МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ, ЗДОРОВ’Я ТА ТУРИЗМУ

КАФЕДРА ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ, ЕРГОТЕРАПІЇ

**Кваліфікаційна робота**

**магістра**

на тему: «ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З РЕМАТИЧНИМ ПОЛІАРТРИТОМ»

Виконав: студент ІІ курсу, групи 8.2272

спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія»

спеціалізації 227.1 «Фізична терапія»

освітньо-професійної програми «Фізична терапія»

Пенькова Карина Миколаївна

Керівник доцент, к.мед.н. Позмогова Н.В.

Рецензент доцент, к.пед.н. Бессарабова О.В

Запоріжжя-2023

ЗМІСТ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Реферат……………………………………………………………………….. | | | 5 |
| Перелік умовних позначень, символів, одиниць, скорочень та термінів..... | | | 6 |
| Вступ………………………………………………………………………..... | | | 7 |
| 1 | Огляд літератури………………………………………………………..... | | 9 |
|  | 1.1 | Ревматоїдний артрит – сучасний стан проблеми………......……… | 9 |
|  | 1.2 | Загальна характеристика реабілітації хворих на ревматоїдний артрит………………………………………………………………... | 13 |
|  | 1.3 | Стратегії подолання хронічного болю при ревматоїдному артриті…………………………………………....….………………. | 22 |
| 2 | Завдання, методи та організація дослідження……………………….. | | 26 |
|  | 2.1 | Завдання досліджень …………………………………………...….. | 26 |
|  | 2.2 | Методи досліджень ………………………………………………... | 26 |
|  | 2.3 | Організація досліджень ……………………………..……………... | 34 |
| 3 | Результати дослідження …………………………………………......….. | | 36 |
| Висновки………………………...…………………………………………… | | | 51 |
| Перелік посилань…………………………………………………………… | | | 52 |
| Додатки………………………………………………………………………. | | | 58 |

Реферат

Кваліфікаційна робота складається з 65 сторінок, 13 таблиць, 5 рисунків, 63 літературних джерела.

Об’єкт дослідження – функціональний стан пацієнтів які хворіють на ревматичий поліартрит.

Мета роботи – оцінка ефективності застосування засобів фізичної терапії в комплексній реабілітації осіб з ревматичним поліартритом.

Методи дослідження – теоретичний аналіз науково-методичної літератури, оцінювання якості життя по опитувальнику «SF-36 Health Status Survey» за показниками: фізичний компонент здоров’я (фізичне функціонування, рольове функціонування, інтенсивність болю, загальне здоров’я) і психічний компонент здоров’я (життєдіяльність, соціальне функціонування, емоційне функціонування, психологічне здоров’я); методи математичної статистики.

Дослідивши функціонування організму та якість життя хворих на ревматоїдний артрит до застосування ерготерапії в реабілітації, з’ясовано що більшість хворих 72% на ревматоїдний артрит складають жінки. Результати показників ступеня болю та якості життя фізичного і особливо психічного компонентів, отримані в кінці дослідження, достовірно вищі (Р<0,05) в контрольній групі в порівнянні з показниками основної групи. При використанні ерготерапії спостерігається значне покращення якості життя хворого на РА і менш болісне протікання хвороби під час лікування. Отже, ми рекомендуємо використовувати запропоновану нами програму реабілітації певному контингенту хворих (хворі на ревматоїдний артрит).

РЕАБІЛІТАЦІЯ, РЕВМАТИЧИЙ ПОЛІАРТРИТ, ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ, ЕРГОТЕРАПІЯ, ОРТЕЗУВАННЯ, ЕМОЦІЙНО-ОРІЄНТОВАНИЙ КОПІНГ, фізичний компонент здоров’я, психОЛОГІчний компонент здоров’я, ЯКІСТЬ ЖИТТЯ

ABSTRACT

The qualification work consists of 65 pages, 13 tables, 5 figures, 63 literary sources.

The object of the research is the functional state of patients suffering from rheumatic polyarthritis.

The purpose of the work is to evaluate the effectiveness of the use of physical therapy in the complex rehabilitation of people with rheumatic polyarthritis.

Methods of research – theoretical analysis of scientific and methodological literature, life quality assessment on the questionnaire «SF-36 health status survey» on the indicators: physical component of health (physical functioning, role functioning, pain intensity, general health) and mental health component and (livelihoods, social functioning, emotional functioning, psychological health); methods of mathematical statistics.

Investigating the functioning of the organism and the quality of life of patients with rheumatoid arthritis to the use of ergotherapy in rehabilitation, it was found that the majority of patients with 72 % of rheumatoid arthritis are women. The results of the indicators of the degree of pain and quality of life of the physical and especially mental components, obtained at the end of the study, are significantly higher (p <0.05) in the control group compared with the indicators of the main group. With the use of ergotherapy, there is a significant improvement in the quality of life of the patient with ra and less painful course of the disease during treatment. Therefore, we recommend using our proposed rehab program for a specific contingent of patients (patients with rheumatoid arthritis).

REHABILITATION, RHEUMATIC POLYARTHRITIS, PHYSICAL THERAPY, ERGOTHERAPY, ORTHOSIS, EMOTIONAL-ORIENTED COPING, PHYSICAL COMPONENT OF HEALTH, PSYCHOLOGICAL COMPONENT OF HEALTH, QUALITY OF LIFE

Перелік умовних позначень, символів, одиниць, скорочень ТА термінів

РА – ревматоїдний артрит;

РП – ревматичний поліартрит;

ШКБ – шкала категорій болю;

ЯЖ – якість життя;

СПХБ – стратегія подолання хронічного болю;

КС – копінг-стратегія.

Вступ

Ревматоїдний артрит – одне з найважчих ревматичних захворювань людини, в основі якого лежить виражене імунне запалення з проліферацією синовіальної оболонки суглобів по типу ерозивно-диструктивного поліартриту, ураженням внутрішніх органів і систем. Для РА характерно багаторічне персистування активності запалення і поступове руйнування структур суглобів і періартікулярно тканин [14].

Ревматоїдний артрит (РА) – найпоширеніша форма запального захворювання суглобів, що уражує близько 1% населення України. З віком поширеність ревматоїдного артриту зростає. Жінки хворіють на РА у 2-4 рази частіше, у середньому співвідношення жінок і чоловіків становить 3:1, при цьому вражаються представники всіх вікових груп, включаючи дітей та осіб похилого віку, однак пік захворювання припадає на 30-55 років. В Україні загальна кількість хворих на РА – близько 125 тис [62].

РА характеризується не передбачуваним перебігом та різноманіттям клінічних проявів. Встановлено, що найбільш висока швидкість наростання рентгенологічних змін у суглобах виявляється протягом перших двох років захворювання, а 70% випадків ерозивно-диструктивні зміни виникають у суглобах протягом перших 3-х – 6-ти місяців від дебюту захворювання, що корелює з несприятливим перебігом процесу [50].

Приблизно у 2/3 хворих PA починається з симетричного олігоартрита, найбільш частим симптомом якого є біль. У дебюті захворювання вони не різко виражені, однак обтяжливо переносяться хворими. Біль, як правило, постійна, посилюється в стані спокою і надмірної фізичної активності, носить дифузний характер по всьому суглобу. Характерний запальний ритм – посилення болю в другій половині ночі і в ранкові години, до вечора вони слабшають. Больові відчуття можуть виникати в регіонарних м’язах, сухожиллях, зв’язках [11].

Враження осіб працездатного віку призводить до швидкої інвалідізації, а зменшення тривалості життя пацієнтів призводить до великої кількості соціальних проблем. Економічні втрати через РА можуть бути порівняні з витратами на лікування при ішемічній хворобі серця та пухлинних захворюваннях [13].

Прогресуючий перебіг захворювання, висока частота ураження осіб працездатного віку, рано виникаюче зниження функціональних здібностей, втрата професійних і соціальних навичок, значна інвалідизація хворих становлять серйозну загальномедичну і соціальну проблеми, приводячи до величезних економічних втрат[23].

Використання інноваційних засобів (ІЗ) реабілітації при РА спрямоване на більш сприятливе і менш болісне протікання лікування, зміцнення зв’язок та м’язів, збільшення обсягу рухів у суглобах, що сприяє скорішому поверненні якості життя і покращення психічного стану хворих на РА.

Мета дослідження: стала оцінка ефективності застосування засобів фізичної терапії в комплексній реабілітації осіб з ревматичним поліартритом.

Об’єкт дослідження – функціональний стан пацієнтів які хворіють на ревматичий поліартрит.

Суб’єкт дослідження – хворі на ревматоїдний артрит.

Предмет дослідження – функціональні терапевтичні вправи, елементи ерготерапії, ортез та емоційно-орієнтований копінг.

1 Огляд літератури

1.1 Ревматоїдний артрит – сучасний стан проблеми

В останні роки спостерігається підвищена увага науковців усього світу до проблеми ревматичних захворювань. На сьогодні ревматичні хвороби залишаються найбільш поширеною патологією в усьому світі, і в Україні зокрема. На першому місці серед них виступає ревматоїдний артрит – найпоширеніша форма запального захворювання суглобів, що уражує близько 1% населення в Україні [26].

Ревматоїдний артрит (РА) реєструють в усіх регіонах світу без вираженого географічного або кліматичного впливу. Із віком поширеність ревматоїдного артриту зростає. Щорічна захворюваність становить близько двох випадків на 10 тис. населення (0,02%), хоча в різних регіонах вона коливається від одного до 40. Частота захворювання збільшується з віком: у віковій групі 45-54 років вона складає 0,86%, в групі 55-64 років – 1,61-1,23%, серед осіб у віці 65 років і більше – 0,90-0,75%. Жінки хворіють на РА у 2–4 рази частіше, у середньому співвідношення жінок і чоловіків становить 3:1. В Україні загальна кількість хворих на РА – близько 125 тис [50].

За відсутності належного лікування протягом перших 5–6 років після встановлення діагнозу майже половина хворих стає інвалідами, недуга призводить до погіршення загального стану здоров’я та якості життя пацієнтів, зниження їхньої працездатності [35]. У багатьох випадках це призводить до підвищення рівня тривожності і депресії [63].

Саме тому питання лікування та реабілітації ревматоїдного артриту є одним із найважливіших, адже зміни в суглобах, які відбуваються при цьому, призводять до обмеження функцій опорно-рухового апарату й подальшої інвалідизації, частих госпіталізацій пацієнтів, що обертаються значними фінансовими витратами для національних економік багатьох країн.

Не зважаючи на те, що вчені значно просунулися у з’ясуванні етіології артриту, первинні патогенетичні фактори до цього часу не знайдені. Що стосується власних патогенетичних механізмів, то скоріш усього слід казати про імунну природу цього захворювання.

Назва походить від (ін.-грец. εμα), що означає «перебіг», суфікс – оїдний означає «подібний», ρθρον перекладається як «суглоб» і суфікс – ит (грец. – itis) означає «стан запалення» [10].

Більш глибоке визначення цього захворювання нам дають Астапенко  М. Г. та Насонова В. А., вони вважають, що ревматоїдний артрит – це хронічне системне запальне сполучнотканинне захворювання суглобів із складним аутоімунним патогенезом, що характеризується прогресуючим ураженням переважно периферичних (синовіальних) суглобів за типом ерозивно-деструктивного поліартриту і призводить до порушення функції суглобів, їх деформації, а у майбутньому – до інвалідизації хворого [3]. Сигидин Я. А., Муравьев Ю. В. і Жуковський Г. Н. надають ревматоїдному артриту одне з провідних місць у ряді ревматичних хвороб, а по “тяжкості клінічної картини і своїми наслідками (анкілоз) не має собі рівних серед інших видів артриту” [53].

Ревматоїдний артрит (РА) – одне з найважчих захворювань людини з подальшим ураженням внутрішніх органів і систем. Для РА характерно багаторічне персистування активності запалення і поступове руйнування структур суглобів і періартікулярно тканин [2].

Причини ревматоїдного артриту до цього часу не встановлені. Відомо, що в основі патологічних змін лежить аутоіммунне пошкодження сполучної тканини оболонки суглобів. Але те, що запускає імунну реакцію, поки залишається не відомим. Розвиток захворювання зумовлений багатьма пато-генетичними механізмами, які взаємодіють у генетично схильному до виникнення ревматоїдного артриту організмі [35].

