Chamberlain E, Weir J, et al. Effectiveness of vocational rehabilitation following acquired brain injury: preliminary evaluation of a UK specialist rehabilitation programme. Brain Inj. 2006;20(11):1119-29.

368. Murray CJ, Richards MA, Newton JN, Fenton KA, Anderson HR, Atkinson C., et al. UK health performance: findings of the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2013;(9871):997-1020.

369. Nuesch E, Dieppe P, Reichenbach S, Williams S, Iff S, Jüni P. All cause and disease specific mortality in patients with knee or hip osteoarthritis: population based cohort study. BMJ. 2011;(342):d1165.

370. Ordway SH. Resources and the American dream: including a theory of the limit of growe. New Yorк: Ronald Press. 1953.

371. Osborn HF. The limits of the Earth. Boston: Little Brown and Co. 1954.

372. Palazzo C, Ravaud JF, Papelard A, Ravaud P, Poiraudeau S. The burden of musculoskeletal conditions. PLoS One. 2014;9(3):e90633.

373. 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.

374. Pereira SR, Chiu W, Turner A, et al. How can we improve targeting of frail elderly patients to a geriatric day-hospital rehabilitation program? BMC Geriatr. 2010;10(3):82.

375. 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.

376. Pichora D, Grant H. Upper extremity injured workers stratified by current work status: an examination of health characteristics, work limitations and work instability. Int J Occup Environ Med. 2010;1(3):124-31.

377. Pieber K, Herceg M, Quittan M, Csapo R, Muller R, Wiesinger GF. Long-term effects of an outpatient rehabilitation program in patients with chronic recurrent low back pain. Eur Spine J. 2014;(23):779-85.

378. Ramdas J, Vasantha J. Prevalence and risk factors of low back pain. Int J Adv Med. 2018 Oct;5(5):1120-3.

379. Reenen M, Janssen B. EQ-5D-5L User Guide. Basic information on how to use the EQ-5D-5L instrument [Internet]. 2019 Sept. 32 p. Available from: https://euroqol.org/wp-content/uploads/2016/09/EQ-5D-5L_UserGuid

380. Ringdahl E, Pandit S. Treatment of knee osteoarthritis. Am Fam Physician. 2011;(83):1287-92.

381. 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.

382. Rost R, Hartmann T, Horstmann G, et al. Der Bedarf an ambulanter kardiologischer Anschlussrehabilitation in einem grossstadtischen Ballungsgebiet. Ergebnisse des Kolner Modells der ambulanten kardiologischen Rehabilitation. Z. Kardiol. 1999;88(1):34-43.

383. Rothstein JM, Echternach JL, Riddle DL. The Hypothesis-Oriented Algorithm for Clinicians II (HOAC II): a guide for patient management. Phys Ther. 2003;83(5):455-70.

384. Roux CH, Guillemin F, Boini S, Longuetaud F, Arnault N, Hercberg S, Briançon S. Impact of musculoskeletal disorders on quality of life: an inception cohort study. Annals of the rheumatic diseases. 2005 Apr 1;64(4):606-11.

385. Safran DG, Taira DA, Rogers WH, et al. Linking primary care performance to outcomes of care. J Fam Pract. 1998;(4)7:213-20.

386. Sakalauskienė G, Obelienius V, Pilvinienė R, Jauniškienė D. Evaluation of daily outpatient multidisciplinary rehabilitative treatment of patients with musculoskeletal, neurological and traumatic disorders in a municipality outpatient setting. Medicina (Kaunas). 2016;52(1):61-68. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26987502/

387. Santos AC, Bredemeier M, Rosa KF, Amantéa VA, Xavier RM. Impact on the quality of life of an educational program for the prevention of work-related musculoskeletal disorders: a randomized controlled trial. BMC public health. 2011;11(1):60.

388. Schein RM, Holin MB, Pramuko M, Saptono A, Brienza DM., Schmeler MR. Telerehabilitation assessment using the functioning Everyday with a Wheelchair-Capacity instrument. J. Rehabil. Res. and Dev. 2011;48 (2):115-24.

389. Schmidt J, Schwebach RG. Preliminary trial on the effectiveness of early intervention manual therapy in reducing costs of presenteeism due to musculoskeletal pain. The Journal of Health & Productivity. 2007 Mar:18-24.

390. Searle A, Spink M, Ho A, Chuter V. Exercise interventions for the treatment of chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Clinical rehabilitation. 2015;29(12):1155-67.

391. Shahani BT. Principles and practice of rehabilitation medicine. Boston: Harvard Medical School; 1988. 298 p.

392. Singh N, Clemson L, Quine S, Williams EJ. Effects of high-intensity progressive resistance training and targeted multidisciplinary treatment of frailty on mortality and nursing home admissions after hip fracture: a randomised controlled trial. Journal of the American Medical Directors Association. 2011;13(1):24-30.

393. Storheim K, Zwart JA. Musculoskeletal disorders and the global burden of disease study. Annals of the rheumatic diseases. 2014;73(6):949-50.

394. Svestkova O. Conceptual framework for rehabilitation in the Czech Republic: a proposal. Disabil. Rehabil. 2002;24(15):798-801.

395. Sylliaas H, Brovold T, Wyller TB, Bergland A. Progressive strength training in older patients after hip fracture: a randomised controlled trial. Age Ageing. 2011 Mar;40(2):221-7.

396. Sylliaas H, Brovold T, Wyller TB, Bergland A. Prolonged strength training in older patients after hip fracture: a randomised controlled trial. Age Ageing. 2012 Mar;41(2):206-12.

397. Szawlowski K. Medyczno-spoleczne aspekty rehabilitacii. In: Czlowiek niepelnosprawny w spoleczenstwie: materialy 2-nd kongr. TWK, 1983. Warszawa; 1986. s. 44-4.

398. Taccolini Manzoni AC, Bastos de Oliveira NT, Nunes Cabral CM, Aquaroni Ricci N. The role of the therapeutic alliance on pain relief in musculoskeletal

rehabilitation: a systematic review. Physiotherapy theory and practice. 2018;34(12):901-15.

399. Tang K, Pitts S, Solway S, Beaton D. Comparison of the psychometric properties of four at-work disability measures in workers with shoulder or elbow disorders. Journal of occupational rehabilitation. 2009;19(2):142-54.

400. Teasell R, Foley N, Bhogal S, et al. Evidence-based practice and setting basic standards for stroke rehabilitation in Canada. Top Stroke Rehabil. 2006;13(3):59-65.

401. Teasell R, Meyer M, Foley N, et al. Stroke rehabilitation in Canada: a work in progress. Top Stroke Rehabil. 2009;16(1):11-9.

training in geriatric patients after severe falls and hip surgery. Age Ageing. 2002;(31):49-57.

402. User's manual for the SF-36v2 health survey: 2-nd ed. Publisher Quality Metric; 2008. 309 p.

403. Usyk SF. Features landmark sanatorium rehabilitation of the wounded limb in modern conditions [abstract]. Moscow; 2003. 22 p.

404. Vanti C, Monticone M, Ceron D, Bonetti F, Piccarreta R, Guccione AA, Pillastrini P. Italian version of the physical therapy patient satisfaction questionnaire: cross-cultural adaptation and psychometric properties. Physical therapy. 2013;93(7):911-22.

405. Vitomskyi V, Lazarieva O, Alalwan Rahm, Vitomska M. Restoration of ankle joint, quality of life dynamics and assessment of achilles tendon rupture consequences [Internet]. In: Iermakov SS, editor. Pedagog. psihol. med.-biol. probl. fiz. vihov. sportu. Kharkov; 2017. № 21(6). p. 308-14. Available from: https://doi.org/10.15561/18189172.2017.0608

406. Vitomskyi 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 [Internet]. Health, sport, rehabilitation. 2019;(2):17-27. Available from: https://doi.org/10.34142/HSR.2019.05.01.02.02.

407. Vogel H. Zdrahal-Urbanek J. Rehabilitation in Germany: new challenges of a structured social security scheme. Int J Rehabil Res. 2004;27(2):93.

408. Vos T, Flaxman A, Naghavi M, Lozano R, Micha ud 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.

409. Walker N, Michaud K, Wolfe F. Work limitations among working persons with rheumatoid arthritis: results, reliability, and validity of the work limitations questionnaire in 836 patients. The Journal of rheumatology. 2005;32(6):1006-12.

