

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

ФЕДОРЕНКО СЕРГІЙ МИКОЛАЙОВИЧ

УДК 796:616.7:615.8

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

24.00.03 – фізична реабілітація

Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня
доктора наук з фізичного виховання і спорту



Київ – 2020

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана в Національному університеті фізичного виховання і спорту України, Міністерство освіти і науки України.

Науковий консультант:

доктор наук з фізичного виховання і спорту, професор

Лазарєва Олена Борисівна, Національний університет фізичного виховання і спорту України, завідувач кафедри фізичної терапії та ерготерапії.

Офіційні опоненти:

доктор наук з фізичного виховання і спорту, професор

Афанасьєв Сергій Миколайович, Придніпровська державна академія фізичної культури і спорту, перший проректор з науково-педагогічної роботи;

доктор наук з фізичного виховання і спорту, доцент

Герцик Андрій Мирославович, Український католицький університет, професор кафедри фізичної терапії та ерготерапії;

доктор наук з фізичного виховання і спорту, професор

Альошина Алла Іванівна, Волинський національний університет імені Лесі Українки, завідувач кафедри теорії спорту та фізичної культури.

Захист відбудеться 23 грудня 2020 року о 12 год. 30 хв. на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.829.02 Національного університету фізичного виховання і спорту України (03150, м. Київ-150, вул. Фізкультури, 1).

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Національного університету фізичного виховання і спорту України (03150, м. Київ-150, вул. Фізкультури, 1).

Автореферат розісланий 20 листопада 2020 р.

Учений секретар
спеціалізованої вченої ради



О. В. Андрєєва

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

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 (А. Н. Косинец, В. В. Сиротко, 2006; И. Л. Шлыков и др., 2012).

Дані Центру медичної статистики щодо динаміки поширеності захворювань кістково-м'язової системи в Україні демонструють невтішну тенденцію до їх зростання (О. Я. Андрійчук, І. М. Григус, 2010). В структурі хвороб кістково-м'язової системи серед дорослого населення переважають деформуючі дорсопатії та артрози (С. М. Афанасьєв, 2018; И. Л. Шлыков и др., 2012). Суттєве соціально економічне значення відіграють професійні захворювання опорно-рухового апарату (В. С. Ткачишин, 2005). Серед дітей, відповідно до статистичних даних МОЗ України, захворювання ОРА займають третє місце після серцево-судинних й онкологічних захворювань (Н. Я. Жилка, 2007; Л. В. Серєда, Ю. О. Лянной, 2013).

У комплексі заходів, спрямованих на вирішення цієї проблеми, важливе місце посідає фізична терапія (А. М. Jette, 1997). Цей метод реабілітації є важливим для поліпшення якості життя пацієнтів з найпоширенішими діагнозами ортопедичного профілю (С. М. Афанасьєв, 2020; В. О. Малахов, 2016; І. В. Рой, 2017). 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 (К. R. Archer, 2007; R. C. Castillo, 2008; R. P. Di Fabio, 1998).

Особливості фізичної терапії дорослих та дітей із захворюваннями ОРА досить детально описані у роботах вітчизняних і закордонних учених (А. І. Альошина, 2018; В. О. Кашуба, 2014–2020; Л. В. Серєда, Ю. О. Лянной, 2013). Повідомляється про застосування широкого кола інтервенцій фізичної терапії при болю у шії (P. R. Blanpied, 2017; J. D. Childs, 2008); болю у колінах з порушеннями рухливості та ураженням хрящової тканини (D. S. Logerstedt, 2018; Q. I. Muaidi, 2007); пошкодженнях зв'язок (R. W. Wright, 2008) та патологіях сухожиль (R. L. Martin, 2018); болю у плечових суглобах, зокрема при адгезивному капсуліті (S. Arslan, R. V., Çeliker, 2001; Blanchard, 2010; M. J. Kelley, 2013); остеоартрозі кульшового суглоба (K. L. Bennell, 2014; M. T. Cibulka, 2017); болях у спині (M. G. Bystrom, 2013; R. Chou, 2017) та інших порушеннях ОРА. Розглядаються питання рівня доказовості ефективності фізичної терапії (R. Chou, 2007; A. Searle, 2015).

Проблема відновлення здоров'я пацієнтів з захворюваннями ОРА залишається актуальною. Потребують вирішення питання вдосконалення організаційного забезпечення реабілітаційного процесу, етапності здійснення реабілітаційних заходів (С. М. Афанасьєв, 2020; А. О. Голяченко, 2008; Е. В. Макарова, І. В. Васильєва, 2014) 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 (А. І. Альошина, 2017).

У дослідженнях (А. М. Герцик, 2016) 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 (А. М. Герцик, 2016).

Якість фізичної терапії та її ефективність при травмах та захворюваннях ОРА на всіх етапах її надання залежать від особливостей організації реабілітаційної допомоги, у тому числі й на амбулаторному етапі (С. М. Афанасьєв, 2018), а також організаційних та людських ресурсів, серед яких виділяють структуру лікувально-реабілітаційного закладу, кількість та кваліфікацію персоналу (А. М. Герцик, 2016).

Відомо, що фізична терапія в амбулаторних умовах характеризується використанням широкого набору засобів та методик, котрі варіюються залежно від типу патології та програми реабілітації (А. М. Jette, 1997). 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 (А. М. Герцик, 2018; О. Б. Лазарева, 2013; М. Т. Cibulka, 2017; М. J. Kelley, 2013).