Хвороба може виникати після травм, стресів, інфекційних захворювань, переохолодження, у період гормональної перебудови тощо, але це лише зовнішні чинники, що реалізують внутрішні глибинні механізми ревматоїдного артриту [52].

Попередні дослідження Каратеєва Д. Е. та Кочеткова А. В. показали, що вражених артритом хворих можна розділити на дві групи. У хворих першої групи хвороба настає несподівано, частіше усього під впливом стресу, але без вираженої генетичної схильності. У другій підгрупі хворих ревматоїдний артрит виникає повільно і поступово. У більшості цих випадків очевидна роль спадкових факторів [20, 53].

Башева О. О. виділяє три ступені активності ревматоїдного процесу: I ступінь мінімальна, II ступін – середня і III ступінь – висока [5].

Клінічна картина. Найбільш типовий поступовий повільний розвиток хвороби (так званий класичний варіант перебігу). Приблизно у 2/3 хворих PA починається з симетричного олігоартриту, найбільш частим симптомом якого є біль, відчуття скутості і припухлість суглобів [6]. Спочатку вражається відносно невелике число суглобів. Біль в суглобах помірна, виникає лише при рухах. Характерне відчуття скутості в суглобах зустрічається в 93% випадків, більш виражене вранці. Відмічається припухлість уражених суглобів, болючість їх при пальпації, гіпертермія шкіри над ними, колір якої, як правило, не змінений [54]. Хворі відчувають труднощі при піднятті рук вгору, стисненні пальців в кулак, при причісуванні, вставанні з ліжка. Вже з самого початку хвороби характерна симетричність артриту. Приблизно у 10% хворих РА починається і тривало протікає у вигляді моно- або олигоартриту переважно крупних суглобів [8].

Об’єктивні зміни при ревматоїдному артриті включають скупчення внутрішньосуглобового ексудату, набряклість, різку пальпаторну хворобливість, рухові обмеження, локальну гіперемію і гіпертермію шкіри. Прогресування ревматоїдного артриту веде до фіброзування синовіальної мембрани і періартикулярних тканин і, як наслідок, до розвитку деформування суглобів, контрактур, підвивихів. В результаті ревматоїдного артриту настає анкілоз і знерухомленість суглобів [52].

Найбільш характерним проявом є поліартрит, тобто запалення відразу декількох суглобів. Як правило, розвивається симетричне двостороннє ураження суглобів однієї або декількох груп – залучаються суглоби кистей, стоп, променево-зап’ясткові, колінні, міжхребетні суглоби шиї.

Відзначається болючість при пальпації, припухлість, малорухливість, підвищення температури шкіри над суглобом. Характерне відчуття скутості в суглобах, більш виражене вранці. Уранішня скутість більше однієї години майже завжди свідчить про артрит. Захворювання характеризується хвилеподібною течією з періодами загострення й ремісії. У міру прогресування хвороби розвиваються деформації суглобів, пов’язані з частковим руйнуванням суглобового хряща, розтягуванням сухожиль і капсули суглоба [23].

За сучасними уявленнями, поряд із медикаментозною терапією в системі відновлення здоров’я хворих на ревматоїдний артрит важлива роль належить реабілітації. Ретельно підібрані засоби реабілітації, сприяють призупиненню подальшого прогресування захворювання, відновленню функцій уражених суглобів, покращенню фізичного й психічного станів хворого [23].

Інноваційні засоби реабілітації такі, як ортези, тутори надягаються на ніч для підтримання амплітуди рухів в суглобах і правильного положення, ураховуючи індивідуальні можливості кожного хворого [1], що є ефективним при лікуванні хворих на ревматоїдний артрит.

Доцільність використання інноваційних засобів фізичної реабілітації, які збільшують м’язову силу, обумовлена тим, що слабкість м’язів спостерігається приблизно у 80% хворих, котрі страждають ревматоїдним артритом. Іншою причиною може бути обмежений рівень рухової активності. У разі повної іммобілізації, наприклад при призначенні постільного режиму, рівень м’язової сили може знижуватися з інтенсивністю близько 3% у день у перший тиждень.

Регулярні заняття знижують ступінь тяжкості захворювання, викликаючи ослаблення больових відчуттів, зменшуючи кількість хворобливих суглобів [1, 34].

1.2 Загальна характеристика реабілітації хворих на ревматоїдний артрит

Невід’ємною частиною сучасної реабілітаційної програми хворих на РА, а також, які перенесли різні травми і захворювання є єрготерапія [51].

При ревматоїдному артриті (РА) існує ймовірність розвитку тимчасових або стійких функціональних порушень, які можуть призвести до обмеження участі хворого як в особистому, так і в суспільному життя. У зв’язку з цим ерготерапія має велике значення тому, що сприяє відновленню або компенсації втрачених в процесі хвороби функцій. За допомогою реабілітаційних заходів хвора людина повертається в товариство з досягненням максимально можливої самостійності та незалежності в побуті, громадській та професійній діяльності [9].

Слово «Ерготерапія» походить від лат. ergon – праця, заняття і грец. therapia – лікування [57].

Таким чином, ерготерапія – це зцілення через діяльність. Вона займає важливе місце в реабілітаційних програмах багатьох країн світу [31].

У загальному значенні ерготерапія – це спеціальна лікувальна гімнастика, тренуюча дрібну моторику і систему координації. У наші дні ерготерапію можна розглядати як новий інноваційний етап розвитку трудотерапії, який заснований на комплексному підході до пацієнта з використанням знань з психології, педагогіки, соціології, біомеханіки і фізичної терапії [58].

Мета ерготерапії – поліпшення якісної складової життя пацієнтів, які внаслідок певної хвороби або травми втратили рухові здібності, не можуть координувати свої рухи і робити звичні справи. У систему ерготерапії входить складний реабілітаційний комплекс заходів, який спрямований на відновлення природної, повсякденної діяльності людини із суворим урахуванням наявних патологічних змін і фізичних обмежень за допомогою використання необхідного обладнання та пристосувань [43].

Кінцева мета ерготерапії – не тільки максимально відновити рухові функції, а й адаптувати пацієнта до звичного здоровій людині життя, допомогти стати самостійним, соціально пристосованим і незалежним у побуті [31].

Цей молодий розділ реабілітації вивчає засоби і методи відновлення рухової функції верхніх кінцівок за допомогою різноманітних ігрових завдань і тренажерів, що є доцільним при лікуванні хворих на РА [56].

В нашому випадку ерготерапія як інноваційний засіб буде використана хворими на РА (захворювання опорно-рухового апарату), чиї м’язи атрофувалися від довгої нерухомості під час протікання хвороби, а саме для відновлення або поліпшення м’язової сили і амплітуди пасивних рухів в суглобах, нормалізації кровообігу і трофіки, відновлення дрібної моторики, оволодіння способами виконання щоденних дій [41].

Важливим для хворих на РА при використання ерготерапії в інноваційному підході є відволікання хворих від болю за принципом зацікавленості і розуміння користі даної діяльності.

Для ерготерапії характерний комплексний та індивідуальний підхід до пацієнта. При підборі вправ важливим є характер та стадія захворювання, стан хворого на РА і поставлені цілі реабілітації [15].

Вправи на відновлення або вдосконалення дрібної моторики залучають до роботи малі та середні м’язові групи і несуть під собою практичну спрямованість (перекласти предмет, переставити стілець, набрати номер телефону, відкрити кришку, чистити і нарізати овочі, або фрукти, одягання, застібання та розстібання ґудзиків, розчісування волосся, плетіння коси та ін.). Також використовуються ліплення, конструктор, пазл, малювання, вирізання ножицями і багато іншого.

Деякі завдання спершу зовсім прості, але поступово вони ускладнюються, охоплюючи всі сторони повсякденного життя.

У такому лікуванні має значення все – оточення людини, спосіб її життя до хвороби, особисті схильності і захоплення, рівень інтелекту [57]. Все це дуже важливо, оскільки завдання ерготерапії в інноваційному підході – поліпшити якість життя, дозволити людині повернутися до звичайної діяльності без болісних відчуттів, дати йому можливість не тільки самостійно обслуговувати себе, а й урізноманітнити своє дозвілля.

Доцільність використання інноваційних засобів фізичної реабілітації полягає в слабкості м’язової сили, яка спостерігається приблизно у 80% хворих [62], швидким розвитком згинальних контрактур (частіше в міжзап’ястних, променевозап’ястних, рідше в проксимальних міжфілангових суглобах и суглобах стопи), відчуттям постійних болей, пригніченням емоційного стану та погіршенням звичних навиків хворих, котрі страждають ревматоїдним артритом [45]. Це в свою чергу значно відображається на якості життя хворого.

Особливості використання ерготерапії в інноваційному підході хворих на ревматоїдний артрит (РА) для покращення м’язової сили та попередженню згинальних контрактур шляхом повернення звичних навиків в повсякденному житті полягає у відверненні уваги від болю розумінням корисності вправ на відпрацювання навиків і принципом зацікавленості.

В цілому ерготерапія в інноваційному підході не допускає виникнення обмежень життєдіяльності у людини з тими чи іншими порушеннями і функціональними обмеженнями, шляхом використання активних рухів, що мають для нього сенс і спрямованих на досягнення максимально можливого рівня його функціонування, незалежності в повсякденному житті і поліпшення його якості життя [5]. Найголовнішими засобами ерготерапії в інноваційному підході є активність та ціленаправленість діяльності.

Активність хворого для покращення та відновлення м’язової сили та попередження стійких контрактур характеризується насамперед діяльністю, яка має для хворого на РА велике значення і він знає як це виконувати, наприклад, ліплення з тіста вареників або вішання одягу прищепками, застібання ґудзиків, плетіння коси, що в свою чергу буде сприяти попередженню контрактур верхніх кінцівок та повернення сили м’язів.

Важливим елементом являється мотивація хворого і підтримка в успішності виконання тієї чи іншої дії, а також можливість виконувати необхідні дії під час відпочинку, гри або улюбленого захоплення. Ми вважаємо, що це може бути ліплення з пластиліну різної міцності, плетіння зачісок, різноманітні ігри для дрібної моторики, малювання, написання віршів і. т. ін [28].

Ортезування – один з найважливіших компонентів в комплексі реабілітаційних лікувальних заходів при захворюваннях і травмах опорно-рухового апарату і є методом компенсації його функціональних порушень [45].

Ортез – це зовнішнє ортопедичний пристрій призначений для стабілізації, розвантаження, фіксації, активізації та корекції анатомічних і біомеханічних осей, захисту суглобів або сегментів опорно-рухової системи [1].

Променевозап’ястний суглоб, який піддався запального процесу або травмі, обов’язково необхідно якомога раніше зафіксувати. Важливе значення для зняття больового синдрому відіграє ортезування та забезпечення спокою суглоба в гострий період [21].

В реабілітаційній програмі хворих на ревматоїдний артрит променезап’ясткового суглобу важливим фактором відновного лікування є ортезування, тобто зовнішня підтримка уражених суглобів за допомогою спеціальних пристроїв у вигляді шин, лонгет, туторів, стабілізаторів, бандажів, апаратів, які захищають неповноцінні суглоби від навантажень і перевантажень і в підсумку – від можливої або подальшої деструкції, коригують осьові установки, відповідні здоровим суглобам, що надзвичайно важливо для нормальної біомеханіки локомоторного апарату [1].

Ортези підрозділяються на три види: статичні, тобто іммобілізуючі суглоб або групу суглобів у потрібній позиції нерухомо; динамічні, тобто такі, в яких можливі стабілізація та руху в заданій позиції, наприклад корекції або гіперкорекції.

Основні принципи ортезування:

1. Іммобілізація повинна бути переривчастою.
2. Ортези повинні бути максимально комфортні.
3. Ортезування слід проводити по можливості на найбільш ранніх стадіях захворювання або навіть превентивно [45].

Принципово важливими якостями ортеза є комфортабельність і легкість, що необхідно для їх адаптації до надзвичайно різноманітним формам уражених суглобів та індивідуальним особливостям хворих. Ці якості можуть бути досягнуті тільки при індивідуальному виготовленні ортеза для даного суглоба або групи суглобів хворого, що і є одним з принципів ортезування пацієнтів з РА [48].

В даний час ортез променезап’ястковий представляє єдину конструкцію із пластику, металу і тканини, яка призначена для обмеження небажаних рухів суглоба. Він фіксує дуже зручно суглоб руки і великий палець, при цьому забезпечує шкірі нормальний температурний режим за допомогою якісних матеріалів, з яких він зроблений.