410. White AG, Birnbaum HG, Janagap C, et al. Direct and indirect costs of pain therapy for osteoarthritis in an insured population in the United States. J Occup Environ Med. 2008;(50):998-1005.

411. Willig M, Ramm D, Groskreutz H. Die Wirkung der Behindertenrechtskonvention auf die Rehabilitation in Deutschland – Impulse und Perspektiven. Rehabilitation (Stuttgart). 2010;49(4):259-65.

412. Worid Health Organization. Rehabilitation 2030: a call for action,www.whaint/disabilities/care/rehab-2030/ en/ (2017, accessed 24 April 2018).

413. Work Limitations Questionnaire. Version 1.0. Scaling and Scoring. Version 1.0: May 2018. Written by: Mapi Research Trust 27 rue de la Villette 69003 Lyon France.

414. Wright RW, Preston E, Fleming BC, et al. A systematic review of anterior cruciate ligament reconstruction rehabilitation: part 2-nd: open versus closed kinetic chain exercises, neuromuscular electrical stimulation, accelerated rehabilitation, and miscellaneous topics. J Knee Surg. 2008;(21): 225-34.

415. Zaproudina N, Hanninen OO, Airaksinen O. Effectiveness of traditional bone setting in chronic neck pain: randomized clinical trial. J Manipulative Physiol Ther. 2007;(30):432-7.

416. Zaproudina N, Hietikko T, Hanninen OO, Airaksinen O. Effectiveness of traditional bone setting in treating chronic low back pain: a randomised pilot trial. Complement Ther Med. 2009;(17):23-8.

417. Zeidler J. Mittendorf T, Vahldiek G, Zeidler S. Comparative cost analysis of outpatient and inpatient rehabilitation for musculoskeletal diseases in Germany Merkesdal Rheumatology. 2008 Oct 1;47(10):1534-7.

ДОДАТКИ

Додаток А

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

За темою дисертаційної роботи опубліковано 28 наукових праць. Основні положення дисертаційної роботи викладено в 23 наукових працях, з них 1 стаття у науковому періодичному виданні іншої держави, яке включено до міжнародної наукометричної бази Scopus, 1 стаття у науковому періодичному виданні України, яке включено до міжнародної наукометричної бази Web of Science, 21 стаття у фахових виданнях України, з яких 14 включено до міжнародної наукометричної бази; 4 публікації мають апробаційний характер, 1 – додатково відображає наукові результати дисертації.

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

1. Федоренко С, Лазарєва О, Вітомський В, Вітомська М. Основи організації центру з надання реабілітаційних послуг для осіб із порушеннями опорно-рухового апарату. Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. 2017;(28):200-4. Фахове видання України. *Особистий внесок здобувача полягає у визначенні проблеми, збиранні інформації та її аналізі, узагальненні матеріалу.*

2. Федоренко С, Лазарєва О, Вітомський В, Вітомська М. Урахування особливостей сторін взаємовідносин «фізичний терапевт–пацієнт» як фактор підвищення якості послуг у системі фізичної терапії хворих ортопедичного профілю. Спортивна медицина і фізична реабілітація. 2018;(2):80-7. Фахове видання України, яке включено до міжнародної наукометричної бази Index Copernicus. Доступно: https://doi.org/10.32652/spmed.2018.2.80-87 *Особистий внесок здобувача полягає в узагальненні наукових даних, постановці проблеми та інтерпретації результатів дослідження.*

3. Нагорний Я, Федоренко С. Особливості реабілітації осіб з церебеларною атаксією із застосуванням мануальної терапії. Теорія і методика фізичного

виховання і спорту. 2018;(4):75-82. Фахове видання України, яке включено до міжнародної наукометричної бази Index Copernicus. *Особистий внесок здобувача полягає в аналізі концептуальних підходів до побудови програми фізичної терапії, узагальненні результатів та формулюванні висновків.*

4. Федоренко СН, Онопрієнко ІВ, Лазарєва ОБ, Вітомський ВВ, Вітомська МВ. Роль фізичної терапії у покращенні функціонування та якості життя при болю у спині. Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія: Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт). 2018;12(106):111-5. Фахове видання України, яке включено до міжнародної наукометричної бази Index Copernicus. *Особистий внесок здобувача полягає в узагальненні наукових даних, постановці проблеми та інтерпретації результатів дослідження.*

5. Грін С, Федоренко С. Аналіз динаміки функціональних показників скелетно-м'язової системи учасників АТО з вогнепальними переломами кісток гомілки. Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. 2018;(29):97-105. Фахове видання України. *Особистий внесок здобувача полягає в узагальненні результатів досліджень та інтерпретації кількісних даних.*

6. Грін С, Федоренко С. Характеристика стану рухової активності військовослужбовців із наслідками вогнепальних переломів кісток гомілки. Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. 2018;(30):128-36. Фахове видання України. *Особистим внеском здобувача є постановка мети і завдань, проведення досліджень, узагальнення матеріалу та формулювання висновків.*

7. Федоренко С, Лазарєва О, Вітомський В, Вітомська М. Особливості пацієнта як споживача послуг фізичної терапії ортопедичного профілю. Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. 2018;(32):104-11. Фахове видання України. *Особистий внесок здобувача полягає в систематизації даних літературних джерел.*

8. Федоренко СМ, Лазарєва ОБ, Вітомський ВВ, Вітомська МВ. Результати аналізу обмежень у трудовій діяльності пацієнтів ортопедичного профілю, яким рекомендована амбулаторна програма фізичної терапії. Спортивна медицина і фізична реабілітація. Спортивна медицина і фізична реабілітація. 2019;(2):89-97. Фахове видання України, яке включено до міжнародної наукометричної бази Index Copernicus. *Особистий внесок здобувача полягає в узагальненні наукових даних, розробці методичних особливостей програми фізичної терапії.*

9. Федоренко С, Балаж М, Вітомський В, Лазарєва О, Вітомська М. Кооперація держави та приватного сектору як шлях до розбудови сучасної системи фізичної терапії в Україні. Теорія і методика фізичного виховання і спорту. 2019;(2):80-6. Фахове видання України, яке включено до міжнародної наукометричної бази Index Copernicus. *Особистий внесок здобувача полягає в систематизації даних літературних джерел, формулюванні основних висновків.*

10. Федоренко С, Балаж М, Вітомський В, Лазарєва О, Вітомська М. Організація ефективної реабілітаційної допомоги та системи фізичної терапії як актуальна проблема сьогодення. Теорія і методика фізичного виховання і спорту. 2019;(3):81-6. Фахове видання України, яке включено до міжнародної наукометричної бази Index Copernicus. *Особистий внесок здобувача полягає у визначенні проблеми, збиранні інформації та її аналізі, узагальненні матеріалу.*

11. Федоренко СМ, Вітомський ВВ, Лазарєва ОБ, Вітомська МВ. Управління та мотивація пацієнта, як шляхи підвищення результативності фізичної терапії при ортопедичних порушеннях. Український журнал медицини, біології та спорту. 2019;4(5):295-302. Фахове видання України, яке включено до міжнародної наукометричної бази Index Copernicus. Доступно: 10.26693/jmbs04.05.295 *Особистим внеском здобувача є постановка мети і завдань, проведення досліджень, узагальнення матеріалу, формулювання висновків.*

12. Vitomskyi 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;5(2):17-27. Фахове видання

України, яке включено до міжнародної наукометричної бази Index Copernicus. Доступно: https://doi.org/10.34142/HSR.2019.05.01.02.02 *Особистий внесок здобувача полягає у визначенні проблеми, збиранні інформації та її аналізі, узагальненні матеріалу.*

13. Fedorenko SM, Vitomskyi VV, Lazarieva OB, Vitomska MV. The results of the analysis of the criteria of therapeutic alliance of patients orthopedic profile of outpatient physical therapy program. Health, sport, rehabilitation. 2019;5(3):15-23. Фахове видання України, яке включено до міжнародної наукометричної бази Index Copernicus. Доступно: https://doi.org/10.34142/HSR.2019.05.03.02 *Особистим внеском здобувача є постановка мети і завдань, проведення досліджень, узагальнення матеріалу та формулювання висновків.*

14. Федоренко СН, Лазарєва ОБ, Вітомський ВВ, Балаж МС, Вітомська МВ. Аналіз міжнародного досвіду організації систем реабілітаційної допомоги та фізичної терапії. Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія: Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт). 2019;9(117):99-107. Фахове видання України, яке включено до міжнародної наукометричної бази Index Copernicus. *Особистим внеском здобувача є постановка мети і завдань та узагальнення матеріалу.*

15. Федоренко С, Вітомський В, Лазарєва О, Вітомська М. Особливості змін обмежень у трудовій діяльності пацієнтів з ортопедичними порушеннями у шийному відділі, верхній кінцівці чи її поясі впродовж амбулаторної програми фізичної терапії залежно від психотипу. Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. 2019;(33):108-17. Фахове видання України. *Особистим внеском здобувача є постановка мети і завдань, проведення досліджень.*

16. Федоренко С, Лазарєва О, Вітомський В, Вітомська М. Особливості модифікації системи надання послуг фізичної терапії пацієнтам ортопедичного профілю на амбулаторному етапі. Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. 2019;(35):130-8. Фахове видання України. *Особистий внесок здобувача полягає у*

визначенні проблеми та узагальненні матеріалу.