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 (А. І. Альошина, 2019). 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. Матвеева; 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.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ

У **вступі** обґрунтована актуальність обраної теми; зазначений зв'язок з науковими планами, темами; визначені об'єкт, предмет, мета, завдання, методологія й методи досліджень; розкрита наукова новизна й практична значущість роботи; а також визначений особистий внесок здобувача в спільні публікації, представлена інформація про апробацію результатів і публікації з теми дисертаційної роботи.

Перший розділ дисертації «**Аналіз сучасних підходів до реабілітації осіб із порушеннями опорно-рухового апарату на амбулаторному етапі**» присвячений аналізу даних науково-методичної літератури, який показує, що за останнє десятиліття патології кістково-м'язової системи піднялися з четвертого на третє рангове місце у структурі первинного виходу дорослого населення на інвалідність (О. Я. Андрійчук, І. М. Григус, 2010; С. М. Афанасьєв, 2020; А. В. Іпатов, 2016). При цьому спостерігається стійке зростання первинної інвалідності як внаслідок травм опорно-рухового апарату, так і внаслідок захворювань кістково-м'язової системи (К. Pieber, 2014). 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.

Результати аналізу й узагальнення даних спеціальної літератури про особливості впливу ортопедичних порушень на рівень функціонування, діяльності, участі та якості життя людей наголошують на важливості застосування засобів фізичної терапії (М. Kinney, 2018). Відмічено, що відвідування амбулаторної реабілітаційної програми дозволяє поліпшити мобільність та / або фізичну працездатність (М. Auais et al., 2012); силу (P. R. Blanpied, 2017; S. Grusing, 2017; T. Driscoll et al., 2014), баланс (G. R. Jones et al., 2006; H. Sylliaas et al., 2012), емоційний стан, пов'язаний з падінням (К. Hauer et al., 2002); самооцінку фізичної функції або здоров'я (Е. Carmeli et al., 2006). Встановлено, що амбулаторна реабілітація знижує потребу в допоміжних засобах та залежність у повсякденній діяльності (N. A. Singh et al., 2012).

У той же час наявні дані про 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 (Є. Дешевий, М. Балаж, 2017; Е. Б. Лазарева, 2012–2020;

І. В. Рой, 2017). Результати оцінки ініційованого бюро ВООЗ в Україні у 2015 році показали невідповідність наявної у нашій державі реабілітаційної системи міжнародним стандартам. Чинній реабілітаційній галузі бракує комплексної системи оцінки потреб, міждисциплінарної роботи у наданні послуг та безпосередньої їх спрямованості на пацієнта (Л. Байда, 2013; В. Голік, 2018). Висока вартість якісних реабілітаційних послуг, низький рівень заробітної плати фахівців, нестача кваліфікованих кадрів, дефіцит відповідальності та низька якість послуг, відсутність структурних підрозділів відновного лікування на всіх етапах реабілітації в усіх регіонах України є негативними факторами розвитку та правильної організації системи реабілітації, що унеможлиблює доступність цієї галузі всім верствам населення (В. О. Малахов, 2016). Проблеми й особливості організації реабілітаційних, реабілітаційно-оздоровчих центрів у сучасних ринкових умовах, формування їх структури та взаємодії структурних елементів, впровадження міждисциплінарних чи трансдисциплінарних реабілітаційних програм залишаються поза увагою.

Таким чином, необхідність розробки змістовної та організаційної структури системи фізичної терапії осіб з ураженнями опорно-рухового апарату на амбулаторному етапі, з використанням адекватних підходів і можливістю індивідуалізації фізичної терапії тематичних пацієнтів, набуває особливої значущості.

Другий розділ дисертації «**Методи та організація дослідження**» містить опис методів дослідження та організаційних заходів, які застосовувалися для досягнення поставленої мети й завдань, обґрунтована доцільність їх використання, описані організація й контингент випробуваних. Були використані такі методи дослідження: аналіз спеціальної та науково-методичної літератури; контент-аналіз медичних карт та документації; МКФ; методика встановлення типів ставлення до хвороби; 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.

Дослідження проводилося в 4 етапи за період лютий 2013 – травень 2020 року. У дослідженні взяли участь 248 пацієнтів (середній вік склав $43,53 \pm 9,00$ ($\bar{x} \pm S$) 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.

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.

У третьому розділі **«Результати аналізу оцінки якості життя, обмежень у трудовій діяльності, терапевтичного альянсу та задоволеності осіб з ураженнями опорно-рухового апарату впродовж амбулаторної фізичної терапії»** представлено початкові результати та динаміку досліджуваних показників 113 пацієнтів, котрі проходили курс фізичної терапії у центрі «Феско» у 2013–2015 роках. Відповідно до результатів використання МКФ було визначено, що пацієнтів доцільно згрупувати за структурою, котра уражена. До Г1 увійшли 55 пацієнтів з такими 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 58 пацієнтів 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. Проте лише для пацієнтів групи Г1 характерним був код b770 – функції стереотипу ходьби.

Відповідно до літературних даних (Н. А. Калашников, 2015; А. Чернов, 2013), 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–.

Залежно від локалізації пошкодження ОРА та типу ставлення до хвороби виявлено ряд особливостей, які враховували для покращення системи фізичної терапії та збільшення її ефективності. 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), 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.

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. 1).