Тутори – дозволяють утримувати кінцівку в коригувальному положенні, при цьому кінцівкі надається фізіологічне положення [45].

Головною метою статичних (імобілізуючих) ортезів (туторів) являється забезпечення правильної позиції кисті, зменшення інтенсивності болі, уповільнення деформації і найбільш тривала функціональної здатності кисті [42].

Слід зазначити при цьому, що ортез забезпечує захист сухожиль, м’язів, суглоба кисті і їх повну підтримку, і великого пальця руки, можливість руху інших чотирьох пальців руки при цьому зберігається. Це підвищує комфортність носіння ортеза і полегшує проведення лікувальних процедур [1].

Індивідуальні ортези, виготовлені з термопластичних матеріалів, повинні відповідати таким вимогам:

* забезпечувати фіксацію і динамічну корекцію пошкоджених сегментів у функціонально правильному положенні;
* супроводжувати розвантаженню пошкодженого сегмента з перенесенням навантаження на здорові ділянки тіла для можливості відновлення функції кінцівки;
* гігієнічність (повинна бути забезпечена можливість санітарної обробки виробу);
* естетичність (ортез повинен бути легким, міцним і по можливості не виступати з-під одягу);
* можливість проведення ранньої реабілітації хворого з використанням ортеза [21].

На сьогодні широко використовується тутор променезап’ясткового суглоба і суглобів великого пальця з металевими профільованими ребрами жорсткості (Рис. 1.1).



Рис. 1.1. Тутор на променезап’ястковий суглоб 6К-В Реабілітімед, (Україна)

Тутор виготовлений з еластичного, дихаючого матеріалу, ефективно підтримує температурний баланс шкіри. Посилено двома металевими профільованими шинами, повністю обмежують рухи в суглобах великого пальця і променезап’ястковому суглобі. Затягування з текстильними застібками на передпліччя і на великому пальці фіксують тутор в оптимальному положенні і підтримують сухожилля згиначів і розгиначів кисті. Виріб просто і зручно у використанні, дозволяє швидко регулювати тиск при набряках, рухати пальцями кисті для проведення необхідних лікувальних заходів. Тутор випускають у двох варіантах: правий і лівий для анатомічно правильної фіксації суглобів. Спеціальний, що пропускає повітря триплировані з бавовною матеріал, зручний для тривалого використання в повсякденному носінні. Він призначений для повної фіксації променезап’ясткового суглоба і великого пальця в положенні відведення. Забезпечує фіксацію і рівномірну компресію суглобів при лікуванні РА, травм і операцій на суглобах великого пальця і променезап’ястковому суглобі (звичні вивихи, больовий синдром і нестабільність при ревматичних захворюваннях), артритів, після зняття гіпсових пов’язок. Застосовують для профілактики згинальних контрактур кисті, артритів, тендовагінітів і їх загострення [46].

Не менш ефективним є ортез Immobil von Otto Bock, який також забезпечує стійку фіксацію променезап’ячткового суглобу і сприяє попередженню деформації і контрактур суглобу під час лікування хворих на ревматоїдний артрит (РА) (Рис. 1.2).

Перед тим, як одягти виріб, необхідно змоделювати ребра жорсткості, щоб ортез щільно прилягав до поверхні суглобової області.

У будь-якому випадку перед вибором ортопедичного виробу необхідно звернутися до лікаря, який призначить ортез або бандаж виходячи з конкретного діагнозу. Ортопедичні товари допомагають повернути втрачене здоров’я, однак, необхідно пам’ятати, що це не панацея від усіх захворювань опорно-рухової системи, а всього лише допоміжний засіб, який повинен використовуватися в комплексному лікуванні дегенеративно-запальних захворювань та реабілітації після травм і операцій на суглобовому апараті [44].



Рис. 1.2. Ортез Immobil von Otto Bock на променезап’ясковий суглоб

Для іммобілізації або стабілізації суглобів ортези використовують у вільний від занять час і вночі під час сну. Завдання статичних (мобілізують) ортезів (тутори, шини і лонгети) – забезпечити суглобу або групі суглобів оптимальне фіксоване положення: або найбільш функціонально вигідне, або необхідне для корекції деформації суглоба, як правило, застосовують в гострій стадії РА, а також при запальних процесах в навколосуглобових структурах: сухожиллях, суглобових сумках, синовіальних піхвах [1].

У імобілізованих суглобах при гострій і підгострій фазах РА знижується гострота запальної реакції і зменшується біль.

Ортез променезап’ястковий жорсткий використовують у випадках, коли необхідна сильна фіксація лучезапястного суглоба, а саме при РА на ранніх стадіях. Це дає змогу зберегти правильне положення кисті в ночі і значно протидіяти виникненню повторних контрактур або деформації суглобів.

Ортопедичні вироби повинні відрізнятися простотою конструкції, зручністю в обігу. Лікувальна ортезування тільки тоді ефективно, коли застосовується в комплексі з іншими методами лікування.

Зовнішній вигляд тутора нагадує гільзу, яка робиться із пластику, шкіри, металу і полімерних матеріалів, доповнена шнурівкою або ременями. Він виконує такі ж функції, як ортез, бандаж, тільки відрізняється від них жорсткістю і більш сильною фіксацією, завдяки своїй будові і матеріалу, з якого він виготовлений. У ньому немає шарнірів, а тільки жорсткий каркас, який іммобілізує кінцівку [45].

Лікарі ортопеди рекомендують використовувати ортопедичний тутор, поєднуючи його носіння з щоденною лікувальною гімнастикою. Так, як ми розглядаємо інноваційні засоби реабілітації, то в нашому випадку лікувальну гімнастику замінить ерготерапія, яка допоможе хворому швидше відновити рухові функції з мінімальним відчуттям болю.

Регулювати ортопедичний тутор по зміні ступеня підтримки можна тільки з дозволу та під контролем ребілітолога а бо лікаря, інакше можна собі дуже нашкодити.

Не можна використовувати тутор, якщо є індивідуальна непереносимість до матеріалу, з якого він виготовлений, так як це може викликати небажані реакції організму. А також, не рекомендується використовувати ортопедичний тутор після зігріваючої мазі і при порушенні кровообігу.

Ортопедичні пристрої, в тому числі і тутори, можна застосовувати суворо за показаннями і за призначенням лікаря-ортопеда. Самолікування захворювань опорно-рухової системи може призвести до незворотних наслідків і навіть інвалідності. Іммобілізацію за допомогою ортеза в кращому випадку вдається зберігати в середньому 8 годин, під час сну, але навіть за таких умов ортезування досягає своєї мети – значно зменшується суглобова біль.

Своєчасність ортезування як ще один з принципів даного виду консервативного ортопедичного лікування (особливо ранніх стадій суглобових уражень) є запорукою ефективності реабілітації [48].

Таким чином, використання засобів реабілітації, а саме ерготерапії і ортезів сприяє зменшенню болісних відчуттів хворих на РА і при цьому поверненні сили м’язів і амплітуди рухів в суглобах, що в свою чергу являється головним показником при покращенні

1.3 Стратегії подолання хронічного болю при ревматоїдному артриті

Стратегії подолання хронічного болю (СПХБ) при РА покликані допомогти пацієнтові впоратися з хронічним болем суглобів. Адаптивні СПХБ забезпечують більш високий рівень адаптації, позитивну динаміку захворювання, більш швидке відновлення. Використання дезадаптивних СПХБ, як правило, пов’язане з прогресуванням захворювання, зниженням якості життя і зростанням психічної дезадаптаціі. Дезадаптація – стан неможливості пристосуватися до нових умов або подолати виникаючі труднощі [52]. Формування навичок ефективного подолання хронічного болю є перспективним напрямком профілактики і лікування пацієнтів з РА.

Сучасна реабілітація переживає важливий етап становлення знань, що виражається в переході від нозоцентричного до адаптаційного підходу в розумінні проблеми здоров’я і хвороби; виникає необхідність цілісного розгляду людини в єдності його біологічних, психологічних і соціальних властивостей [38, 60]. Нозоцентричний підхід таїть у собі небезпеку виявляти симптоми захворювань частіше, ніж вони насправді існують, оскільки є спокуса будь-які відхилення тлумачити як хворобливі [19].

У зв’язку з цим, в практичній медицині зростає роль розвитку навичок ефективного подолання проблемних (стресових) ситуацій, з’являється поняття стратегій подолання хронічного болю – копінг-стратегії (КС) [18].

Стратегії подолання хронічного болю (СПХБ) – це усвідомлені стратегії дій, спрямовані на усунення загрози, перешкоди, краще адаптують людину до вимог ситуації і допомагають трансформувати її у відповідності зі своїми намірами, або витримати ті обставини, змінити які людина не може [2]. Останнім часом все більше уваги приділяється вивченню вибору стратегій подолання болю при ревматоїдному артриті (РА) [28].

Незважаючи на широкий арсенал медикаментозних засобів, покликаних полегшити хронічний біль у пацієнтів з РА, багато пацієнтів продовжують відчувати найсильнішу суглобову біль. Проведене в 2011 році широкомасштабне дослідження в 27 містах Росії показало, що з 1504 пацієнтів з РА 88,8% змушені регулярно приймати нестероїдні протизапальні препарати, оскільки відчувають виражену суглобову біль, середня інтенсивність яких становить 58,1 ± 22,6% по візуально-аналоговою шкалою [59]. Враховуючи вищевикладене, стає очевидно, що вивчення способів подолання хронічного больового синдрому при РА є вкрай актуальним завданням.

Адаптивне болюче поведінка характеризується орієнтованістю не стільки на позбавлення від болю, скільки на набуття контролю над нею: відмовою від підвищеної пильності і тривожності, адекватною оцінкою болю і можливостей регулювання її інтенсивності [28].

Для з’ясування видів використовуваних стратегій подолання хронічного больового синдрому існують спеціально розроблені опитувальники, серед яких можна виділити наступні – «Опитувальник стратегій подолання хронічного болю» та опитувальник «Копінг-стратегій» [47].

На противагу моделі «копинга болю» останнім часом все більшу увагу наукового співтовариства звернено до моделі «прийняття болю», в психологічній структурі якої виділяється два аспекти: збереження активності і готовність жити з хронічним болем [7]. Дана концепція передбачає сприйняття болю як частини повсякденному житті; вона має на увазі співіснування людини і болю в гармонії, без потреби до зниження і усунення хронічного больового синдрому. У клінічних дослідженнях показано, що прийняття хронічного болю корелює з більш низькими суб’єктивними оцінками її вираженості, з меншою виразністю тривожною і депресивної симптоматики, з більш високим рівнем активності, дієздатності і з більш успішним професійним функціонуванням [61].

До теперішнього часу накопичений значний обсяг емпіричних даних, що свідчать про важливу роль стилю співволодіння з хронічним больовим синдромом у пацієнтів з РА у формуванні якості життя, медичного та психосоціального прогнозу. Показано, що активні СПХБ забезпечують більш високий рівень адаптації, позитивну динаміку захворювання, більш швидке відновлення з покращенням якості життя [30].

Стратегії подолання хронічного болю покликані допомогти пацієнтові впоратися з хронічним болем суглобів [52], який при РА є постійним.

У нашому випадку ми будемо користуватися активною і адаптивною копінг-стратегією. Відповідно до них відносять такі копінг-сратегії, як: відвернення уваги від болю, ігнорування больових відчуттів [27].

Доведено взаємозв’язок між видом використовуваних стратегій подолання болю і такими параметрами, як інтенсивність болю, загальне фізичне самопочуття, ступінь активності і працездатності, рівень психологічного дискомфорту [30, 49]. З цією метою використовуються різні когнітивно-поведінкові методики, такі як психологічна релаксація, вправи з уявними образами, бесіди на цікаві теми для хворих на РА та ін.

Не треба виключати й те, що важливо для однієї людини і є адаптивним, може бути для іншої не адаптивним.

Вважається, що успішна адаптація до хронічного болю «в більшій мірі залежить від ефективної турботи пацієнтів про себе (наприклад, використання ними фізичних вправ, підтримання трудової активності, правильний прийом медикаментів), ніж від якості медичних діагностичних і терапевтичних втручань» [29].