17. Андрєєва О, Гакман А, Федоренко С. Стан захворюваності та якість життя осіб похилого віку. Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. 2019;(36):27-32. *Особистий внесок здобувача полягає у визначенні проблеми, збиранні інформації та її аналізі, узагальненні матеріалу.*

18. Оріховська А, Федоренко С, Коліушко К. Сучасні підходи фізичної терапії осіб після тотального ендопротезування кульшового суглобу. Теорія і методика фізичного виховання і спорту. 2020;(1):81-6. Фахове видання України, яке включено до міжнародної наукометричної бази Index Copernicus. *Особистим внеском здобувача є постановка мети і завдань, проведення досліджень, узагальнення матеріалу та формулювання висновків.*

19. Fedorenko SM, Balazh MS, Vitomskyi VV, Lazarieva OB, Vitomska MV. Economic components of the morbidity and rehabilitation of the surgical apparatus as factors of the organization of the system of physical therapy at the ambulatory stage. Health, sport, rehabilitation. 2020;6(1):57-65. Фахове видання України, яке включено до міжнародної наукометричної бази Index Copernicus. Доступно: http://dx.doi.org/10.34142/HSR.2020.06.01.07 *Особистий внесок здобувача полягає у визначенні проблеми, збиранні інформації та її аналізі, узагальненні матеріалу.*

20. Fedorenko S, Vitomskyi V, Lazarieva O, Kashuba V, Andrieieva O, Vitomska M, Potop V, Lytvynenko Y. Influence specificities of the type of attitude towards a disease on physical therapy satisfaction among the orthopedic profile patients and the possibilities of attitude improvement = Особливості впливу типу ставлення до хвороби на задоволеність фізичною терапією серед пацієнтів ортопедичного профілю та можливості її покращення. Journal of Physical Education and Sport (JPES) 2020;2(20):896-904. Наукове періодичне видання іншої держави (Румунії), яке включено до міжнародної наукометричної бази Scopus. Доступно: 10.7752/jpes.2020.02128 *Особистий внесок здобувача полягає в узагальненні результатів досліджень та інтерпретації кількісних даних.*

21. Федоренко СН, Лазарєва ОБ, Вітомський ВВ, Вітомська МВ. Динаміка якості життя у пацієнтів ортопедичного профілю впродовж амбулаторної програми фізичної терапії. Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія: Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт). 2020;2(122):175-82. Фахове видання України, яке включено до міжнародної наукометричної бази Index Copernicus. *Здобувачем складено програму дослідження, підібрано методи, узагальнено результати та сформульовано висновки.*

22. Федоренко СМ. Результати аналізу якості життя пацієнтів ортопедичного на початку амбулаторної програми фізичної терапії. Український журнал медицини, біології та спорту. 2020;5(2):153-60. Фахове видання України, яке включено до міжнародної наукометричної бази Index Copernicus.

23. Fedorenko SM, Vitomskyi VV, Lazarieva OB, Doroshenko EYu., Vitomska MV, Onoprienko IV. Quality of life under the eq-5d-5l and the features of its dynamics among the orthopedic profile patients of outpatient program of physical therapy = Якість життя за EQ-5D-5L та особливості її динаміки в пацієнтів ортопедичного профілю амбулаторної програми фізичної терапії. Запорізький медичний журнал. 2020;22(3):315-22. Наукове періодичне видання України, яке включено до міжнародної наукометричної бази Web of Science. *Особистим внеском здобувача є постановка мети і завдань, проведення досліджень, узагальнення матеріалу та формулювання висновків.*

Наукові праці, які додатково відображають наукові результати дисертації

1. Круцевич ТЮ, Лазарева ЕБ, Федоренко СН, Кормильцев ВВ. Влияние программы физической реабилитации с использованием средств фитнеса на показатели периферической гемодинамики лиц с вертеброгенной патологией. Вісник Запорізького національного університету. Фізичне виховання та спорт. 2013;1(10):103-7. *Особистий внесок здобувача полягає в узагальненні результатів досліджень та інтерпретації кількісних даних.*

Додаток Б

ВІДОМОСТІ ПРО АПРОБАЦІЮ РЕЗУЛЬТАТІВ ДИСЕРТАЦІЇ

№	Назва конференції, конгресу, симпозіуму, семінару, школи	Місце та дата проведення	Форма участі
1.	Міжнародна науково-практична конференція «Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві»	м. Луцьк, 2016 р.	доповідь
2.	VI Міжнародний медичний конгрес «Впровадження сучасних досягнень медичної науки у практику охорони здоров'я України»	м. Київ, 27-28 квітня 2017 р.	доповідь
3.	Всеукраїнська практична конференція «Фізична реабілітація верхньої кінцівки»	м. Бердичів, 13-14 жовтня 2018 р.	доповідь
4.	Міжнародна науково-практична конференція «Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві»	м. Луцьк 2018 р.	доповідь
5.	Clinical Affairs Medical Business Unit, the Educative Workshop to study «HiToP-Therapy»	Rimbach, Germany, 2019	доповідь
6.	XII Міжнародна наукова конференція молодих учених «Молодь та олімпійський рух»	м. Київ, 17-18 травня 2019 р.	доповідь
7.	Міжнародна наукова конференція «Актуальні проблеми спортивної медицини»	м. Київ, 28-29 листопада 2019 р.	доповідь
8.	Міжнародна наукова конференція «Актуальні проблеми спортивної медицини»	м. Київ, 4-5 грудня 2019 р.	доповідь
9.	I Національний конгрес фізичної та реабілітаційної медицини «Фізична та реабілітаційна медицина в Україні: практичне впровадження мульти-професійної реабілітації в закладах охорони здоров'я»	м. Київ, 12 - 14 грудня 2019 р.	

10.	I Міжнародна науково-практична інтернет-конференція «Інтеграція освіти, науки та бізнесу в сучасному середовищі: зимові диспути»	м. Дніпро 6-7 лютого 2020 р.	доповідь
11.	IV Міжнародна науково-практична конференція «Science, society, education: topical issues and development prospects»	м. Харків, 16-17 березня 2020 р.	доповідь
12.	XIII Міжнародна наукова конференція молодих учених «Молодь та олімпійський рух»	м. Київ, 15-16 травня 2020 р.	доповідь та публікація
13.	IV Міжнародна науково-практична конференція «Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві»	м. Коростишев, 13 жовтня 2020 р.	доповідь
14.	Міжнародна наукова конференція «Розвиток наукової думки постіндустріального суспільства: сучасний дискурс»	м. Миколаїв. 9-10 листопада 2020 р.	публікація
15.	Міжнародна науково-практична інтернет-конференція, приурочена Всесвітньому дню науки, «Оздоровче-рекреаційна рухова активність у сучасному суспільстві.»	м. Чернівці. 10 листопада 2020 р.	доповідь та публікація
16.	II Міжнародна науково-практична конференція «Актуальні проблеми сучасної науки та освіти»	м. Львів 13 Листопада 2020 р.	доповідь та публікація

Додаток В

Статистичні показники статево-вікових характеристик груп пацієнтів 2013-2015 років