Таблиця 1

Статистичні відмінності в 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)**
	$\bar{x} \pm S$	48,9 \pm 14,03	63 \pm 8,26
Психічний статус	Me (25 %; 75 %)	44 (41,3; 47,1)	42,2 (39,1; 45,4)
	$\bar{x} \pm S$	44,3 \pm 3,35	42,3 \pm 3,84*
		Г1– (n = 27)	Г2– (n = 28)
Фізичне функціонування	$\bar{x} \pm S$	45,2 \pm 13,48	62,1 \pm 7,87**
Фізичний статус		38,1 \pm 6,71	42,6 \pm 5,77*
Психічний статус		34,8 \pm 2,95	32,7 \pm 3,29*

Примітки: * – різниця між показниками груп статистично значуща $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; для показників, котрі мали нормальний розподіл результатів, розраховували \bar{x} та S, а також значення Me (25 %; 75 %), при розподілі відмінному від нормального, розраховували медіану (Me), верхній і нижній квантілі (25 %; 75 %). Для оцінки динаміки значень показників на етапах застосовували непараметричні критерії

Так, за шкалою «фізичне функціонування» значення Me (25 %; 75 %) у Г1+ було нижчим, ніж у Г2+, а самі статистичні показники були такі: 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 \pm 3,35 бала та Г2+ 42,3 \pm 3,84 бала.

При порівнянні пацієнтів з нераціональними 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. Так, за шкалою «фізичне

функціонування» значення $\bar{x} \pm S$ у Г1– було нижчим, ніж у Г2–, а самі статистичні показники були такі: $45,2 \pm 13,48$ бала у Г1– та $62,1 \pm 7,87$ бала у Г2–.

Окрім того, група Г1– мала достовірно гірші показники загальної шкали «фізичний статус»: Г1– $38,1 \pm 6,71$ бала та Г2– $42,6 \pm 5,77$ бала. Аналогічно до висновків аналізу шкали «психічний статус» при порівнянні попередніх підгруп склалися висновки й у групах з нераціональними психотипами. Так, незважаючи на незначну різницю середніх значень (2,1 бала), група Г1– мала достовірно кращі показники загальної шкали «психічний статус»: Г1– $34,8 \pm 2,95$ бала та Г2– $32,7 \pm 3,29$ бала.

Водночас, кількість статистичних відмінностей за SF-36 між групами пацієнтів, розділених за локалізацією пошкодження, була меншою. Динаміка у групах з нераціональними відношенням до хвороби була гіршою у значній кількості показників, що не дозволило зрівняти рівень заключних показників з групами з раціональним відношенням до хвороби. Водночас, розглянуті результати порівняння динаміки між Г1+ та Г1– та між Г2+ та Г2– відображено на рис. 1, а саме результати віднімання значень показника Δx у Г1+ від Δx Г1– та Δx у Г2+ від Δx Г2–.

Відповідно до отриманих результатів (рис. 1) між групами з порушеннями ОРА 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».

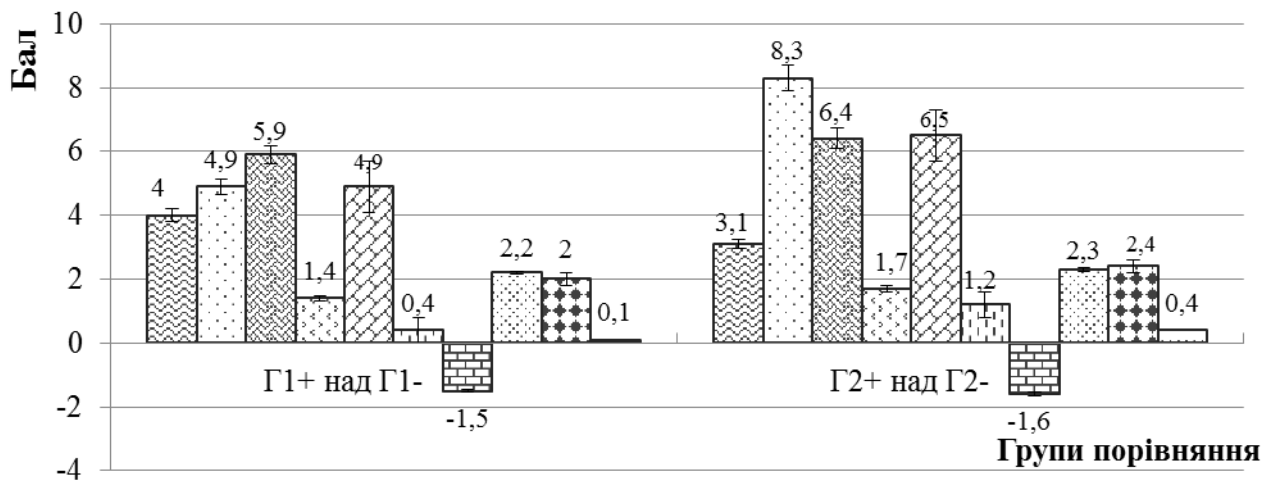


Рис. 1. Превалювання значень шкал опитувальника SF-36 груп пацієнтів з раціональними психотипами над нераціональними:

- ▣ - 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

Відповідно до отриманих результатів 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».

Отримані дані дозволяють стверджувати про наявність впливу типу ставлення до хвороби на динаміку якості життя серед пацієнтів з ураженнями опорно-рухового апарату.