Особливості відвернення уваги від болю використовує методику релаксації, яка полягає в прослуховуванні спеціально підібраної музики, та перегляді картин, фотографій природних ландшафтів, відео сюжетів, читанні цікавих книг і т.д. Звуки, кольори і запахи живої природи – одне з найбільш потужний і дієвих засобів для досягнення повної релаксації. Релаксація, пов’язана з образом життя і сприйняттям реальності передбачає сміх, який викликає реакцію нашого тіла, що сприяє оздоровленню всього організму. Всі м’язи спочатку стискаються, потім розслабляються. Дихання і пульс тимчасово частішають, завдяки чому кров збагачується киснем. А клітини головного мозку знижують свою чутливість до болю. Крім того, в них виробляються ендорфіни – речовини, що знищують біль і приносять задоволення [33].

Насамперед використання стратегії подолання хронічного болю полягає у зменшенні болісних відчуттів при лікуванні, а також скорішому емоційному покращенню і якості життя хворих, а отже є ефективним засобом реабілітації при РА.

Аналізуючи літературні джерела, ми дійшли до висновку, що для того, щоб повернути хворим на РА силу м’язів та попередити контрактуру з мінімальним відчуттям болю на стаціонарному етапі, покращити емоційний стан і якість життя необхідно додатково використовувати інноваційні засоби реабілітації.

2 Завдання, методи та організація дослідження

2.1 Завдання дослідження

Мета дослідження – дати оцінку ефективності застосування засобів фізичної терапії в комплексній реабілітації осіб з ревматичним поліартритом.

Для досягнення нашої мети, були поставлені такі завдання, як:

1. Визначити функціональний стан організму та якість життя осіб з ревматичним поліартритом до застосування засобів реабілітації.

2. Скласти програму реабілітації для осіб з ревматичним поліартритом із застосуванням засобів фізичної терапії.

3. Дослідити функціональний стан організму та якість життя осіб з ревматичним поліартритом після застосування засобів фізичної терапії в комплексній реабілітації.

4. Дати оцінку ефективності застосування засобів фізичної терапії в комплексній реабілітації осіб з ревматичним поліартритом.

2.2 Методи дослідження

Для вирішення поставлених завдань була проведена експериментальна робота, в процесі якої використовувались такі методи дослідження:

1. Аналіз та узагальнення літературних джерел.
2. Метод визначенні ступеню болю за шкалою категорій болю (ШКБ).
3. Методика оцінки якості життя «SF-36 HEALTH STATUS SURVEY».
4. Методи математичної статистики.

2.2.1 Метод визначення ступеня болю за шкалою категорій болю

Шкала категорій болю (ШКБ) являє собою 10-сантиметрову стрічку, на якій через однакові проміжки нанесені п’ять словесних характеристик інтенсивності болю: «біль відсутня», «слабка», «помірна», «сильна», «максимальна біль», яку можна уявити, як це показано в рис. 2.1.

Хворому пропонують поставити ту позначку відносно якої він відчуває біль.



Рис. 2.1 Шкала категорій болю

Шкала категорій болю є спрощеним варіантом визначення ступеню болю і за рахунок характеристик інтенсивності болю: «біль відсутня», «слабка», «помірна», «сильна», «максимальна біль» оцінка болю є більш точною ніж за візуальною аналоговою школою оцінки болю.

2.2.2 Методика оцінки якості життя «SF-36 Health Status Survey»

Опитувальник «SF-36 Health Status Survey» був розроблений на підставі великого дослідження результатів захворювань, проведеного в США у 80-і роки минулого століття. Автором є John E. Ware. «SF-36 Health Status Survey» відноситься до неспецифічних опитувальників для оцінки якості життя (ЯЖ), він широко поширений в США і країнах Європи при проведенні досліджень якості життя [39].

Опитувальник SF-36 складається з 36 питань, які формують 8 шкал:

1. ФФ – фізичне функціонування, що відбиває ступінь, в якій здоров’я лімітує виконання фізичних навантажень (самообслуговування, ходьба, підйом по сходах, перенесення ваги і т.п.).
2. ОЗ – загальне здоров’я – оцінка хворим свого стану здоров’я зараз і перспектив лікування.
3. РФФ – рольове фізичне функціонування – вплив фізичного стану на рольове функціонування (роботу, виконання буденної діяльності).
4. РЕФ – рольове емоційне функціонування – вплив емоційного стану на рольове функціонування, передбачає оцінку ступеня, в якій емоційний стан заважає виконанню роботи або іншої повсякденної діяльності (включаючи збільшення витрат часу, зменшення обсягу виконаної роботи, зниження якості його виконання тощо.)
5. СФ – соціальне функціонування, визначається ступенем, в якій фізичний або емоційний стан обмежує соціальну активність (спілкування).
6. Б – інтенсивність болю та його вплив на здатність займатися повсякденною діяльністю, включаючи роботу по будинку і поза ним.
7. Ж – життєздатність (передбачає відчуття себе повним сил і енергії або, навпаки, знесиленим).
8. ПЗ – психічне здоров’я – самооцінка психічного здоров’я, характеризує настрій (наявність депресії, тривоги, загальний показник позитивних емоцій) [37].

Кількість питань в кожній з шкал опитувальника (див. Додаток А) варіює від 2 до 10 . Результати дослідження виражаються в балах від 0 до 100 по кожній з восьми шкал, де 100 білів представляє повне здоров’я. Всі шкали формують два показники: психологічне і фізичне благополуччя. Чим вище бал за шкалою опитувальника SF-36, тим краще показник ЯЖ.

2.2.3 Програма реабілітації для хворих на ревматоїдний артрит

Комплексна програма реабілітації для осіб з ревматоїдним артритом (РА) контрольної групи базувалась на використанні базисної терапії (призначення лікаря) та засобів реабілітації: фізична терапія, ерготерапія, ортези (тутори) та емоційно-оріентований копінг і складалась з 32 занять.

Заняття з фізичної терапії проводилося 2 рази на тиждень по 45 хв вранці або після обіду, і полягало у виконання таких завдань (вправ), як:

1. Використання предметів з гострими ріжучими поверхнями:

* нарізати овочі та фрукти (солоні огірки, яблуко, лимон);
* чистити картоплю (4-5 шт).

1. Писання диктанту за допомогою ручки або олівця (10 хв).
2. Відкрити та закрити кришку банки 20 разів.
3. Застібання та розстібання ґудзиків на попередньо одягненій кофті або шведці (по 3 рази).
4. Стоячи чіпляти одяг прищепками (мотузку ми держали на тому рівні, як вона у хворих вдома) 10-15 хв;
5. Ліплення з пластиліну різної міцності (вазу, чарку, квадрат, коло, звірів).

На сам перед з нашої сторони була потреба у зацікавленості хворими на РА завдань, а саме, в яких хворі бачать користь діяльності, бо коли людина зацікавлена в чомусь, то вона краще виконує завдання і відволікається від болю або приймає її як неминучий на даний час фактор. Деякі завдання спершу були зовсім прості, але поступово вони ускладнюються, охоплюючи всі сторони повсякденного життя хворого на РА.

Емоційно-орієнтований копінг проводився 2 рази на тиждень по 1 годині після обіду ближче до вечора і використовувався для подолання хронічного болю.

Емоційно-орієнтований копінг складається з:

1. Прослуховування класичної попередньо підібраної музики:

* І.С. Бах – Адажіо;
* І.С. Бах – Сициліана (арфа і флейта);
* Л.В. Бетховен – Місячна соната;
* Л.В. Бетховен – До Елізи;
* Л.В. Бетховен – Мелодія кохання;
* В.А. Моцарт – Музика ангелів;
* В.А. Моцарт – Душа;
* В.А. Моцарт – Дощ;
* В.А. Моцарт – Ніжне звучання грому;
* В.А. Моцарт – Пори року. Гроза;
* П.І. Чайковський – Адажіо з балету «Лускунчик»;
* П.І. Чайковський – Вальс квітів з балету «Лускунчик»;
* П.І. Чайковський – Пори року – Жовтень. Осіння пісня;
* І. Штраус – Повільний вальс;
* І. Штраус – Ромео і Джульєтта;
* Ф. Шуберт – Ave Mariya;
* Ф. Шуберт – Вечірня серенада;
* Ф. Шуберт – Вальс квітів;
* Ф. Шуберт – Серенада.

1. Перегляд гарних картинок та фотографій:

* природних ландшафтів;
* пейзажів;
* морські загадки;
* ранок в лісі [16, 17].

1. Перегляд відео сюжетів:

* «Краса світу»;
* підводний світ;
* Байкал. Шум прибою;
* «Ліс» [9].

1. Читання хворими цікавих для них книг (пригоди, романи, детективи, розповіді).
2. Лікування сміхом:

* перегляд відео – «танок клоунів»;
* слухання смішних історій [55].

В комплексній програмі реабілітації хворих на РА використовувались кожен день ортези (на ніч близько 8 год), які були попередньо підібрані лікарем для кожного з хворих для збереження правильного положення кисті в період сну, попередження вторинних контрактур в променевозап’ястних, п’ястно-фалангових і проксимальних міжфалангових суглобах при цьому не змушуючи хворого відчувати біль і дискомфорт під час сну від уражених верхніх кінцівок.

Окрім цього, базова терапія, що попередньо була назначена лікарем, складається з:

1. Метотрексат 1 раз на тиждень з 12-годинним інтервалом (у ранкові та вечірні години) по 7,5 мг/тиж і по 5 мг/тиж для 4 хворих літнього віку, через місяць доза метотероксата була збільшена на 5 мг/нед;
2. Лефлуномід (арава) по 100 мг на добу протягом 3 днів, потім 20 мг/добу постійно.

2.2.4 Методи математичної статистики

Середня арифметична. Проста середня арифметична величина вираховується шляхом додавання всіх одержаних значень (варіант) і ділення вирахуваної суми на кількість випадків (n).

Середня арифметична вираховується за формулою:

=, де

 – середня арифметична;

 – обсяг вибірки;

 – одержані у дослідженні значення (варіанти) [32].

Середнє квадратичне відхилення. Додатковою характеристикою середньої арифметичної, що показує мінливість, є середнє квадратичне відхилення (σ). Чим менше σ, тим більше однорідний варіаційний ряд (стабільні ознаки, показники і результати).

Середнє квадратичне відхилення застосовується при оцінці мінливості варіаційного ряду, вирахуванні коефіцієнта варіації, оцінці фізичного розвитку, визначенні середніх помилок і розміру вибірки.

Є елементарний спосіб визначення середнього квадратичного відхилення:

, де

 – середнє квадратичне відхилення (сігма);

 – найбільше значення варіанти;

 – найменше значення варіанти;

 – коефіцієнт кількості випадків [4].

Помилка середнього арифметичного. Визначається за формулою:

, де

 – помилка середньої арифметичної;

 – середнє квадратичне відхилення;

 – кількість варіант.

Вона свідчить про те, наскільки середня арифметична величина, одержана із вибіркової сукупності (10-20 випадків), відрізняється від істинної, яка була б одержана на генеральній сукупності (100, 200, 300 і більше випадків).

У виразі під коренем ставиться n – 1, якщо менше 30 випадків, якщо ж більше, то тільки n. Помилка середньої арифметичної (±m) застосовується при вирахуванні довірливого коефіцієнта (t) [12].

Математично-статистичний підрахунок результатів за критерієм t – Ст’юдента. У своїй роботі я використовувала метод наявності достовірних відомостей за t-критерієм Ст’юдента, тому що ця робота носить експериментальний характер. Весь математично-статистичний підрахунок проводився за допомогою програми Microsoft Excel 2010.

Коефіцієнт достовірності (t) вираховується за формулою:

, де

 – середня арифметична вибірки Х;

 – середня арифметична вибірки У;

 – помилка середньої арифметичної величини вибірки Х;

 – помилка середньої арифметичної величини вибірки У.

Після визначення значення t залишається встановити – достовірна чи недостовірна різниця у величині зазначеного показника між контрольною та експериментальною групами.

Для цього використовується табл. 2.2.3 Достовірності відмінностей за коефіцієнтом t (див. додаток Б), в якій в одній з колонок знаходяться значення так званих «ступенів свободи».

Ступінь свободи f визначається за формулою:

f = (nконт. + nексп.) - 1,

де n – кількість людей в контрольній та експериментальній групах [36].

Таким чином, знаючи значення ступеню свободи f та значення t-критерію Ст’юдента, визначаємо достовірність відмінностей. Для цього в табл. 2.1 Достовірності відмінностей за коефіцієнтом t (див. додаток Б), навпроти знайденого значення ступеня свободи є значення Р. Саме з цим значенням Р слід порівнювати отримані значення t.