Групи	Вік		Кількість чоловіків, од. (%)	Кількість жінок, од. (%)
	$\bar{x}$ ±S	Me (25%; 75%)		
Г (n=113)	43,18±8,88	45(36,5; 51)	53 (46,9%)	60 (53,1%)
Г+	43,71±8,71	46(37,5; 51,3)	31 (53,4%)	27 (46,6%)
Г-	42,61±9,10	44 (35; 49)	22 (40%)	33 (60%)
Г1	42,69±9,04	44(35; 50)	24 (43,6%)	31 (56,4%)
Г2	43,64±8,77	46 (37,5; 51,25)	29 (50%)	29 (50%)
Г1+	43±8,94	45 (35,8; 51)	14 (50%)	14 (50 %)
Г1-	42,37±9,31	44 (35; 49)	10 (37%)	17 (63%)
Г2+	44,37±8,58	46(37,5; 52,5)	17 (56,7%)	13 (43,3%)
Г2-	42,86±9,07	45(35,8; 50,5)	12(42,9%)	16 (57,7%)

Додаток Г

Статистичні показники статево-вікових характеристик груп пацієнтів 2016-2018 років

Групи	Вік		Кількість чоловіків, од. (%)	Кількість жінок, од. (%)
	$\bar{x}$ ±S	Me (25%; 75%)		
М (n=135)	43,83±9,12	46(37; 52)	70(51,9%)	65 (48,1%)
М+	43,82±9,14	45(36; 52)	40 (56,3%)	31(43,7%)
М-	43,84±9,17	46,5 (38; 52)	30 (46,9%)	34 (53,1%)
М1	45,03±9,26	47 (38; 53)	35 (52,2%)	32 (47,8%)
М2	42,65±8,89	44 (35,3; 49,8)	35 (51,5%)	33 (48,5%)
М1+	45,63±9,10	47 (39; 53)	19 (54,3%)	16 (45,7 %)
М1-	44,38±9,53	47,5 (38; 51)	16 (50%)	16 (50%)
М2+	42,06±8,94	43,5(35,3; 48,8)	21 (58,3%)	15 (41,7%)
М2-	43,31±8,92	44,5(35,8; 2)	14(43,8%)	18 (56,3%)

Додаток Д

Розподіл типів ставлення до хвороби у групах пацієнтів, %

Групи / Психотип	Г1+	Г2+	Г1-	Г2-	М1+	М2+	М1-	М2-
Гармонійний	35,71	33,33	-	-	34,29	33,33	-	-
Ергопатичний	32,14	36,67	-	-	31,43	30,56	-	-
Анозогностичний	32,14	30,00	-	-	34,29	36,11	-	-
Тривожний	-	-	18,52	14,29	-	-	15,63	18,75
Іпохондричний	-	-	18,52	17,86	-	-	18,75	21,88
Неврастенічний	-	-	7,41	7,14	-	-	6,25	6,25
Меланхолійний	-	-	7,41	7,14	-	-	6,25	6,25
Апатичний	-	-	3,70	3,57	-	-	3,13	3,13
Сенситивний	-	-	18,52	21,43	-	-	21,88	18,75
Нозофільний	-	-	18,52	21,43	-	-	18,75	21,88
Паранойяльний	-	-	7,41	3,57	-	-	6,25	3,13
Дісфоричний	-	-	0,00	3,57	-	-	3,13	0,00

Додаток Е.1

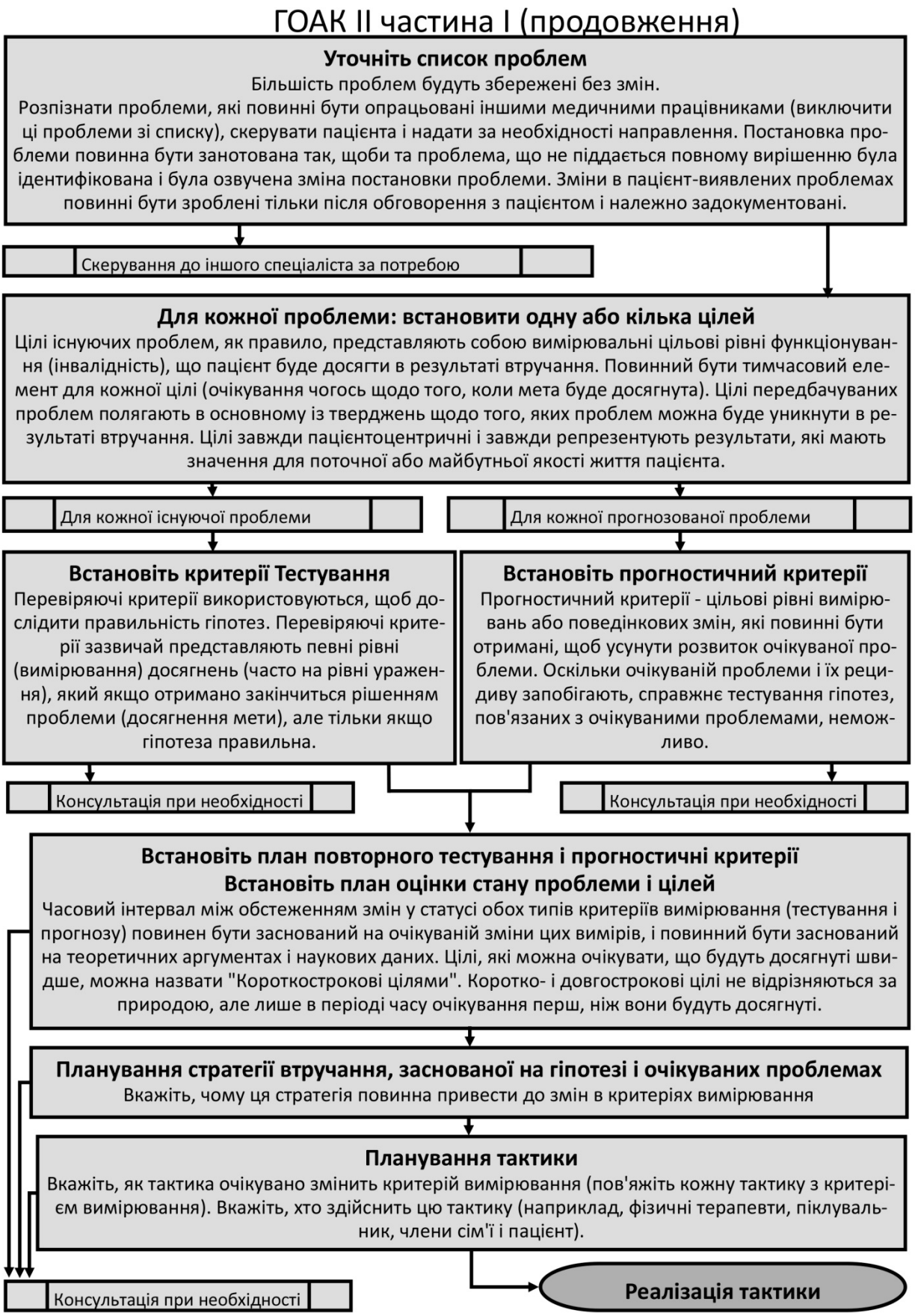
Гіпотезо-орієнтований алгоритм для клініцистів II

ГОАК частина I

Малюнок 1. Початкові кроки першої частини гіпотезо-орієнтованого алгоритму для клініцистів ГОАК II