Відзначимо, що всі показники опитувальника EQ-5D-5L достовірно покращилися впродовж стандартного курсу фізичної терапії ($p < 0,01$). Шкала «тривога/депресія», як і всі інші шкали, статистично покращилася в обох групах з порушеннями у нижній частині тіла ($p < 0,01$). Зменшення середніх значень шкали у Г1+ та Г1– відповідно слало 1,04 бала та 0,37 бала та було статистично більшим у Г1+ ($p < 0,01$). Таким чином, серед пацієнтів з раціональними психотипами динаміка була достовірно кращою. Разом з тим, між кінцевими результатами Me (25 %; 75 %) груп встановлено статистично значиму відмінність: 1 (1; 1) бал та 3 (3; 3) бали ($p < 0,01$).

Показники ВАШ-здоров'я опитувальника EQ-5D-5L достовірно збільшилися під час курсу ФТ у групах Г1+ та Г1– і становили відповідно 8,93 бала та 7,59 бала ($p < 0,01$). Водночас, між кінцевими результатами Me (25 %; 75 %) у групах Г1+ та Г1– за шкалою ВАШ встановлено статистично значиму відмінність, а самі показники склали відповідно 70 (65; 75) балів та 55 (50; 60) балів ($p < 0,01$).

Зазначимо, що всі показники опитувальника EQ-5D-5L серед пацієнтів груп з порушеннями у верхній частині тіла відповідно до раціональних (Г2+) та нераціональних (Г2–) психотипів достовірно покращилися впродовж стандартного курсу фізичної терапії ($p < 0,01$), крім шкали «мобільність». Найбільш значущі зміни спостерігалися у шкалах «біль/дискомфорт», «тривога/депресія» ВАШ-здоров'я опитувальника EQ-5D-5L. Серед пацієнтів з раціональними психотипами динаміка за шкалою «біль/дискомфорт» між кінцевими Me (25 %; 75 %) груп встановлена статистично значима відмінність: 2 (2; 2,5) бали у Г2+ та 3 (2; 3) бали у Г2– ($p < 0,05$).

Серед пацієнтів з раціональними психотипами Г2+ динаміка показників за шкалою «тривога/депресія» була достовірно кращою. Між Me (25 %; 75 %) груп встановлено статистично значиму відмінність: Г2+ 1 (1; 1) бал та Г2– 3 (2; 3) бали ($p < 0,01$). Під впливом курсу ФТ між кінцевими результатами Me (25 %; 75 %) у групах Г2+ та Г2– за шкалою ВАШ-здоров'я опитувальника EQ-5D-5L встановлено статистично значиму відмінність, а самі показники склали відповідно 75 (67,5; 80) балів та 60 (55; 70) балів ($p < 0,01$).

Формування терапевтичного альянсу, як за оцінкою пацієнтів, так і за оцінкою фахівців, було кращим у пацієнтів з раціональним відношенням до хвороби. Зокрема, вісім із дванадцяти пунктів опитувальника для пацієнтів, а також усі сумарні оцінки були кращими в групі з раціональних психотипів.

Сумарні оцінки пунктів «ціль» та «завдання» були достовірно кращими у пацієнтів з раціональними психотипами. Так, показники Me (25 %; 75 %) за пунктом

«ціль» становили 14 (12,75; 15) балів у Г+ та 12 (11; 14) балів серед пацієнтів Г- ($p < 0,01$), а за пунктом «завдання» 15 (13; 15) балів у Г+ та 12 (11; 15) балів серед пацієнтів групи Г- ($p < 0,01$). 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- ($p < 0,01$).

Задоволеність фізичною терапією також була ліпшою у майже половині доменів опитувальника в групі пацієнтів з раціональними психотипами. Сумарний показник задоволеності також підтвердив більш високий рівень у групі пацієнтів з раціональними психотипами.

Результати аналізу обмежень у трудовій діяльності показали, що обмеження фізичних можливостей негативно вплинуло на показники шкали «фізичні вимоги» опитувальника WLQ: Me (25 %; 75 %) у Г1 відмічався на рівні 58,3 (45,8; 70,8) %, а у Г2 – 50 (36,5; 58,3) %. Ця шкала віддзеркалює, скільки часу пацієнт був здатний виконувати певну діяльність без труднощів, викликаних проблемами з фізичним здоров'ям чи емоційними проблемами. Більш виразні порушення відмічені при ураженні нижньої частини тіла. Достовірна відмінність між Г+ та Г- виявлена за всіма шкалами, окрім шкал «фізичні вимоги», «розумові та міжособистісні вимоги». Проте, між кінцевими показниками Me (25 %; 75 %) груп Г1+ та Г1- та Г2+ та Г2- встановлено статистично значиму відмінність на користь групи з раціональними психотипами за всіма шкалами.

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-. Отримані відмінності за чотирма шкалами, що вплинуло на загальний результат задоволеності RTPSQ, який достовірно відрізнявся у Г+ та Г- ($p < 0,01$) при значеннях Me (25 %; 75 %) 76,3 (71,3; 81,3) % та 71,3 (65,0; 73,8) % відповідно. 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.

З метою визначення структури взаємозв'язків між отриманими показниками було здійснено кореляційний аналіз отриманих показників. Показник психотипу мав обернений кореляційний зв'язок зі шкалами «загальне здоров'я» ($\rho = -0,50$, $p < 0,01$), «життєздатність» ($\rho = -0,70$, $p < 0,01$), «роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності» ($\rho = -0,66$, $p < 0,01$), «психічне здоров'я» ($\rho = -0,85$, $p < 0,01$), «психічний статус» ($\rho = -0,83$, $p < 0,01$), ВАШ ($\rho = -0,49$, $p < 0,01$) за EQ-5D та прямий з «тривога/депресія» ($\rho = 0,64$, $p < 0,01$). У такий спосіб віддзеркалено вплив психотипів на показники якості життя та можна констатувати, що отримані результати дають підґрунтя для проведення розробки системи фізичної терапії осіб з ураженнями ОРА на амбулаторному етапі для поліпшення динаміки досліджуваних показників, особливо у пацієнтів з нераціональним відношенням до хвороби.