Якщо значення t буде менше значення (Р – 0,05), то достовірної відмінності між досліджуваним показником в основній та контрольній групах немає, тобто Р>0,05.

Достовірні значення мають межу 95,0; 99,0; 99,9% і позначаються як Р < 0,05; 0,01; 0,001.

Якщо t > 2,0, то відмінності достовірні. При менших значеннях – не достовірні [12].

2.3 Організація дослідження

Дослідження проводилося з лютого по листопад 2023 року на базі відділення ревматології Обласної клінічної лікарні м. Запоріжжя. Для порівняння результатів та оцінки ефективності використання засобів фізичної терапії в реабілітації осіб з ревматичним поліартритом дослідження проводилося протягом 6 тижнів за спеціальною комплексною програмою.

Для проведення нашого дослідження ми підібрали групу хворих на ревматоїдний артрит (РА) в складі 14 осіб. Всі хворі були розбиті на контрольну і експериментальну групи по 7 чоловік і охарактеризовані по наступним критеріям класифікації РА: статтю, віком, за тривалістю хвороби (від 3 міс до 2 років) та за ступенем активності РА (І, ІІ, ІІІ ступені активності).

Вік хворих коливався від 35-57 років і протікання хвороби становило від 3 місяців до 2 років. Діагноз був поставлений лікарем: ревматоїдний артрит, поліартрит, серопозитивний, повільно прогресуючий перебіг, активність  
I-II ступеня, II – функціональний клас. У всіх хворих спостерігалось ураження суглобів кистей, 5 хворих, за даними лікарського огляду, мали І ступінь активності, 9 – ІІ ступінь активності РА.

Обидві групи приймали базисні препарати. До комплексної програми реабілітації увійшли функціональні терапевтичні вправи, елементи ерготерапії, емоційно-орієнтований копінг та отрези.

В нашій дослідницькій роботі ми фіксували дані основної та контрольної груп на початку реабілітації та в кінці за ШКБ та опитувальником SF-36: загальне здоров’я, рольове фізичне функціонування, рольове емоційне функціонування, соціальне функціонування, інтенсивність болю, життєздатність та психічне здоров’я, якість життя. За допомогою математично-статичної обробки проаналізували ефективність даної програми використання інноваційних засобів реабілітації хворих на РА.

Усі засоби реабілітації застосовувалися на протязі дня і вночі. Функціональні вправи, засоби ерготерапії застосовували зранку або після обіду, емоційно-орієнтований копінг (прослуховування спеціально підібраної музики та перегляді картин, фотографій природних ландшафтів, відео сюжетів, читання цікавих книг) використовувались ближче до вечора, ортези та тутори хворі надягали перед сном. Підбір функціональних вправ здійснювали з. орієнтиром на захоплення і роботу в повсякденному житті. Перед початком використання ортезів була консультація з лікарем, який назначав той чи інший вид ортезу для подальшого використання хворим на ніч.

Дослідження проводилось у два етапи. Курс комплексної програми реабілітації розрахований на 2 місяці, для оцінки ефективності цієї програми реабілітації проводили послідовне порівняння досліджуваних показників на початку та наприкінці дослідження.

3 РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

На першому етапі нашого дослідження року на базі відділення реабілітації Обласної клінічної лікарні м. Запоріжжя було проведено оцінку ступеня болю за шкалою категорій болю (ШКБ) та реєстрацію показників за опитувальником оцінки якості життя «SF-36» фізичного (фізичне функціонування, рольове функціонування, інтенсивність болю, загальне здоров’я) і психологічного (життєдіяльність, соціальне функціонування, емоційне функціонування, психологічне здоров’я) благополуччя. Також було проведено порівняльний аналіз отриманих показників основної та контрольної груп на початку проведення програми фізичної реабілітації для хворих на ревматоїдний артрит.

Після проведення курсу програми реабілітації для хворих на ревматоїдний артрит було проведено оцінку ступеня болю за шкалою категорій болю (ШКБ) та оцінено фізичне і психологічне благополуччя за опитувальником оцінки якості життя «SF-36» для порівняльної характеристики основної і контрольної груп.

Всі результати були оброблені за допомогою програми Microsoft excel 2010 для отримання середнього арифметичного () значення, середнього квадратичного відхилення () та помилки середнього арифметичного (±m) для подальшої оцінки ефективності використання інноваційних засобів при лікуванні хворих на РА.

Відповідно на початку дослідження був проведений аналіз історій захворювання хворих на РА, який показав, що загальну групу з 14 хворих складають 4 (28%) чоловіків і 10 (72%) жінок. У 5 хворих спостерігалась І – ступінь активності (36%), у 9 хворих ІІ – ступінь активності (64%). Склад груп можна розглянути в табл. 3.1 Характеристика хворих на ревматоїдний артрит основної та контрольної груп за статтю, віком, тривалістю хвороби та ступенем активності хвороби на початку дослідження.

Таблиця 3.1

Характеристика хворих на ревматоїдний артрит основної та контрольної груп за статтю, віком, тривалістю хвороби та ступенем активності хвороби на початку дослідження

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Основна група | | | | Контрольна група | | | |
| Стать | Вік,  років | Тривалість захворювання | Ступінь активності | Стать | Вік,  років | Тривалість захворювання | Ступінь активності |
| Ж | 55 | 8 міс. | II | Ч | 56 | 1,2 р. | II |
| Ж | 51 | 1, 4 р. | II | Ж | 39 | 7 міс. | II |
| Ч | 40 | 6 міс. | I | Ж | 45 | 4 міс. | I |
| Ж | 37 | 1 р. | II | Ж | 52 | 1 р. | II |
| Ч | 39 | 3 міс. | I | Ж | 48 | 3 міс. | I |
| Ж | 40 | 9 міс. | II | Ч | 35 | 5 міс. | I |
| Ж | 57 | 2 р. | II | Ж | 55 | 1,6 міс. | II |

Порівняльний аналіз результатів оцінки ступеня болю основної і контрольної груп на початку дослідження показав, що основна група набрала середній показник 53,8 балів, а контрольна 52,8. За шкалою категорій болю (ШКБ) хворі на РА відчувають помірну біль. Це свідчить про однорідність обох груп за ступенем болю. Обчислення проводилося для основної і контрольної груп окремо на основі обчислення середньої арифметичної величини. Результати оцінки ступеню болю за шкалою категорій болю (ШКБ) основної та контрольної груп на початку дослідження показано в табл. 3.2.

Таблиця 3.2

Результати оцінки ступеню болю за шкалою категорій болю (ШКБ) основної та контрольної груп на початку дослідження, ±m

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Група |  |  | ±m |
| Основна | 53,8 | 5,36 | 2,02 |
| Контрольна | 52,8 | 6,35 | 2,40 |

Опитування хворих на РА дали такі результати за 100 бальною шкалою опитувальника оцінки якості життя «SF-36» фізичного благополуччя: фізичне функціонування (ФФ) основної групи 52,2 балів і контрольної 54,2; рольове функціонування (РФ) основної групи показало 55,1 балів та контрольної 55,6; інтенсивність болю (ІБ) становить: основна – 44,8 балів, контрольна – 46,1; основна група з загального здоров’я (ЗЗ) набрала в середньому 57,8 балів, а контрольна 59,4. Фізичний компонент здоров’я по нашим підрахункам на початку дослідження становить в основній групі 60,1 балів, в контрольній 54,2, що є незначною різницею при порівнянні результатів. Результати всіх показників фізичного благополуччя представлені у табл. 3.3. Як видно з результатів, в основній і контрольній групах немає значних розбіжностей, так, як різниця їх складає 1-3 бали, тому обидві групи можна вважати однорідними.

Таблиця 3.3

Результати оцінки фізичного благополуччя хворих на ревматоїдний артрит за анкетою «SF-36» основної та контрольної груп на початку дослідження, ±m

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показник | Основна група | | | Контрольна група | | |
|  |  | ±m |  |  | ±m |
| Фізичне функціонування, бали | 52,2 | 3,61 | 1,36 | 54,2 | 4,60 | 1,74 |
| Рольове функціонування, бали | 55,1 | 3,5 | 1,35 | 55,6 | 4,05 | 1,53 |
| Інтенсивність болю, бали | 44,8 | 1,7 | 0,64 | 46,1 | 2,20 | 0,83 |
| Загальне здоров’я, бали | 57,8 | 1,45 | 0,55 | 59,4 | 4,13 | 1,56 |
| Фізичний компонент здоров’я, бали | 60,1 | 4,48 | 1,69 | 54,2 | 4,60 | 1,74 |

На початку дослідження психологічного благополуччя за опитувальником оцінки якості життя «SF-36» середня сума балів за компонентом життєдіяльності (Ж) в обох групах становить 51,9 балів; Соціальне функціонування (СФ) основної групи було оцінено в 49,2 балів, контрольної – 56,8; емоційне функціонування (ЕФ) 59,9 і 56,5 балів; психологічне здоров’я (ПЗ) 59,8 і 58,04 балів; психологічний компонент здоров’я основної та контрольної груп на початку становить 54,8 і 57,2 балів. За отриманими результатами показників психологічного благополуччя видно, що значної різниці в балах не має і тому обидві групи є однорідними. Результати показані в табл. 3.4 Результати оцінки психологічного благополуччя хворих на ревматоїдний артрит за анкетою «SF-36» основної та контрольної груп на початку дослідження.

Таблиця 3.4

Результати оцінки психологічного благополуччя хворих на ревматоїдний артрит за анкетою «SF-36» основної та контрольної груп на початку дослідження, ±m

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показник | Основна група | | | Контрольна група | | |
|  |  | ±m |  |  | ±m |
| Життєдіяльність, бали | 51,9 | 1,93 | 0,73 | 51,9 | 2,16 | 0,81 |
| Соціальне функціонування, бали | 49,2 | 1,68 | 0,63 | 56,8 | 5,53 | 2,09 |
| Емоційне функціонування, бали | 59,9 | 2,24 | 0,84 | 56,5 | 6,80 | 2,57 |
| Психологічне здоров’я, бали | 59,8 | 2,86 | 1,08 | 58,04 | 6,17 | 2,33 |
| Психологічний компонент здоров’я, бали | 54,8 | 5,3 | 2,0 | 57,2 | 3,67 | 1,38 |

При проведенні повторної оцінки ступеня болю за ШКБ в основній групі, нами було виявлено, що кількість білів знизилась: до 53,8 і після 43,4. Так, як біль зменшується, то кількість балів, на відміну від оцінки інших показників, таж буде зменшуватись. При порівнянні даних ми бачимо, що значного полегшення у хворих не відбулося, біль залишилась майже на тому рівні, як і на початку дослідження – помірною. Порівняльна характеристика результатів оцінки ступеня болю основної групи на початку і наприкінці дослідження представлено в табл. 3.5.

Таблиця 3.5

Порівняльна характеристика результатів оцінки ступеня болю за шкалою категорій болю (ШКБ) основної групи на початку і наприкінці дослідження, ±m

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показник | До | | | Після | | |
|  |  | ±m |  |  | ±m |
| ШКБ, бали | 53,8 | 5,36 | 2,02 | 43,4 | 4,1 | 1,54 |

Одержані дані наприкінці дослідження по показникам фізичного благополуччя основної групи в порівнянні з результатами на початку показують, що фізичне функціонування (ФФ) основної групи з 52,2 зросло до 66,9 балів; рольове функціонування (РФ) з 55,1 до 66,4 балів; інтенсивність болю (ІБ) з 44,8 до 53,9 балів; з загального здоров’я (ЗЗ) основна група набрала в середньому 57,8 але наприкінці цей показник збільшився до 68,6 балів; фізичний компонент здоров’я по нашим підрахункам на початку дослідження становить в основній групі 60,1 балів, після базової терапії він становить 69,6 балів.