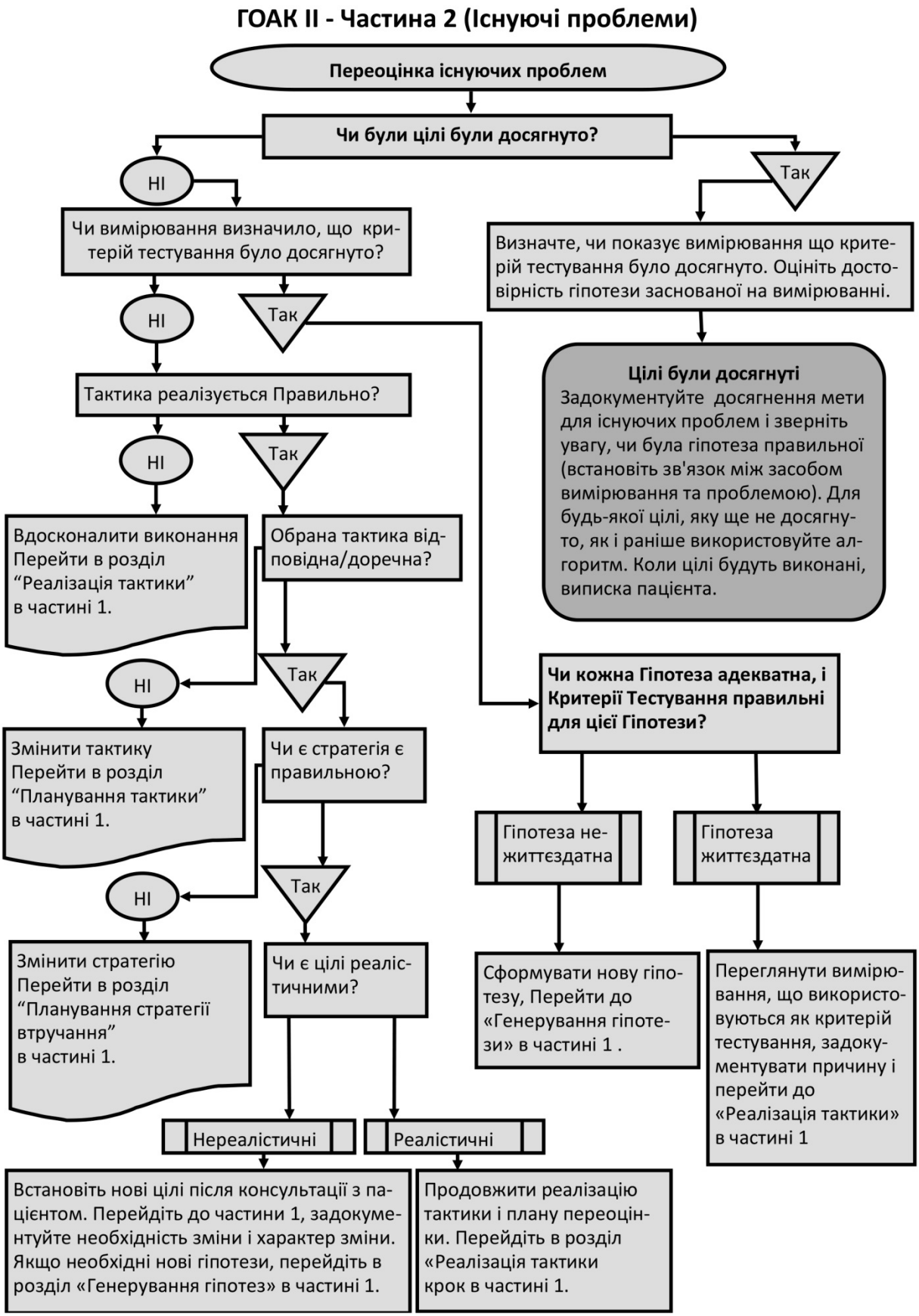
ГОАК II [383] представлено в перекладі М.Я. Романишина

Додаток Е.2



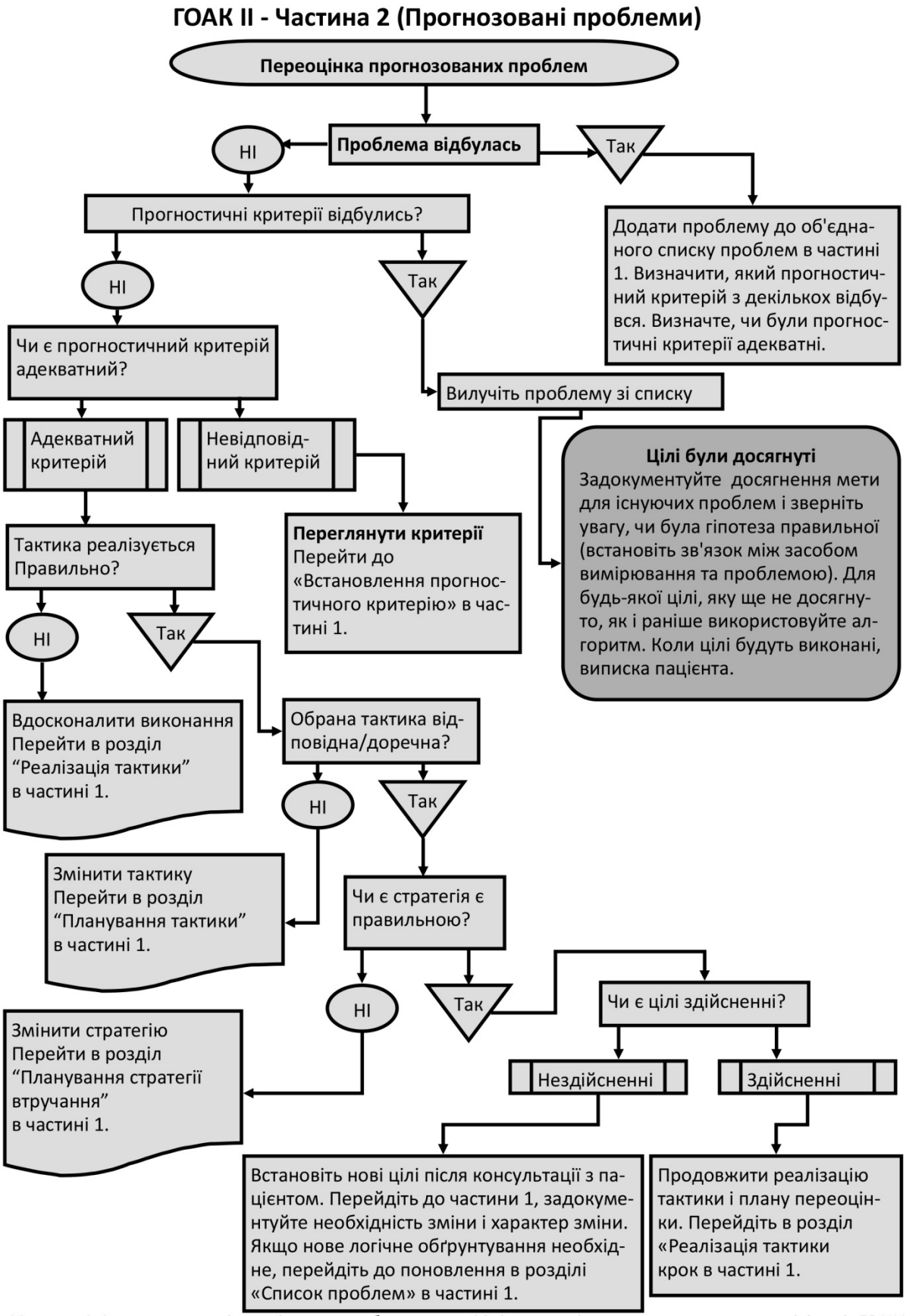
Малюнок 2. Завершальні кроки першої частини гіпотезо-орієнтованого алгоритму для клініцистів ГОАК II

Додаток Е.3



Малюнок 3. Алгоритм переоцінки існуючих проблем в частині 2 гіпотезо-орієнтованого алгоритму для клініцистів ГОАК II

Додаток Е.4



Малюнок 4. Алгоритм переоцінки очікуваних проблем в частині 2 гіпотезо-орієнтованого алгоритму для клініцистів ГОАК II

Додаток Ж

АКТ

впровадження результатів наукових досліджень
в освітній процес кафедри фізичної терапії та ерготерапії
Національного університету фізичного виховання і спорту України

Ми, ті, що підписалися нижче, склали цей акт про те, що Федоренко Сергій Миколайович, який є виконавцем дисертаційної роботи на тему: «Система фізичної терапії осіб з ураженнями опорно-рухового апарату на амбулаторному етапі», виконаної відповідно до плану НДР Національного університету фізичного виховання і спорту України 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) вніс у практику роботи кафедри фізичної терапії та ерготерапії НУФВСУ такі рекомендації та пропозиції:

Назва пропозиції, форма впровадження і коротка характеристика	Наукова новизна та її значення, рекомендації з подальшого використання	Ефект від впровадження
Структура управління процесом фізичної терапії осіб з ураженнями опорно-рухового апарату та різним типом ставлення до хвороби на амбулаторному етапі відновлення. Доповнення змісту лекцій та практичних занять з дисципліни «Фізична терапія при травмі, політравмі та захворюваннях опорно-рухового апарату», яка викладається на кафедрі фізичної терапії та ерготерапії НУФВСУ для студентів другого (магістерського) рівня вищої освіти, які навчаються за спеціальністю «Фізична терапія, ерготерапія» галузі знань 22 Охорона здоров`я.	Розроблено структуру управління процесом фізичної терапії осіб з ураженнями опорно-рухового апарату на амбулаторному етапі відновлення, суть якої полягає у диференційованому та індивідуально-орієнтованому використанні сучасних засобів фізичної терапії в залежності від характеру, локалізації та тяжкості ураження опорно-рухового апарату та типу ставлення до хвороби. Рекомендовано для використання у процесі підготовки здобувачів вищої освіти за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапії» галузі знань 22 Охорона здоров'я другого (магістерського) рівня вищої освіти.	Доповнення змісту лекційних та практичних занять з дисципліни «Фізична терапія при травмі, політравмі та захворюваннях опорно-рухового апарату» сприятиме підвищенню знань студентів, формуванню наукового мислення, розвитку інтелектуальних і творчих здібностей, а в совокупності вдосконаленню підготовки висококваліфікованих фізичних терапевтів.