Розділ четвертий «Обґрунтування та розробка системи фізичної терапії для осіб з ураженнями опорно-рухового апарату на амбулаторному етапі» містить опис структурних компонентів системи фізичної терапії.

Першочерговим в організації системи надання послуг фізичної терапії є формування мети, оскільки від цього залежить схема управління, усвідомлення своєї ролі працівниками у роботі з пацієнтами та розподіл функцій між спеціалістами. З урахуванням особливостей сфери мета центру з надання послуг фізичної терапії має носити соціальний та морально-етичний компонент. Тому метою центру, котрий націлений на довгострокову успішну роботу, наявність постійних клієнтів в умовах сучасного ринку послуг фізичної терапії, буде отримання максимального прибутку впродовж довгострокового періоду за умови належної якості послуг з високою конкурентоспроможністю.

До ключових складових традиційної 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 засоби фізичного впливу та періодичність тренувань, окреслює застереження та обмеження до виконання;
- фізичного терапевта / фахівця з фізичної реабілітації, котрий виконує призначене лікарем та корегує програму у межах своєї компетентності;
- пацієнта.

До недоліків цієї системи можна віднести:

- відсутність у фізичного терапевта інформації щодо цілісної картини стану пацієнта;
- нехтування можливостями до оперативного корегування програми;
- використання стандартних заходів впливу (в межах вподобань фізичного терапевта) з невеликими модифікаціями;
- достатньо великий арсенал «модних», але недоказово ефективних нефізичних вправ та технік, що використовуються у фізичній терапії;
- низька мотивація фізичних терапевтів;
- відсутність достатнього контролю за якістю послуг;
- власник (керівник) зазвичай не має жодного відношення до фізичної терапії.

Принципові недоліки традиційної структури управління полягають у тому, що:

– 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.

У впровадженій системі фізичної терапії корисний результат хоч і буде різний для її складових, проте залежність їх одна від одної буде ставитися на перший план. Зокрема, для керівників закладів, котрі займаються наданням послуг фізичної терапії, корисним результатом є прибуток, котрий залежить від якості послуг та збільшення кількості пацієнтів, формування позитивних відгуків про заклад та спеціалістів, підвищення конкурентоспроможності, формування можливостей для зростання працівників як спеціалістів, використання сучасних науково-доказових заходів фізичної терапії, розширення закладу та спектру послуг.

Окрім того, у сформованій системі фізичний терапевт бере активну участь у обстеженні пацієнта, встановленні мети, розробці та корекції програми фізичної терапії, що є одним з важелів підвищення значимості, мотивації та збагачення праці. Роль фізичного терапевта, його вмій та навичок, досвіду та творчого підходу зростає. Зворотній зв'язок забезпечується у більш повній мірі за рахунок встановлення мети та цілей для кожного пацієнта членами мультидисциплінарної команди (рис. 2), використання оперативних та етапних методів оцінки (загальних, специфічних для патології, а також оцінки задоволеності пацієнта).

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.

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.

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.