Таблиця 3.6

Порівняльна характеристика результатів оцінки фізичного благополуччя хворих на ревматоїдний артрит за анкетою «SF-36» основної групи на початку та наприкінці дослідження, ±m

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показник | До | | | Після | | |
|  |  | ±m |  |  | ±m |
| Фізичне функціонування, бали | 52,2 | 3,61 | 1,16 | 66,9 | 3,09 | 1,16 |
| Рольове функціонування, бали | 55,1 | 3,5 | 1,58 | 66,4 | 4,19 | 1,58 |
| Інтенсивність болю, бали | 44,8 | 1,7 | 1,79 | 53,9 | 4,75 | 1,79 |
| Загальне здоров’я, бали | 57,8 | 1,45 | 1,5 | 68,6 | 3,99 | 1,5 |
| Фізичний компонент здоров’я, бали | 60,1 | 4,48 | 1,56 | 69,6 | 4,13 | 1,56 |

Після повторного дослідження психологічного благополуччя за опитувальником оцінки якості життя «SF-36» основної групи хворих на РА середня сума балів компонента життєдіяльності (Ж) з 51,9 зросла до 57,8 балів; соціальне функціонування (СФ) основної групи було оцінено в 49,2 балів після базової терапії оцінено в 56,8 балів; емоційне функціонування (ЕФ) зросло з 59,9 до 64,6 балів; психологічне здоров’я (ПЗ) з 59,8 до 61,9 балів; психологічний компонент здоров’я основної на початку становив 54,8 після 59,7 балів. За отриманими результатами показників психологічного благополуччя видно, що покращення відбулося, але не значне. Результати наведені в табл. 3.7.

Таблиця 3.7

Порівняльна характеристика результатів оцінки психологічного благополуччя хворих на ревматоїдний артрит за анкетою «SF-36» основної групи на початку та наприкінці дослідження, ±m

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показник | До | | | Після | | |
|  |  | ±m |  |  | ±m |
| Життєдіяльність, бали | 51,9 | 1,93 | 0,73 | 57,8 | 2,19 | 0,83 |
| Соціальне функціонування, бали | 49,2 | 1,68 | 0,63 | 56,8 | 5,53 | 2,09 |
| Емоційне функціонування, бали | 59,9 | 2,24 | 0,84 | 64,6 | 5,86 | 2,21 |
| Психологічне здоров’я, бали | 59,8 | 2,86 | 1,08 | 61,9 | 4,24 | 1,6 |
| Психологічний компонент здоров’я, бали | 54,8 | 5,3 | 2,0 | 59,7 | 4,31 | 1,63 |

При проведенні повторної оцінки ступеня болю за ШКБ в контрольній групі після програми реабілітації для хворих на РА (функціональні вправи, ортезування, емоційно-орієнтований копінг), нами було виявлено, що кількість білів знизилась з 52,8 до 43,4. При порівнянні даних ми бачимо, що відбулось полегшення у хворих на РА, біль зменшилась з помірної до слабкої. Порівняльна характеристика результатів оцінки ступеня болю основної групи на початку і наприкінці дослідження представлено в табл. 3.8.

Таблиця 3.8

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показник | До | | | Після | | |
|  |  | ±m |  |  | ±m |
| ШКБ, бали | 52,8 | 6,35 | 2,40 | 32,5 | 2,8 | 1,06 |

Порівняльна характеристика результатів оцінки ступеня болю за шкалою категорій болю (ШКБ) контрольної групи на початку і наприкінці дослідження, ±m

Одержані дані контрольної групи наприкінці дослідження за показниками фізичного благополуччя в порівнянні з результатами на початку дослідження показують, що фізичне функціонування (ФФ) з 54,2 зросло до 81,5 бала; рольове функціонування (РФ) з 55,6 до 78,9 балів; інтенсивність болю (ІБ) з 46,1 до 60,1 балів; з загального здоров’я (ЗЗ) контрольна група набрала в середньому 59,4 але наприкінці цей показник значно збільшився – 82,2 бала; фізичний компонент здоров’я по нашим підрахункам на початку дослідження становить 62,3 бала, після запропонованої нами програми реабілітації він становить 81,3 балів (табл. 3.9).

Таблиця 3.9

Порівняльна характеристика результатів оцінки фізичного благополуччя хворих на ревматоїдний артрит за анкетою «SF-36» контрольної групи на початку та наприкінці дослідження, ±m

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показник | Основна група | | | | | |
| До | | | Після | | |
|  |  | ±m |  |  | ±m |
| Фізичне функціонування, бали | 54,2 | 4,60 | 1,74 | 81,5 | 2,81 | 1,06 |
| Рольове функціонування, бали | 55,6 | 4,05 | 1,53 | 78,9 | 3,74 | 1,41 |
| Інтенсивність болю, бали | 46,1 | 2,20 | 0,83 | 60,1 | 5,56 | 2,1 |
| Загальне здоров’я, бали | 59,4 | 4,13 | 1,56 | 82,2 | 3,62 | 1,36 |
| Фізичний компонент здоров’я, бали | 62,3 | 5,92 | 2,23 | 81,3 | 2,6 | 0,99 |

Після повторного дослідження психологічного благополуччя за опитувальником оцінки якості життя «SF-36» контрольної групи хворих на РА середня сума балів компонента життєдіяльності (Ж) з 51,9 зросла до 70,6 балів; соціальне функціонування (СФ) контрольної групи з 56,8 до 69,7 балів; емоційне функціонування (ЕФ) зросло з 56,5 до 82,2 балів; психологічне здоров’я (ПЗ) з 58,04 до 81,7 балів; психологічний компонент здоров’я на початку становив 57,2 після значно виріс до 77 балів. Порівнявши результати на початку та наприкінці дослідження ми бачимо що відбулось значне покращення психологічного благополуччя хворих на РА. Результати наведені в табл. 3.10.

Таблиця 3.10

Порівняльна характеристика результатів оцінки психологічного благополуччя хворих на ревматоїдний артрит за анкетою «SF-36» контрольної групи на початку та наприкінці дослідження, ±m

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показник | До | | | Після | | |
|  |  | ±m |  |  | ±m |
| Життєдіяльність, бали | 51,9 | 2,16 | 0,81 | 70,6 | 5,30 | 2,0 |
| Соціальне функціонування, бали | 56,8 | 5,53 | 2,09 | 69,7 | 2,52 | 0,95 |
| Емоційне функціонування, бали | 56,5 | 6,80 | 2,57 | 82,2 | 4,37 | 1,65 |
| Психологічне здоров’я, бали | 58,04 | 6,17 | 2,33 | 81,7 | 4,95 | 1,87 |
| Психологічний компонент здоров’я, бали | 57,2 | 3,67 | 1,38 | 77 | 2,9 | 1,1 |

Наприкінці дослідження, а саме на другому етапі, було проведено порівняльну характеристику показників ступеня болю, фізичного і психічного благополуччя для оцінки ефективності комплексної програми реабілітації для хворих на РА, яка складається з функціональних вправ, ортезування і емоційно-орієнтованого копінгу.

З отриманих результатів, після проведеного дослідження, на початку і в кінці реабілітації хворих РА на нами було отримано і проаналізовано оцінку ступеня болю за ШКБ. Як бачимо попередні результати основної та контрольної груп на початку проведення дослідження фактично не відрізнялись 53,8±2,02 та 52,8±2,40 при Р<0,05, що становить різницю у 1%, проте результати в кінці дослідження 43,4±1,54 і 32,5±1,06 при Р<0,05 показали різницю в 10%.

Отже, покращення спостерігається в обох групах після 2 міс. реабілітації, проте в контрольній групі показник значно менше ніж в основній групі, що підтверджує ефективність запропонованої нами комплексної програми реабілітації хворих на РА. Підрахунок за критерієм t – Ст’юдента та ступеня свободи (f), для визначення достовірніості різниці між двома середніми величинами показав до проведення дослідження t= 0,29 (різниці між групами не виявлено) і після t=2,22 при ступені свободи f=13. Отримуємо, що Р<0,05, так як критерій Стьюдента менше значення з таблиці (див. додаток Б, табл. 2.1 Достовірності відмінностей за коефіцієнтом t), а це свідчить про достовірну різницю відмінностей у показниках ШКБ по закінченню реабілітації хворих основної і контрольної груп. Отримані результати можна переглянути в табл. 3.11.

Таблиця 3.11

Результати оцінки ступеня болю за шкалою категорій болю основної та контрольної груп, ±m

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Основна група | | Контрольна група | | t | f |
| ±m |  | ±m |  |
| До | 53,8±2,02 | 5,36 | 52,8±2,40 | 6,35 | 0,29 | 13 |
| Після | 43,4±1,54 | 4,1 | 32,5±1,06 | 2,8 | 2,22 | 13 |

На рис. 3.1 зображено порівняльну характеристику оцінки ступеня болю за шкалою категорій болю основної та контрольної груп на початку та наприкінці дослідження у відсотках.

Рис. 3.1 Різниця ступеня болю основної та контрольної груп до і після реабілітації хворих на ревматоїдний артрит, %

Примітка. При оцінці ступеня болю, на відміну від інших показників, слід враховувати те, що показники будуть зменшуватись так, як біль зменшується.

Отримані результати оцінки ЯЖ за опитувальником SF-36 дають нам можливість бачити покращення в обох групах проте в контрольній групі, показники фізичного компоненту здоров’я значно відрізняються від показників основної групи. В табл. 3.12 чітко показано, що фізичне функціонування (ФФ) основної групи, якій було назначено лише базову терапію, значно менше 52,2±1,36 і після 66,9±1,16 (Р<0,05), де приріст становить 15% у порівнянні з контрольною групою: до 54,2±1,74 і після 81,5±1,06, де приріст складає 27%. Таким чином ми бачимо ефективність нашої програми, яка сприяє покращенню у порівнянні з просто базовою терапіє у 12%.

Рольове функціонування (РФ) основної групи показало на початку і в кінці такі результати 55,1±1,35 і 66,4±1,58 (Р<0,05) з різницею у 11%, порівняно з контрольною групою до 55,6±1,53 і після 78,9±1,41 (Р<0,05), де приріст становить 23%, а це означає, що різниця основної та контрольної груп після проведення реабілітаційної програми для хворих на РА становить у 12%, що також показує ефективність інноваційних засобів реабілітації.

Інтенсивність болю (ІБ) за опитувальником SF-36 основної групи до 44,8±0,64 і після 53,9±1,79 (Р<0,05) склала приріст у 9%, контрольної групи до 46,1±0,83 і після 60,1±2,1 (Р<0,05) у 16%, отже різниця приросту інтенсивності болю між обома групами становить у 7%.

Загальне здоров’я основної групи 57,8±0,55 і після 68,6±1,5 (Р<0,05) склало приріст у 11%, а контрольної групи, в свою чергу 59,4±1,56 і 82,2±1,36 (Р<0,05) з приростом аж у 22%, а це означає що загальне здоров’я у контрольній групі, якій було назначено, окрім базової терапії ще й запропоновану нами комплексну програму реабілітації покращилось у двічі (на 11%).

Критерій Стьюдента дав нам результати різниць обох груп до 0,3 і після 2,43 при ступені свободи f=13, а це свідчить про достовірну різницю відмінностей у показниках фізичного компоненту здоров’я (ФКЗ) по закінченню реабілітації хворих основної і контрольної груп. Результати фізичного компоненту здоров’я за опитувальником SF-36 основної групи на початку 60,1±1,69 і вкінці 69,6±1,56 (Р<0,05) показали приріст у 9%, в порівнянні з контрольною групою на початку 62,3±2,23 і вкінці 81,3±0,99 (Р<0,05), де приріст був 19%, ми визначили достовірну різницю у 10%, а це дає нам можливість стверджувати про покращення фізичного показника хворих на РА при реабілітації з використанням засобів физичної терапії в комплексній реабілітації, а саме функціональних вправ та ортезів на ніч. Результати дослідження показників фізичного компоненту здоров’я можна переглянути в табл. 3.3.

На рис. 3.2 наведено різницю приросту показників фізичного благополуччя основної і контрольної груп у відсотках.

Результати за опитувальником якості життя SF-36 дають нам можливість бачити покращення показника психічного компоненту здоров’я (ПКЗ) в обох групах, проте в контрольній групі ПКЗ значно відрізняються від показників основної групи. В табл. 3.13 чітко показано, що життєдіяльність (Ж) основної групи, якій було назначено лише базову терапію, значно менше 51,9±0,73 і після 57,8±0,83 (Р<0,05), де приріст становить 6% у порівнянні з контрольною групою: до 51,9±0,81 і після 70,6±2,0, де приріст складає 19%.