Автор розробки
к. фіз. вих. С.М. Федоренко

Представники НУФВСУ:
Перший проректор
з науково-педагогічної роботи, д.фіз.вих. М.В. Дутчак

Завідувач кафедри фізичної терапії та ерготерапії,
д.фіз.вих. О.Б. Лазарєва

Додаток И

АКТ

впровадження результатів наукових досліджень
в освітній процес кафедри фізичної терапії та ерготерапії
Національного університету фізичного виховання і спорту України

Ми, ті, що підписалися нижче, склали цей акт про те, що Федоренко Сергій Миколайович, який є виконавцем дисертаційної роботи на тему: «Система фізичної терапії осіб з ураженнями опорно-рухового апарату на амбулаторному етапі», виконаної відповідно до плану НДР Національного університету фізичного виховання і спорту України 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) вніс у практику роботи кафедри фізичної терапії та ерготерапії НУФВСУ такі рекомендації та пропозиції:

Назва пропозиції, форма впровадження і коротка характеристика	Наукова новизна та її значення, рекомендації з подальшого використання	Ефект від впровадження
Алгоритм застосування засобів фізичної терапії осіб з ураженнями опорно-рухового апарату та різним типом ставлення до хвороби на амбулаторному етапі відновлення. Доповнення змісту лекцій та практичних занять з дисципліни «Клінічний реабілітаційний менеджмент при порушенні діяльності опорно-рухового апарату», яка викладається на кафедрі фізичної терапії та ерготерапії НУФВСУ для студентів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти, які навчаються за спеціальністю «Фізична терапія, ерготерапія» галузі знань 22 Охорона здоров`я.	Розроблено методичні основи диференційованого та індивідуально-орієнтованого використання сучасних засобів фізичної терапії в залежності від характеру, локалізації та тяжкості ураження опорно-рухового апарату та типу ставлення до хвороби, розширено їх зміст згідно засад Міжнародної класифікації функціонування у з ураженнями опорно-рухового апарату на амбулаторному етапі відновлення. Рекомендовано для використання у процесі підготовки здобувачів вищої освіти за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапії» галузі знань 22 Охорона здоров'я першого (бакалаврського) рівня вищої освіти	Доповнення змісту лекційних та практичних занять з дисципліни «Клінічний реабілітаційний менеджмент при порушенні діяльності опорно-рухового апарату» сприятиме підвищенню знань студентів, формуванню фахових компетентностей студентів, розвитку інтелектуальних і творчих здібностей, а в совокупності вдосконаленню підготовки висококваліфікованих асистентів фізичних терапевтів.

Автор розробки
к. фіз. вих., С.М. Федоренко

Представники НУФВСУ:
Перший проректор
з науково-педагогічної роботи, д.фіз.вих. М.В. Дутчак

Завідувач кафедри фізичної терапії та ерготерапії,
д.фіз.вих. О.Б. Лазарєва

Додаток К

АКТ

впровадження результатів наукових досліджень

у навчальний процес кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії Сумського державного педагогічного університету імені А.С. Макаренка

Ми, ті, що підписалися нижче, склали цей акт про те, що Федоренко Сергій Миколайович, який є виконавцем дисертаційної роботи на тему: «Система фізичної терапії осіб з ураженнями опорно-рухового апарату на амбулаторному етапі», виконаної відповідно до плану НДР Національного університету фізичного виховання і спорту України 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) вніс у практику роботи кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії СумДПУ імені А.С. Макаренка такі рекомендації та пропозиції:

Назва пропозиції, форма впровадження і коротка характеристика	Наукова новизна та її значення, рекомендації з подальшого використання	Ефект від впровадження
Алгоритм застосування засобів фізичної терапії осіб з ураженнями опорно-рухового апарату та різним типом ставлення до хвороби на амбулаторному етапі відновлення	Вперше розроблено методичні основи диференційованого та індивідуально-орієнтованого використання сучасних засобів фізичної терапії в залежності від характеру, локалізації та тяжкості ураження ОРА та типу ставлення до хвороби, розширено їх зміст згідно засад Міжнародної класифікації функціонування у осіб з порушеннями ортопедичного профілю на амбулаторному етапі відновлення, Рекомендовано для використання у процесі підготовки здобувачів вищої освіти за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапії» галузі знань 22 Охорона здоров'я першого (бакалаврського) рівня вищої освіти	Технологію впроваджено у навчальний процес кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії СумДПУ імені А.С. Макаренка для бакалаврів IV курсу спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія», зокрема в лекційний курс дисципліни «Фізична терапія та ерготерапія при порушеннях ОРА», що сприятиме підвищенню фахових компетентностей студентів

Автор розробки
к. фіз. вих., С.М. Федоренко

Представники Сумського державного
педагогічного університету імені А.С. Макаренка:

Проректор з науково-педагогічної роботи
д. біол. н., професор В.І. Шейко

Завідувач кафедри здоров'я, фізичної терапії,
реабілітації та ерготерапії
к. фіз.вих., доцент О.М. Звіряка

Додаток Л

АКТ

впровадження результатів наукових досліджень
у навчальний процес кафедри медичної реабілітації Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського МОЗ України

Ми, ті, що підписалися нижче, склали цей акт про те, що Федоренко Сергій Миколайович, який є виконавцем дисертаційної роботи на тему: «Система фізичної терапії осіб з ураженнями опорно-рухового апарату на амбулаторному етапі», виконаної відповідно до плану НДР Національного університету фізичного виховання і спорту України 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) вніс у практику роботи кафедри медичної реабілітації ТНМУ імені І.Я. Горбачевського такі рекомендації та пропозиції:

Назва пропозиції, форма впровадження і коротка характеристика	Наукова новизна та її значення, рекомендації з подальшого використання	Ефект від впровадження
Модифікована система фізичної терапії осіб з порушеннями ортопедичного профілю та різним типом ставлення до хвороби на амбулаторному етапі відновлення	Вперше розроблено низку модифікованих програм фізичної терапії осіб з порушеннями ортопедичного профілю на амбулаторному етапі відновлення, суть яких полягає у диференційованому та індивідуально-орієнтованому використанні сучасних засобів фізичної терапії в залежності від характеру, локалізації та тяжкості ураження ОРА та типу ставлення до хвороби. Рекомендовано для використання у процесі підготовки здобувачів вищої освіти за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапії» галузі знань 22 Охорона здоров'я першого (бакалаврського) рівня вищої освіти	Програми впроваджено у навчальний процес кафедри медичної реабілітації Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського для бакалаврів IV курсу спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія», зокрема в лекційний курс дисципліни «Обстеження, методи оцінки та контролю при порушеннях функцій опорно-рухового апарату», що сприятиме підвищенню фахових компетентностей студентів

Автор розробки
к. фіз. вих., С.М. Федоренко

Представники Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського:

Проректор з науково-педагогічної роботи,
д. мед. н., професор А.Г. Шульгай

Завідувач кафедри медичної реабілітації,
д. мед. н., професор І.Р. Мисула

Додаток М

АКТ

впровадження результатів наукових досліджень
у навчальний процес кафедри фізичної реабілітації
Ужгородського національного університету

Ми, ті, що підписалися нижче, склали цей акт про те, що Федоренко Сергій Миколайович, який є виконавцем дисертаційної роботи на тему: «Система фізичної терапії осіб з ураженнями опорно-рухового апарату на амбулаторному етапі», виконаної відповідно до плану НДР Національного університету фізичного виховання і спорту України 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) вніс у практику роботи кафедри фізичної реабілітації Ужгородського національного університету такі рекомендації та пропозиції:

Назва пропозиції, форма впровадження і коротка характеристика	Наукова новизна та її значення, рекомендації з подальшого використання	Ефект від впровадження
Алгоритм застосування засобів фізичної терапії осіб з ураженнями опорно-рухового апарату та різним типом ставлення до хвороби на амбулаторному етапі відновлення	Вперше розроблено методичні основи диференційованого та індивідуально-орієнтованого використання сучасних засобів фізичної терапії в залежності від характеру, локалізації та тяжкості ураження ОРА та типу ставлення до хвороби, розширено їх зміст згідно засад Міжнародної класифікації функціонування у осіб з порушеннями ортопедичного профілю на амбулаторному етапі відновлення, Рекомендовано для використання у процесі підготовки здобувачів вищої освіти за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапії» галузі знань 22 Охорона здоров'я першого (бакалаврського) рівня вищої освіти	Технологію впроваджено у навчальний процес кафедри фізичної реабілітації для бакалаврів IV курсу спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія», зокрема в лекційний курс дисципліни «Фізична терапія при порушеннях опорно-рухового апарату», що сприятиме підвищенню фахових компетентностей студентів

Автор розробки
к. фіз. вих., С.М. Федоренко

Представники Ужгородського національного університету:

Перший проректор
д. фіз.-мат. н., професор О.Г. Сливка

Завідувач кафедри фізичної реабілітації
к. фіз. вих., доцент Я.Ф. Філак

Додаток Н

АКТ

впровадження результатів наукових досліджень

в практику роботи відділення фізичної терапії
Медичного центру ПП «Феско»

Ми, ті, що підписалися нижче, склали цей акт про те, що Федоренко Сергій Миколайович, який є виконавцем дисертаційної роботи на тему: «Система фізичної терапії осіб з ураженнями опорно-рухового апарату на амбулаторному етапі», виконаної відповідно до плану НДР Національного університету фізичного виховання і спорту України 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) вніс у практику роботи установи такі рекомендації та пропозиції:

Назва пропозиції, форма впровадження і коротка характеристика	Наукова новизна та її значення, рекомендації з подальшого використання	Ефект від впровадження
Формування терапевтичного альянсу між пацієнтами та фізичними терапевтами серед осіб з ураженнями опорно-рухового апарату , котрі проходили амбулаторну фізичну терапію.	Розроблена система менеджменту процесу фізичної терапії у ланці «фізичний терапевт – пацієнт» враховувала типологічні характеристики фізичних терапевтів, як працівників, та пацієнта, як споживача послуг фізичної терапії. Зокрема, ключовими аспектами у комунікації та у впливі на відносини «фізичний терапевт – пацієнт» були ставлення пацієнтів до хвороби і психотип особистості, особливості сприйняття інформації та комунікативна компетентність фахівців у забезпеченні взаємодії з пацієнтом.	Формування терапевтичного альянсу «фізичний терапевт – пацієнт» сприяло підвищенню ефективності процесу реабілітації осіб з ураженнями опорно-рухового апарату на амбулаторному етапі, поліпшенню динаміки їх якості життя, обмежень у трудовій діяльності, особливо серед пацієнтів з нераціональним ставленням до хвороби

Автор розробки
к. фіз. вих. С. М. Федоренко

Представники клініки
Головний лікар Р. Г. Родак

Завідувач відділення Н. М. Вишневська

Додаток П

АКТ

впровадження результатів наукових досліджень

в практику роботи відділення фізичної терапії
Медичного центру ПП "Феско"

Ми, ті, що підписалися нижче, склали цей акт про те, що Федоренко Сергій Миколайович, який є виконавцем дисертаційної роботи на тему: «Система фізичної терапії осіб з ураженнями опорно-рухового апарату на амбулаторному етапі», виконаної відповідно до плану НДР Національного університету фізичного виховання і спорту України 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) вніс у практику роботи установи такі рекомендації та пропозиції:

Назва пропозиції, форма впровадження і коротка характеристика	Наукова новизна та її значення, рекомендації з подальшого використання	Ефект від впровадження
Модифікована система фізичної терапії осіб з ураженнями опорно - рухового апарату на амбулаторному етапі.	Модифікація системи фізичної терапії спрямована на: підвищення ролі фізичного терапевта у системі фізичної терапії осіб з ураженнями опорно-рухового апарату на амбулаторному етапі (оцінка стану пацієнта; призначення та заміна вправ, дозування), підвищення мотивації пацієнтів та фізичних терапевтів; поліпшення управління процесом фізичної терапії на рівні закладу, підвищення якості послуг та задоволеності пацієнта; визначення критеріїв індивідуального підходу до призначення засобів фізичної терапії.	Впровадження модифікованої системи фізичної терапії сприяло підвищенню ефективності процесу реабілітації осіб з ураженнями опорно-рухового апарату на амбулаторному етапі, поліпшенню динаміки їх якості життя, обмежень у трудовій діяльності.

Автор розробки
к. фіз. вих. С. М. Федоренко

Головний лікар клініки Р. Г. Родак

Завідувач відділення Н. М. Вишневська

Додаток Р

ЗАТВЕРДЖУЮ

Т. в. о. директора Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини" Державного управління справами д.мед.н., проф. Ященко Ю. Б.

«18» травня 2020 р.

АКТ впровадження результатів наукових досліджень

в практику роботи відділення реабілітації Консультативно-діагностичного центру ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС

Ми, ті, що підписалися нижче, склали цей акт про те, що Федоренко Сергій Миколайович, який є виконавцем дисертаційної роботи на тему: «Система фізичної терапії осіб з ураженнями опорно-рухового апарату на амбулаторному етапі», виконаної відповідно до плану НДР Національного університету фізичного виховання і спорту України 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) вніс у практику роботи установи такі рекомендації та пропозиції:

Назва пропозиції, форма впровадження і коротка характеристика	Наукова новизна та її значення, рекомендації з подальшого використання	Ефект від впровадження
Модифікована система фізичної терапії осіб з ураженнями опорно - рухового апарату на амбулаторному етапі.	Модифікація системи фізичної терапії спрямована на: підвищення ролі фізичного терапевта у системі фізичної терапії осіб з ураженнями опорно-рухового апарату на амбулаторному етапі (оцінка стану пацієнта; призначення та заміна вправ, дозування), підвищення мотивації пацієнтів та фізичних терапевтів; поліпшення управління процесом фізичної терапії на рівні закладу, підвищення якості послуг та задоволеності пацієнта; визначення критеріїв індивідуального підходу до призначення засобів фізичної терапії.	Впровадження модифікованої системи фізичної терапії сприяло підвищенню ефективності процесу реабілітації осіб з ураженнями опорно-рухового апарату на амбулаторному етапі, поліпшенню динаміки їх якості життя, обмежень у трудовій діяльності.

Автор розробки
к. фіз. вих. С. М. Федоренко

Відповідальний за впровадження
завідувач відділення реабілітації КДЦ Т. П. Вільгушинська

Додаток С

ЗАТВЕРДЖУЮ

Т. в. о. директора Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини" Державного управління справами д.мед.н., проф. Ященко Ю. Б.

«18» листопада 2020 р.