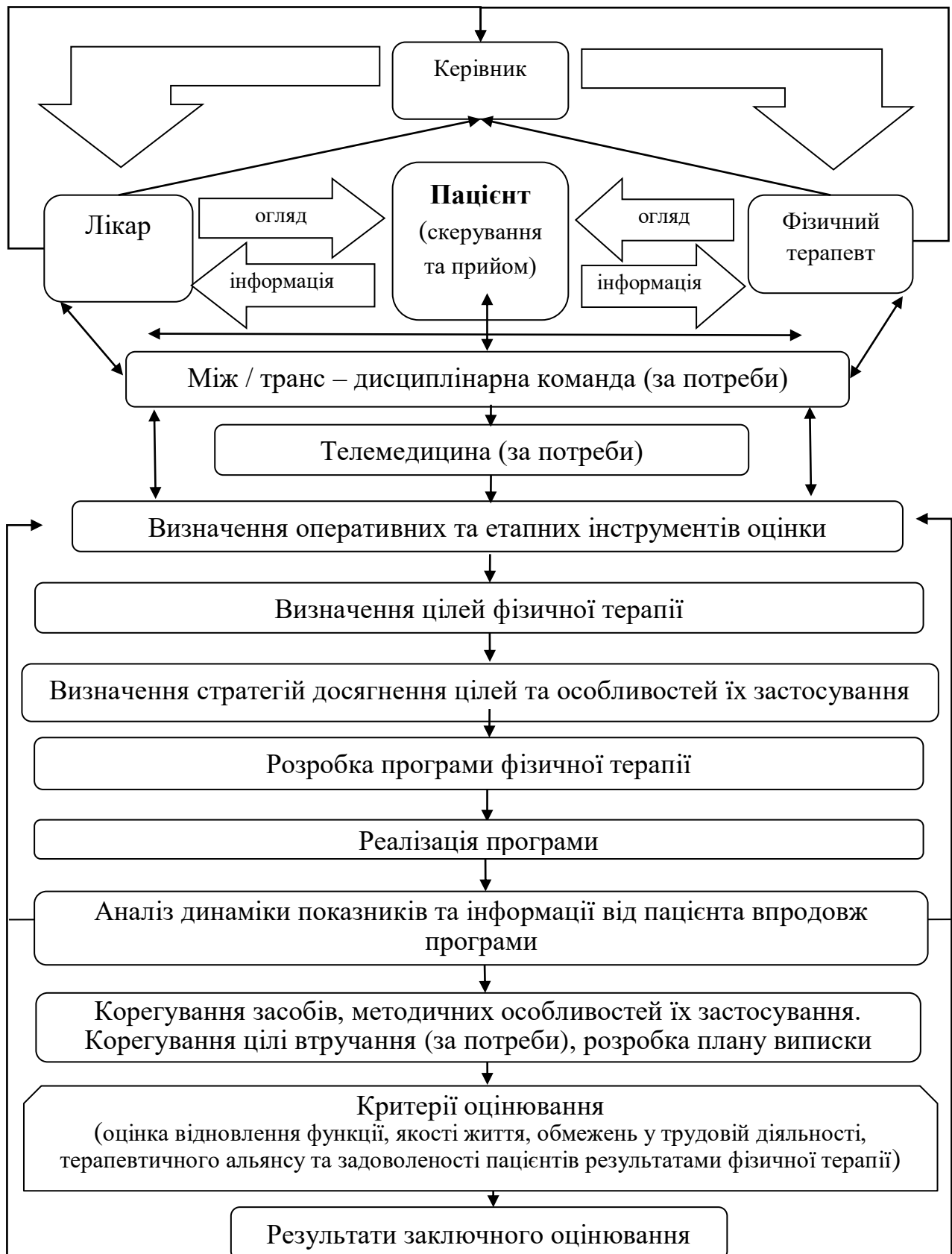


Рис. 2. Впроваджена система фізичної терапії осіб з ураженнями опорно-рухового апарату на амбулаторному етапі

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 випуски. 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.

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 підбрані валідні та чуттєві інструменти обстеження, які обиралися на засадах використання науково обґрунтованих клінічних настанов за нозологіями та дозволяли оцінити зміни при досягненні короточасних та довготривалих цілей.

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 залежать від наявності працівників з високою кваліфікацією та вміння спонукати їх до високої продуктивності праці шляхом мотивації та удосконалення її методів. За це відповідає однойменна функція менеджменту «мотивація».

Використання адекватних меті закладу методів менеджменту (рис. 3) сприяло виникненню ряду позитивних змін у діяльності колективу фізичних терапевтів. Окрім того, для процесу фізичної терапії додатковий вплив цих методів буде спрямований і на пацієнта, а саме підвищенням якості послуг.

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. У колективі центру з надання послуг фізичної терапії, як і на будь-якому підприємстві, існують усі різні типи працівників, і

обрання однієї концепції мотивації основною визначалося більшою частиною працівників певного типу в колективі.

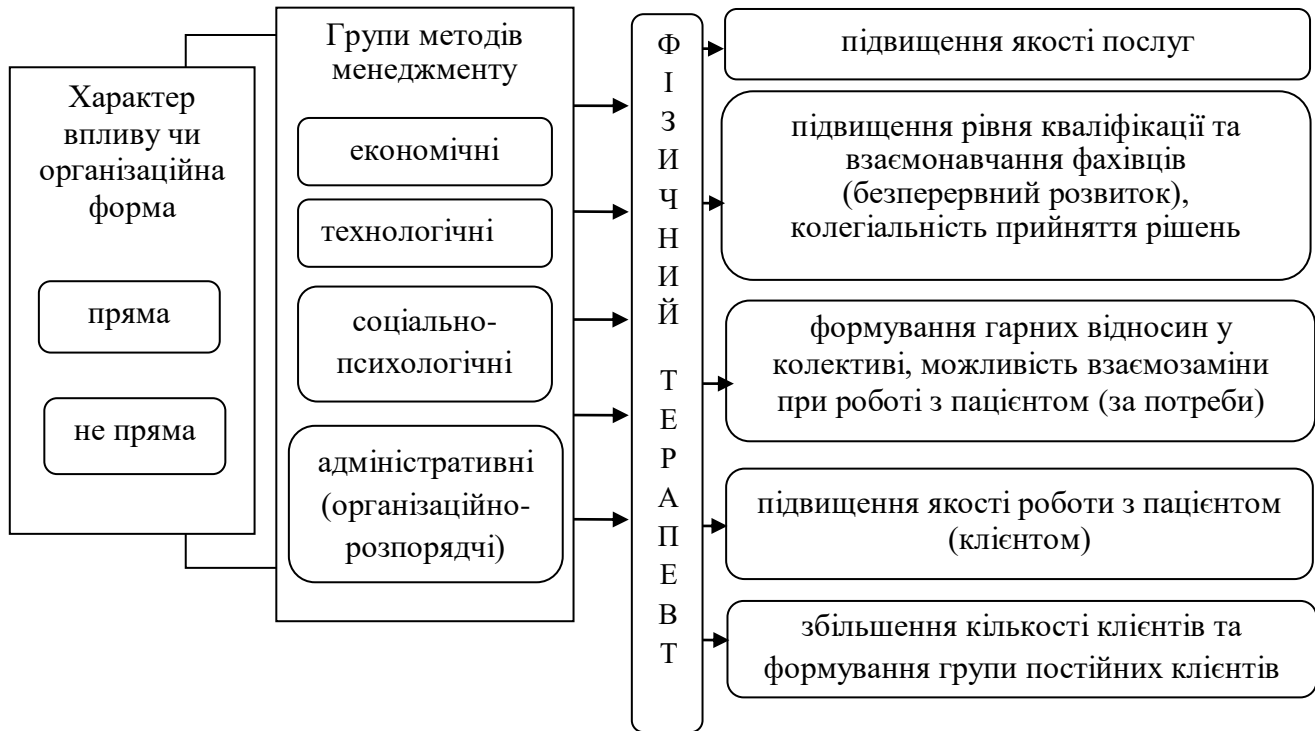


Рис. 3. Вплив методів менеджменту на діяльність фізичного терапевта

Також варто зазначити, що мотивація має базуватися на таких вимогах, як: надання рівних можливостей щодо зайнятості і службового просування; можливість творчої реалізації працівника; підтримка в колективі атмосфери довіри.