Таблиця 3.12

Оцінка фізичного благополуччя основної та контрольної групи за анкетою оцінки якості життя «SF-36», ±m

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показник | Основна група | | | Контрольна група | | |
| До | Після | Різни-ця,% | До | Після | Різни-ця,% |
| Фізичне функціонування, бали | 52,2±1,36 | 66,9±1,16 | 15 | 54,2±1,74 | 81,5±1,06 | 27 |
| Рольове функціонування, бали | 55,1±1,35 | 66,4±1,58 | 11 | 55,6±1,53 | 78,9±1,41 | 23 |
| Інтенсивність болю, бали | 44,8±0,64 | 53,9±1,79 | 9 | 46,1±0,83 | 60,1±2,1 | 16 |
| Загальне здоров’я, бали | 57,8±0,55 | 68,6±1,5 | 11 | 59,4±1,56 | 82,2±1,36 | 22 |
| Фізичний компонент здоров’я, бали | 60,1±1,69 | 69,6±1,56 | 9 | 62,3±2,23 | 81,3±0,99 | 19 |

Рис.3.2 Різниця приросту показників фізичного благополуччя основної і контрольної груп, %

Примітка. Ряд 1 – основна група, ряд 2 – контрольна група; 1 – фізичне функціонування, 2 - рольове функціонування, 3 – інтенсивність болю, 4 – загальне здоров’я, 5 – фізичний компонент здоров’я.

Таким чином ми бачимо ефективність нашої програми, яка сприяє покращенню у порівнянні з просто базовою терапіє у 13%, що показує ефективність застосування засобів фізичної терапії в реабілітації.

Соціальне функціонування (СФ) основної групи показало на початку і в кінці такі результати 49,2±0,63 і 56,8±2,09 (Р<0,05) з різницею у 8%, порівняно з контрольною групою до 56,8±2,09 і після 69,7±0,95 (Р<0,05), де приріст становить 13%, а це означає, що різниця основної та контрольної груп після проведення реабілітаційної програми для хворих на РА становить 5%.

Емоційне функціонування основної групи до 59,9±0,84 і після 64,6±2,21 (Р<0,05) склало приріст лише у 5%, а контрольної групи, в свою чергу 56,5±6,80 і 82,2±1,65 (Р<0,05) з приростом аж у 26%, а це означає що емоційне функціонування у контрольній групі, якій було назначено, окрім базової терапії ще й запропоновану нами програму реабілітації покращилось у 5 разів (на 21%).

Психологічне здоров’я (ПЗ) за опитувальником SF-36 основної групи до 59,8±1,08 і після 61,9±1,6 (Р<0,05) склала приріст лице у 2%,що можна зовсім відкинути покращення психологічного компоненту здоров’я при використанні лише базової терапії, в свою чергу результати контрольної групи значно відрізняються до 58,04±2,33 і після 81,7±1,87 (Р<0,05), де покращення відзначається аж у 24%, отже різниця між обома групами становить у 22%, а це частково підтверджує нашу гіпотезу, що емоційно-оріентований копінг під час реабілітації дуже добре впливає на емоційний стан хворих на РА.

Критерій Стьюдента дав нам результати різниць обох груп до 0,37 і після 3,33 при ступені свободи f=13, а це свідчить про достовірну різницю відмінностей у показниках психічного компоненту здоров’я (ПКЗ) по закінченню реабілітації хворих основної і контрольної груп. Результати психічного компоненту здоров’я (ПКЗ) за опитувальником SF-36 основної групи на початку 54,8±2,0 і в кінці 59,7±1,63 (Р<0,05) показали приріст лише у 5%, в порівнянні з контрольною групою на початку 57,2±1,38 і в кінці 77±1,1 (Р<0,05), де приріст був 20%, ми визначили достовірну різницю у 15%, а це дає нам можливість стверджувати про покращення психічного показника хворих на РА при реабілітації з використанням емоційно-оріентованого копінгу в реабілітації, а саме.

Таблиця 3.13

Оцінка психологічного благополуччя основної та контрольної групи за анкетою оцінки якості життя «SF-36», ±m

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показник | Основна група | | | Контрольна група | | |
| До | Після | Різни-ця,% | До | Після | Різни-ця,% |
| Життєдіяльність, бали | 51,9±0,73 | 57,8±0,83 | 6 | 51,9±0,81 | 70,6±2,0 | 19 |
| Соціальне функціонування, бали | 49,2±0,63 | 56,8±2,09 | 8 | 56,8±2,09 | 69,7±0,95 | 13 |
| Емоційне функціонування, бали | 59,9±0,84 | 64,6±2,21 | 5 | 56,5±6,80 | 82,2±1,65 | 26 |
| Психологічне здоров’я, бали | 59,8±1,08 | 61,9±1,6 | 2 | 58,04±2,33 | 81,7±1,87 | 24 |
| Психологічний компонент здоров’я, бали | 54,8±2,0 | 59,7±1,63 | 5 | 57,2±1,38 | 77±1,1 | 20 |

На рис. 3.3 наведено різницю приросту показників психологічного благополуччя основної і контрольної груп у відсотках.

Рис.3.2 Різниця приросту показників фізичного благополуччя основної і контрольної груп, %

Примітка. Ряд 1 – основна група, ряд 2 – контрольна група, 1 – життєдіяльність, 2 – соціальне функціонування, 3 – емоційне функціонування, 4 – психологічне здоров’я, 5 – психологічний компонент здоров’я.

Таким чином, результати оцінки ступеня болю за шкалою категорій болю та показники фізичного і психічного компоненту здоров’я за опитувальником якості життя SF-36 підтверджують висунуту нами гіпотезу, що покращенню якості життя хворого на ревматоїдний артрит, загального психічного стану і менш болісного протікання хвороби під час лікування буде сприяти комплексний підхід в реабілітації, а саме – функціональних терапевтичних вправ, ортезів та емоційно-орієнтованого копінгу. Показники контрольної групи, значно вище за показники основної групи. Особливої уваги потребує психічний компонент здоров’я так, як він відіграє в нашому дослідженні неабияку значущість. Дані зміни підкреслюють важливість включення фізичної терапії, ортезів та емоційно-орієнтованого копінгу для реабілітації хворих, які страждають на ревматоїдний артрит.

Висновки

1. При дослідженні функціонального стану організму та якості життя хворих на ревматичний поліартрит до застосування реабілітації з’ясовано, що більшість цих осіб (72%) складають жінки.
2. Проведення запропонованої комплексної програми реабілітації заснованої на засобах фізичної терапії на стаціонарному етапі полягає в зниженні болісного протікання хвороби, покращенні функціонального статусу опорно-рухового апарату та психічного здоров’я, що дозволяє ефективно контролювати протікання захворювання.
3. Результати показників ступеня болю та якості життя за опитувальником SF-36 фізичного і особливо психічного компонентів, отримані в кінці дослідження, достовірно вищі (Р < 0,05) в основній групі в порівнянні з показниками хворих на РА контрольній групі.
4. Ефективність комплексної програми реабілітації для хворих на ревматичний поліартрит із застосуванням засобів фізичної терапії в комплексній реабілітації (функціональні терапевтичні вправи, елементи ерготерапії, ортези та емоційно-орієнтований копінг) має значний вплив на результат реабілітації, а саме покращення якості життя хворого на РП, загальний психічний та фізичний стан і менш болісне протікання хвороби під час лікування, що є підтвердженням гіпотези, висунутої нами на початку дослідження.
5. Запропонована нами комплексна програма реабілітації є ефективною за даними дослідження, тому, має місце бути рекомендована для використання фізичним терапевтам при роботі із зазначеним контингентом хворих (пацієнти з ревматичним поліартритом) на ранніх стадіях захворювання.

ПЕРЕЛІК ПОСИЛАНЬ

1. Арсеньєв А.О. Ортезування хворих на ревматичні захворювання з ураженням суглобів. Науково-практична ревматологія. К.: БІНОМ, 2016. 122 с.
2. Аручіді Н.А. Адаптивні копінг-стратегії та ефективне функціонування індивіда. *Академічний журнал*, 2012. № 5. C. 8.
3. Астапенко М.Г. Ревматоїдний артрит. Клінічна ревматологія. К.: Медицина, 2005. 304 c.
4. Ашмарін Б.А. Теорія та методика педагогічних досліджень. К.: Фізкультура і спорт, 1978. С. 160-190.
5. Башев О.О. Ревматоїдний артрит. Харків. Фенікс, 2007. 192 с.
6. Боголюбов В.М. Медична реабілітація. Керівництво. Донецьк. БІНОМ. 2007. Т. 1. 676 с.
7. Бодров В.А. Проблема подолання стресу. Стратегії та стилі подолання стресу. *Психологічний журнал*. 2006. Т. 27 (№ 3). С. 106-116.
8. Хвороби суглобів: посібник для лікарів. під. ред. В.І. Мазурова. Львів. СпецЛіт, 2008. 397 с.
9. Відео, кліпи, ролики дивитись онлайн «Для Релаксації» [Режим доступу]: http://pesni.fm/
10. Виноградов В.В. Диференціальний діагноз внутрішніх хвороб. Львів. СпецЛіт, 2015. 487 с.
11. Мартинова А.І. Внутрішні хвороби. Одеса. ГЕОТАР МЕД, 2005. Т. 2.

642 с.

1. Годін М.А. Спортивна метрологія. К.: Фізкультура та спорт, 2008. 192 с.
2. Григор’єва О.А. Ревматоїдний артрит: вплив інвалідності хворих на характер перебігу захворювання. *Науково-практична ревматологія*. 2007. № 2. 128 с.
3. Дорошенко Т.В. Лікувальна фізкультура в комплексній терапії хворих на ревматоїдний артрит. *Український медичний альманах*. 2015. Т. 11. № 6. С. 28-29.
4. Дубініна Т.В. Ерготерапія в ревматології. *Науково-практична ревматологія*. 2014. № 52. С. 85-90.
5. Живі картинки для релаксації [Режим доступу]: http://www.liveinternet.ua/
6. Журнал про пейзажну фотографію [Режим доступу]: http://n-khoroshkov.livejournal.com/
7. Зінченко Ю.П. Інноваційні освітні програми з психології. К.: КДУ, 2007. 165 с.
8. Ісаєв Д.Н. Психопатологія дитячого віку: Підручник для вузів. Львів. СпецЛіт, 2007. 463 с.
9. Каратеєв Д.Є. Про класифікацію ревматоїдного артриту. *Науково-практична ревматологія.* 2008. № 1. 46 с.
10. Кашніков В.С. Основи фізичної реабілітації при деформаціях та захворюваннях опорно-рухового апарату: Навчально-методичний посібник. К.: КДУ, 2007. 52 с.
11. Клінічна ревматологія (посібник для лікарів). під. ред. проф. В.І. Мазурова. 2-ге вид., перероб. та дод. К.: ФОЛІАНТ, 2005. 520 с.
12. Клінічні поради. Ревматологія. за ред. Е.Л. Насонова. Одеса. ГЕОТАР МЕД, 2008. 288 с.
13. Клочкова Е.В. Физическая терапия и эрготерапия как новые специальности для Республики Таджикистан. 2010. 46 с.
14. Клочкова О.В. Фізична терапія та ерготерапія, як нові для України спеціальності (Сучасні підходи до реабілітації). К.: КДУ, 2003. 24 с.
15. Коваленко В.М. Ревматоїдний артрит. Діагностика та лікування. К.: Моріон, 2001. 272 с.
16. Корнілова Т.В., Смирнов С.Д. Угруповання мотиваційно-особистісних властивостей як регулятивні системи прийняття рішень. *Питання психології.* 2012. №6. С. 73-83.
17. Кремльова О.В. Психотерапія в реабілітації хворих на ревматоїдний артрит (з позицій біопсихосоціального підходу): дис. д. мед. наук.О.В. Кремльова. К.: КДУ, 2007. 596 с.
18. Леонова А.Б. Комплексна методологія аналізу професійного стресу: від діагностики до профілактики та корекції. *Психологічний журнал*, 2004. Т. 25 (№ 2). С. 76-85.
19. Лібіна А.В. Стилі реагування на стрес: психологічний захист. Рівне. Сенс, 2003. С. 190-204.
20. Малькевич І.В. Ерготерапія сьогодні. Вісник ГО «ХАПДІіМІ», 2008. №3. С. 1-2.
21. Масальгін Н.А. Математико-статистичні методи у спорті. К.: Фізкультура і спорт, 1974. 151 с.
22. Методи психологічної релаксації [Режим доступу]: http://profilaktika.tomsk.com/
23. М’ятига О.М. Лікувальна фізична культура при ревматоїдному артриті на стаціонарному етапі. *Слобожанський науково-спортивний вісник*. 2012. № 2. С. 128–131.
24. Насонов Є.Л. Досягнення у ревматології у XXI ст. *Науково-практична ревматологія.* 2014. № 52. С. 133-137.
25. Начинська С.В. Основи спортивної статистики. К.: Вища школа, 2004.