АКТ

впровадження результатів наукових досліджень

в практику роботи відділення реабілітації Консультативно-діагностичного центру ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС

Ми, ті, що підписалися нижче, склали цей акт про те, що Федоренко Сергій Миколайович, який є виконавцем дисертаційної роботи на тему: «Система фізичної терапії осіб з ураженнями опорно-рухового апарату на амбулаторному етапі», виконаної відповідно до плану НДР Національного університету фізичного виховання і спорту України 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) вніс у практику роботи установи такі рекомендації та пропозиції:

Назва пропозиції, форма впровадження і коротка характеристика	Наукова новизна та її значення, рекомендації з подальшого використання	Ефект від впровадження
Формування терапевтичного альянсу між пацієнтами та фізичними терапевтами серед осіб з ураженнями опорно-рухового апарату , котрі проходили амбулаторну фізичну терапію.	Розроблена система менеджменту процесу фізичної терапії у ланці «фізичний терапевт – пацієнт» враховувала типологічні характеристики фізичних терапевтів, як працівників, та пацієнта, як споживача послуг фізичної терапії. Зокрема, ключовими аспектами у комунікації та у впливі на відносини «фізичний терапевт – пацієнт» були ставлення пацієнтів до хвороби і психотип особистості, особливості сприйняття інформації та комунікативна компетентність фахівців у забезпеченні взаємодії з пацієнтом.	Формування терапевтичного альянсу «фізичний терапевт – пацієнт» сприяло підвищенню ефективності процесу реабілітації осіб з ураженнями опорно-рухового апарату на амбулаторному етапі, поліпшенню динаміки їх якості життя, обмежень у трудовій діяльності, особливо серед пацієнтів з нераціональним ставленням до хвороби

Автор розробки
к. фіз. вих. С. М. Федоренко

Відповідальний за впровадження
завідувач відділення реабілітації КДЦ Т. П. Вільгушинська

Додаток Т

АКТ

впровадження результатів наукових досліджень
в практику роботи відділу реабілітації
ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України»

Ми, ті, що підписалися нижче, склали цей акт про те, що Федоренко С. М. та Клецкова О. М., в рамках науково-дослідної роботи виконаної відповідно до плану НДР Національного університету фізичного виховання і спорту України 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) внесли у практику роботи відділу реабілітації ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України» такі рекомендації та пропозиції:

Назва пропозиції, форма впровадження і коротка характеристика	Наукова новизна та її значення, рекомендації з подальшого використання	Ефект від впровадження
Програма фізичної терапії пацієнток з ожирінням і гонартрозом I-II ступеня та різним типом ставлення до хвороби на амбулаторному етапі реабілітації	Вперше розроблено програму фізичної терапії пацієнток з ожирінням та гонартрозом I-II ступеня на амбулаторному етапі відновлення, суть якої полягає у диференційованому та індивідуально-орієнтованому використанні сучасних засобів фізичної терапії в залежності від характеру, локалізації та тяжкості ураження ОРА та типу ставлення до хвороби.	Розробка програми терапії пацієнток з ожирінням та гонартрозом I-II ступеня сприяла підвищенню ефективності процесу реабілітації осіб з ураженнями опорно-рухового апарату на амбулаторному етапі, поліпшенню динаміки їх якості життя, обмежень у трудовій діяльності, особливо серед пацієнтів з нераціональним ставленням до хвороби

Автори розробки
докторант, к. фіз. вих. С.Н. Федоренко

Аспірант О. М. Клецкова

Представники ДУ «Інститут
травматології та ортопедії НАМН України»

Лікар ЛФК відділу реабілітації Л.Д. Катюкова

Завідувач відділу реабілітації
д. мед. н. професор І.В. Рой

Додаток У

法案
研究成果的实施

在实践中
天津国立大学第一临床医院
西藏康复医学中心北京分院。

我们作为签名人，已经草拟了该法案，指出根据主题"国立大学的研究计划"进行的主题为"门诊肌肉骨骼疾病患者的物理治疗系统"的论文的执行者 Fedorenko Serhiy Mykolayovych 主题为4.2-2016年至2020年的乌克兰体育教育和体育学院。"不同的医学，专业和年龄不同人群的身体康复的组织和理论和方法论基础"（国家注册号0116U001609）向该机构的实践介绍了以下建议和提议：

提案名称， 实施形式和简要说明	科学新颖性及其意义， 进一步使用的建议	实施效果
在经过门诊物理治疗的肌肉骨骼疾病患者中，患者与物理治疗师之间建立治疗联盟。	在"物理治疗师-患者"链接中开发的物理治疗过程管理系统考虑了作为雇员的物理治疗师和作为物理治疗服务使用者的患者的类型特征。 尤其是，沟通和影响"物理治疗师-病人"关系的关键方面是病人对疾病的态度和个人的心理型，对信息的感知以及专家在确保与病人互动方面的沟通能力。	"物理治疗师-患者"治疗联盟的成立有助于提高门诊阶段的肌肉骨骼疾病患者的康复效率，改善他们的生活质量， 工作限制，特别是对疾病持非理性态度的患者。

开发的作者
体育候选人 SM Fedorenko

诊所主任医师
医学博士，教授

部门主管
医学博士，教授

Додаток Ф

АКТ

впровадження результатів наукових досліджень

в практику роботи відділення Центр травматології ортопедичної реабілітації та нейрохірургії

установи КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО "БРОВАРСЬКА БАГАТОПРОФІЛЬНА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ" БРОВАРСЬКОЇ РАЙОННОЇ РАДИ КИЇВСЬКОЇ ОБЛАСТІ ТА БРОВАРСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ КИЇВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Ми, ті, що підписалися нижче, склали цей акт про те, що Федоренко Сергій Миколайович, який є виконавцем дисертаційної роботи на тему: «Система фізичної терапії осіб з ураженнями опорно-рухового апарату на амбулаторному етапі», виконаної відповідно до плану НДР Національного університету фізичного виховання і спорту України 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) вніс у практику роботи установи такі рекомендації та пропозиції:

Назва пропозиції, форма впровадження і коротка характеристика	Наукова новизна та її значення, рекомендації з подальшого використання	Ефект від впровадження
Формування терапевтичного альянсу між пацієнтами та фізичними терапевтами серед осіб з ураженнями опорно-рухового апарату , котрі проходили амбулаторну фізичну терапію.	Розроблена система менеджменту процесу фізичної терапії у ланці «фізичний терапевт – пацієнт» враховувала типологічні характеристики фізичних терапевтів, як працівників, та пацієнта, як споживача послуг фізичної терапії. Зокрема, ключовими аспектами у комунікації та у впливі на відносини «фізичний терапевт – пацієнт» були ставлення пацієнтів до хвороби і психотип особистості, особливості сприйняття інформації та комунікативна компетентність фахівців у забезпеченні взаємодії з пацієнтом.	Формування терапевтичного альянсу «фізичний терапевт – пацієнт» сприяло підвищенню ефективності процесу реабілітації осіб з ураженнями опорно-рухового апарату на амбулаторному етапі, поліпшенню динаміки їх якості життя, обмежень у трудовій діяльності, особливо серед пацієнтів з нераціональним ставленням до хвороби

Автор розробки
к. фіз. вих. С. М. Федоренко

Представники
Директор
КНП "Броварська БКЛ" БРР БМР В. В Багнюк

Завідувач відділення Д. В. Бородін

Додаток Х

АКТ

впровадження результатів наукових досліджень

в практику роботи відділення Центр травматології ортопедичної реабілітації та нейрохірургії

установи КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО "БРОВАРСЬКА БАГАТОПРОФІЛЬНА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ" БРОВАРСЬКОЇ РАЙОННОЇ РАДИ КИЇВСЬКОЇ ОБЛАСТІ ТА БРОВАРСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ КИЇВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Ми, ті, що підписалися нижче, склали цей акт про те, що Федоренко Сергій Миколайович, який є виконавцем дисертаційної роботи на тему: «Система фізичної терапії осіб з ураженнями опорно-рухового апарату на амбулаторному етапі», виконаної відповідно до плану НДР Національного університету фізичного виховання і спорту України 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) вніс у практику роботи установи такі рекомендації та пропозиції:

Назва пропозиції, форма впровадження і коротка характеристика	Наукова новизна та її значення, рекомендації з подальшого використання	Ефект від впровадження
Модифікована система фізичної терапії осіб з ураженнями опорно - рухового апарату на амбулаторному етапі.	Модифікація системи фізичної терапії спрямована на: підвищення ролі фізичного терапевта у системі фізичної терапії осіб з ураженнями опорно-рухового апарату на амбулаторному етапі (оцінка стану пацієнта; призначення та заміна вправ, дозування), підвищення мотивації пацієнтів та фізичних терапевтів; поліпшення управління процесом фізичної терапії на рівні закладу, підвищення якості послуг та задоволеності пацієнта; визначення критеріїв індивідуального підходу до призначення засобів фізичної терапії.	Впровадження модифікованої системи фізичної терапії сприяло підвищенню ефективності процесу реабілітації осіб з ураженнями опорно-рухового апарату на амбулаторному етапі, поліпшенню динаміки їх якості життя, обмежень у трудовій діяльності.

Автор розробки
к. фіз. вих. С. М. Федоренко

Директор
КНП "Броварська БКЛ" БРР БМР В. В. Багнюк

Завідувач відділення Д. В. Бородін