Враховуючи наявні теорії мотивації, у рамках центру з надання послуг фізичної терапії було виділено економічні та неекономічні мотиваційні чинники. Зокрема, з економічних використовували відрядну та погодинну оплату праці, наявність преміювання за виконання найбільшої кількості процедур чи перевиконання плану, оплату навчання, додаткові виплати за відсутність невиходів на роботу, за придбання курсу реабілітаційних послуг клієнтом чи активну участь у формуванні бажання пацієнта перейти на профілактичне та оздоровче застосування занять з фізичної терапії після досягнення поставлених раніше цілей (рис. 4).

З неекономічних використовували заходи щодо збагачення праці, просування за службою, формування зручного чи гнучкого графіку роботи, відчуття успішності у працівників (наприклад, на основі визнання ефективності роботи з пацієнтом і схвалення результатів праці), наявності 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.



Рис. 4. Неекономічні та економічні мотиваційні чинники для фахівців центру фізичної терапії

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. 5). Керівниками відстежувалося безумовне дотримання обраної моделі управління діяльності фізичного терапевта.

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.

Повноцінність контакту з пацієнтом визначається істинним розумінням його хвороби як індивідуальної реакції на ситуацію, яка негативно впливає на здоров'я та якість життя. Взаєморозуміння та комунікація фізичного терапевта з пацієнтами є дуже важливими факторами, що впливають на результативність роботи.



Рис. 5. Блок-схема управління діяльністю фізичного терапевта

За достатнього рівня комунікації довіра пацієнта до фахівця зростає, а з часом формується особливий вид взаємодії та відносин – терапевтичний альянс. Тому в керуванні взаємовідносинами між фахівцем, що надає послугу і працює з пацієнтом, та самим пацієнтом, окрім дотримання правил і норм професійної етики та деонтології, важливим було знання історичних парадигм у відносинах «фізичний терапевт – пацієнт», їх змін та особливостей застосування, знання психотипів пацієнтів та особливостей їх ставлення до хвороби, а також вміння мотивувати пацієнта працювати над собою. Були використані психотипи за шкалою типу реакції на хворобу ТОБОЛ (Л. И. Вассерман, 1987): гармонійний, ергопатичний, анозогностичний, іпохондричний, тривожний, неврастенічний, меланхолійний, сенситивний, паранойяльний, дисфоричний типи ставлення до хвороби (табл. 2).

Враховуючи такий широкий спектр представлених особливостей пацієнтів та можливість їх поєднань, актуалізуються роль психології встановлення контакту з пацієнтом при первинній консультації, технік психологічного приєднання і ведення, аналіз і виявлення потреб пацієнта, основ активного слухання і задавання 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 пацієнтам з захворюваннями та пошкодженнями ОРА.

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
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.

Підбір для пацієнта правильного типу керування та відносин, фахівця з рядом відповідних індивідуальних якостей, а також врахування суб'єктивних відчуттів при застосуванні засобів та проведенні процедур фізичної терапії, спрямоване на підвищення ефективності програми фізичної терапії, зниження ймовірності її завчасного завершення з ініціативи пацієнта, підвищення рівня задоволеності пацієнта послугами, покращення якості життя.

Для покращення менеджменту у цих відносинах та рівня взаємодії з пацієнтом у нашому центрі проводилися теоретичні заняття для фахівців для кращого і комплексного розуміння особистості пацієнта, його потреб, особливостей сприйняття інформації пацієнтами та вивчення теорій керування мотивацією пацієнта, принципів спілкування. 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.

П'ятий розділ **«Ефективність впливу впровадженої системи фізичної терапії на показники відновлення осіб з ураженнями опорно-рухового апарату на амбулаторному етапі»** присвячено аналізу відмінності досліджуваних показників у групах пацієнтів, що дало змогу оцінити ефективність впливу впроваджених змін у змістовну (визначення і використання індивідуально підібраних заходів з сучасних науково обґрунтованих клінічних настанов та протоколів за нозологіями і типом реакції на хворобу) та організаційну структуру (дотримання складових діяльності фізичного терапевта, заповнення документації, співпраця в міждисциплінарній команді, використання телемедицини) системи фізичної терапії осіб з ураженнями опорно-рухового апарату на амбулаторному етапі.

Впродовж 2016–2018 років у центрі «Феско» з урахуванням представлених у четвертому розділі змін пройшли курс фізичної терапії більше 650 пацієнтів. Проте для оцінки ефективності розробленої системи фізичної терапії 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 в групах.