187 с.

1. Новик А.А. Оцінка якості життя хворого в медицині. *Клінічна медицина*. 2000. № 2. С. 10-13.
2. Оганезова І.А. Психосоматичний напрямок у сучасній медицині. Астенічні розлади в терапевтичній практиці: посібник з діагностики та лікування. ХДМУ, 2010. Т. 2. C. 13-36.
3. Опитувальник SF-36 для груп хворих на різні хронічні захворювання. Інститут клініко-фармакологічних досліджень. 8 c.
4. Орлова Є.В. Комплексна програма реабілітації хворих на ранній ревматоїдний артрит, що включає локальну повітряну кріотерапію, лікувальну гім*настику, ерготерапію, ортезування та освітній проект.* Медичний вісник, 2012. № 6. С. 47-54.
5. Орлова Є.В. Комплексний аналіз ефективності індивідуальної програми реабілітації хворих на ревматоїдний артрит з використанням платформи КОБС та системи EN-TREEM. *Вісник відновлювальної медицини*, 2011. № 2. С. 39-43.
6. Орлова Є.В. Відновне лікування та реабілітація хворих на ревматоїдний артрит: сучасний стан проблеми. Реабілітація, ортезування, освітні програми. *Науково-практична ревматологія*. 2011. № 3. С. 78-89.
7. Орлова Є.В. Комплексна реабілітація хворих на ранній ревматоїдний артрит: результати 6-місячної програми. *Науково-практична ревматологія*. 2013. № 4. С. 398-406.
8. Ортез, бандаж для променево-зап'ясткового суглоба [Режим доступу]: http://spinet.com/
9. Павлов В.П. Принципи ортезування хворих на ревматичні захворювання з ураженнями суглобів. *Медичний журнал*. 2011. 464 с.
10. Полулях М.В. Програма фізичної реабілітації хворих на ревматоїдний артрит при ендопротезуванні колінного суглоба. *Ортопедія травматологія протезування*. 2007. № 3. С. 106-110.
11. Практична медицина. Інноваційні технології у медицині. *Ревматологія*. 2014. № 14. 203 с.
12. Застосування термопластичних матеріалів для виготовлення протезно-ортопедичних виробів при травмах та захворюваннях опорно-рухового апарату та їх використання у клінічній практиці [Режим доступу]: http://dkepop.at.ua/
13. Психологічна енциклопедія за ред. Р.Корсіні, А.Ауербаха. ХДМУ, 2006. 2-ге вид. 1096 с.
14. Нейко Є.М. Ревматоїдний артрит: сучасний погляд на проблему. *Український ревматологічний журнал*. 2009. № 2 (36). С. 35-39.
15. Семінар: Ерготерапія як метод реабілітації та відновлення здатності до незалежного життя [Режим доступу]: http://www.allru.org/
16. Сивашинська Є.Ф. Педагогіка: на допомогу тому, хто здає державний іспит. К.: Вища школа, 2009. 175 с.
17. Сигідін Я.А. Нові підходи до базисної терапії ревматоїдного артриту. *Терапевтичний архів*. 2009. №2. 165 c.
18. Шулутко Б.І. Стандарти діагностики та лікування внутрішніх хвороб. Одеса. ЕЛБІ, 2004. 800с.
19. Електронний журнал «Вісник Слобожанського державного педагогічного університету» [Режим доступу]: www.vestnik.nspu.ru
20. Ерготерапія – методика реабілітації хворих з порушеннями рухових функцій [Режим доступу]: http://natural-medicine.com
21. Ерготерапія, що це? [Режим доступу]: http://www.nodus.ua
22. Ерготерапія. Що це таке і коли допомагає ерготерапія? *Терапевтичний архів,* 2012. №32. С. 9-11.
23. Яхно Н.Н. Біль (практичний посібник для лікарів) К.: УАМН, 2011. 544 с.
24. Covic T.A biopsychosocial model of pain and depression in rheumatoid arthritis: a 12-month longitudinal study. *Rheumatology (Oxford).* 2003. Vol. 42 (11). P. 1287-1294.
25. Cracken L.M., Vowles K.E. Acceptance of chronic pain. *Current Pain and Headache Reports*, 2006. Vol. 10, № 2. P. 90-94.
26. Callahan L.F. The burden of rheumatoid arthritis: facts and figures. *J. Rheum*. 2001. V. 25, Suppl 53. P. 8-12.
27. Ziarko M. The mediating role of dysfunctional coping in the relationship between beliefs about the disease and the level ofdepression in patients with rheumatoid arthritis. *Scientific World Journal*. 2014. [Режим доступа]: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3916097/)

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ, ЗДОРОВ’Я ТА ТУРИЗМУ

КАФЕДРА ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ, ЕРГОТЕРАПІЇ

**Додатки**

**магістра**

на тему: «ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З РЕМАТИЧНИМ ПОЛІАРТРИТОМ»

Виконав: студент ІІ курсу, групи 8.2272

спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія»

спеціалізації 227.1 «Фізична терапія»

освітньо-професійної програми «Фізична терапія»

Пенькова Карина Миколаївна

Керівник доцент, к.мед.н. Позмогова Н.В.

Рецензент доцент, к.пед.н. Бессарабова О.В

Запоріжжя-2023

ДОДАТОК А

Методика оцінки якості життя «SF-36 HEALTH STATUS SURVEY»

Дайте відповідь на кожне питання, позначаючи обраний Вами відповідь так, як це вказано. Якщо Ви не впевнені в тому, як відповісти на питання, будь ласка, виберіть таку відповідь, який найточніше відображає Вашу думку.

1. В цілому Ви оцінили б стан Вашого здоров’я як:

|  |  |
| --- | --- |
| (обведіть одну цифру) | |
| Відмінне | 1 |
| Дуже добре | 2 |
| Гарне | 3 |
| Опосередковане | 4 |
| Погане | 5 |

1. Як би Ви в цілому оцінили своє здоров’я зараз порівняно з тим, що було рік тому?

|  |  |
| --- | --- |
| (обведіть одну цифру) | |
| Значно краще, ніж рік тому | 1 |
| Трохи краще, ніж рік тому | 2 |
| Приблизно таке ж, як рік тому | 3 |
| Дещо гірше, ніж рік тому | 4 |
| Набагато гірше, ніж рік тому | 5 |

1. Наступні питання стосуються фізичних навантажень, з якими Ви, можливо, зустрічаєтеся протягом свого звичайного дня.

Чи обмежує Вас стан Вашого здоров’я в даний час у виконанні перерахованих нижче фізичних навантажень? Якщо так, то якою мірою.

Продовження додатка А

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (Обведіть одну цифру в кожному рядку) | | | |
|  | Так, значно обмежує | Так, трохи обмежує | Ні, зовсім не обмежує |
| а. Важкі фізичні навантаження, такі як біг, підняття важких речей, заняття силовими видами спорту | 1 | 2 | 3 |
| б. Помірні Фізичні навантаження, такі як пересунути стіл, попрацювати з пилососом, збирати гриби чи ягоди | 1 | 2 | 3 |
| в. Підняти або нести сумку з продуктами | 1 | 2 | 3 |
| г. Піднятися пішки по сходах на кілька прольотів | 1 | 2 | 3 |
| д. Піднятися пішки по сходах на один проліт | 1 | 2 | 3 |
| е. Нахилитися, встати на коліна, сісти навпочіпки | 1 | 2 | 3 |
| ж. Пройти відстань більше одного кілометра | 1 | 2 | 3 |
| з. Пройти відстань у кілька кварталів | 1 | 2 | 3 |
| і. Пройти відстань у один квартал | 1 | 2 | 3 |
| к. Самостійно вимитися, одягтися | 1 | 2 | 3 |

1. Чи бувало за останні 4 тижні, що Ваш фізичний стан викликав утруднення у Вашій роботі або іншої звичайної повсякденної діяльності, внаслідок чого:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (Обведіть одну цифру в кожному рядку) | | |
|  | Так | Ні |
| а. Довелося скоротити кількість часу, що витрачається на роботу або інші справи | 1 | 2 |
| б. Виконали менше, ніж хотіли | 1 | 2 |
| в. Ви були обмежені у виконанні якогось певного виду роботи або іншої діяльності | 1 | 2 |
| г. Були труднощі при виконанні своєї роботи або інших справ (наприклад, вони зажадали додаткових зусиль) | 1 | 2 |

1. Чи бувало за останні 4 тижні, що Ваш емоційний стан викликав утруднення у Вашій роботі або іншої звичайної повсякденної діяльності, внаслідок чого:

Продовження додатка А

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (Обведіть одну цифру в кожному рядку) | | |
|  | Так | Ні |
| а. Довелося скоротити кількість часу, що витрачається на роботу або інші справи | 1 | 2 |
| б. Виконали менше, ніж хотіли | 1 | 2 |
| в. Виконували свою роботу або інші справи не так акуратно, як зазвичай | 1 | 2 |

1. Наскільки Ваше фізична або емоційний стан протягом останніх 4 тижнів заважало Вам проводити час з сім’єю, друзями, сусідами або в колективі?

|  |  |
| --- | --- |
| (Обведіть одну цифру) | |
| Зовсім не заважало | 1 |
| Трохи | 2 |
| Помірно | 3 |
| Сильно | 4 |
| Дуже сильно | 5 |

1. Наскільки сильний фізичний біль Ви відчували за останні 4 тижні?

|  |  |
| --- | --- |
| (Обведіть одну цифру) | |
| Зовсім не відчував (а) | 1 |
| Дуже слабку | 2 |
| Слабую | 3 |
| Помірну | 4 |
| Сильну | 5 |
| Дуже сильну | 6 |

1. Якою мірою біль протягом останніх 4 тижнів заважав Вам займатися Вашою нормальною роботою (включаючи роботу поза будинком і по ньому)?

|  |  |
| --- | --- |
| (обведіть одну цифру) | |
| Зовсім не заважала | 1 |
| Трохи | 2 |
| Помірно | 3 |
| Сильно | 4 |
| Дуже сильно | 5 |

Продовження додатка А

1. Наступні питання стосуються того, як Ви себе почували і яким був Ваш настрій протягом останніх 4 тижнів. Будь ласка, на кожне питання дайте одну відповідь, що найбільше відповідає Вашим відчуттям. Як часто протягом останніх 4 тижнів ...

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (Обведіть одну цифру в кожному рядку) | | | | | | |
|  | Весь час | Велику частину часу | Часто | Іноді | Рідко | Жодного разу |
| а. Ви відчували себе бадьорим (ой)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| б. Ви сильно нервували? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| в. Ви відчували себе таким (ою) пригніченим (ой), що ніщо не могло Вас підбадьорити? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| г. Ви відчували себе спокійним (ою) і умиротвореним (ой)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| д. Ви відчували себе повним (ою) сил і енергії? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| е. Ви відчували себе впалим (ою) духом і сумним (ою)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ж. Ви відчували себе змученим (ою)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| з. Ви відчували себе щасливим (ою)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| і. Ви відчували себе втомленим (ою)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

1. Як часто за останні 4 тижні Ваше фізична або емоційний стан заважало Вам активно спілкуватися з людьми (провідувати друзів, родичів)?

|  |  |
| --- | --- |
| (Обведіть одну цифру) | |
| Весь час | 1 |
| Більшу частину часу | 2 |
| Інколи | 3 |
| Рідко | 4 |
| Жодного разу | 5 |

1. Наскільки вірно чи невірно представляється по відношенню до Вас кожне з нижче перерахованих тверджень?

Продовження додатка А

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (Обведіть одну цифру в кожному рядку) | | | | | |
|  | Безперечно вірно | В основн. вірно | Не знаю | В основному невірно | Безумовно невірно |
| а. Мені здається, що я більш схильний до хвороб, ніж інші | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| б. Моє здоров’я не гірше, ніж у більшості моїх знайомих | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| в. Я очікую, що моє здоров’я погіршиться | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| г. У мене відмінне здоров’я | 1 | 3 | 3 | 4 | 5 |

ДОДАТОК Б

Таблиця 2.1 Достовірності відмінностей за коефіцієнтом t