Серед пацієнтів 2016–2018 років групування проводилося аналогічним чином до того, котре застосовувалося для пацієнтів 2013–2015 років. Пацієнти груп 2016–2018 років позначалися позначкою М (модифікована програма). У такий спосіб пацієнти з порушеннями у попереку та нижніх кінцівках увійшли до М1+ та М1– («+» – психотипи з раціональним ставленням до хвороби), а пацієнти з порушеннями у верхній частині тіла – до М2+ та М2–. Так, 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, і до М2– потрапило також 32 пацієнти. Статистичних відмінностей між чотирма групами (групування з урахуванням одночасно двох факторів) 2013–2015 та 2016–2018 років не спостерігалось при порівнянні відповідних груп, наприклад, Г1+ та М1+, що дає змогу провести порівняльний аналіз динаміки в групах 2013–2015 та 2016–2018 років.

Відзначимо, що всі показники опитувальника SF-36 достовірно покращилися в 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 порівняно з результатами аналогічних груп 2013–2015 років, що підтверджує ефективність впроваджених змін у зміст програми та в управління

системи у різних ланках. Між кінцевими результатами Me (25 %; 75 %) в групах за шкалою «біль» встановлено статистично значиму відмінність ($p < 0,01$) між показниками в групах Г1+ 60 (60; 72) балів та М1+ 74 (70; 74) бали. Приріст середніх значень шкали «біль» у Г2+ та М2+ відповідно склав 29 балів та 38,3 бала. Таким чином, різниця у прирості склала 9,3 бала, 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 %) в групах за шкалою «біль» встановлено статистично значиму відмінність ($p < 0,01$). Різниця середніх значень заключних результатів Г2+ та М2+ склала 8,3 бала.

У динаміці шкали «життєздатність» встановлені статистично достовірні покращення в обох групах Г1+ та М1+ ($p < 0,01$), а між заключними результатами Me (25 %; 75 %) отримано статистично значиму відмінність ($p < 0,01$), відповідно 55 (50; 60) балів та 70 (65; 73,8) балів. 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 рази більше від приросту у Г2+. Водночас, між заключними результатами Me (25 %; 75 %) в групах встановлено статистично значиму відмінність, а самі показники склали відповідно 66,7 (33,3; 66,7) бала та 66,7 (66,7; 66,7) бала ($p < 0,01$). Різниця середніх значень заключних результатів Г2+ та М2+ склала 15,4 бала.

Особливості динаміки шкали «біль» у пацієнтів із нераціональними психотипами виявилися у тому, що приріст середніх значень шкали у Г2– та М2– відповідно склав 22,6 бала та 35,8 бала. Таким чином, різниця у прирості склала 13,2 бала, що становить 58,4 % від приросту у Г2–. Між заключними результатами Me (25 %; 75 %) в групах за шкалою «біль» встановлено статистично значиму відмінність ($p < 0,01$). Різниця середніх значень заключних результатів Г2– та М2– склала 12,8 бала. Показники шкали «роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності» були найбільш виражені у пацієнтів із нераціональними психотипами. Збільшення середніх значень шкали у Г2– та М2– відповідно становило 8,3 бала та 40,6 бала. 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 %) в групах встановлено статистично значиму відмінність, а самі показники склали відповідно 33,3 (8,3; 33,3) бала та 66,7 (33,3; 66,7) бала ($p < 0,01$). Отже, можна говорити про переваги розробленої системи фізичної терапії за результатами опитувальника SF-36. Відзначимо, що всі показники опитувальника EQ-5D-5L достовірно покращилися в групах пацієнтів 2016–2018 років впродовж курсу фізичної терапії, проведеного відповідно до розробленої програми та впроваджених змін у систему фізичної терапії ($p < 0,01$) (табл. 3).

Показники якості життя за EQ-5D-5L при повторному анкетуванні пацієнтів, які залучалися до програм фізичної терапії у 2013-2015 (Г1-) та 2016-2018 (М1-) роках з нераціональними психотипами, бали

Показники якості життя	Пацієнти з порушеннями у верхній частині тіла			Пацієнти з порушеннями у нижній частині тіла		
	Групи	Me (25 %; 75 %)	Δx	Групи	Me (25 %; 75 %)	Δx
Мобільність	Г2-	1 (1; 1)	-0,04	Г1-	3 (2; 3)	-0,63
	М2-	1 (1; 1)	-0,03	М1-	2 (1,25; 3)*	-1,09
Догляд за собою	Г2-	2,5 (2; 3)	-0,64	Г1-	3 (2; 3)	-0,52
	М2-	2 (1; 2,75)*	-1,31	М1-	2 (1; 3)*	-1,13
Звична повсякденна діяльність	Г2-	2 (2; 3)	-0,61	Г1-	3 (2; 3)	-0,48
	М2-	1 (1; 2)*	-1,34	М1-	2 (1; 2,75)*	-1,03
Біль/дискомфорт	Г2-	3 (2; 3)	-0,64	Г1-	3 (2; 4)	-1,07
	М2-	1 (1; 2)*	-1,56	М1-	2 (2; 3)*	-1,66
Тривога/депресія	Г2-	3 (2; 3)	-0,50	Г1-	3 (3; 3)	-0,37
	М2-	2 (1,3; 2)*	-1,19	М1-	2,5 (2; 3)*	-0,81
ВАШ	Г2-	60 (55; 70)	8,21	Г1-	55 (50; 60)	7,59
	М2-	75 (70; 78,8)*	19,53		65 (60; 70)*	19,06

Примітка: * – різниця між показниками груп статистично значуща на момент заключного обстеження $p < 0,01$; Δx – різниця між середніми значеннями впродовж курсу фізичної терапії

Водночас, більшість показників у групах 2016-2018 років мали кращу динаміку, що підтверджує ефективність впроваджених змін у зміст програми та в управління системи у різних ланках. Найбільш виразні зміни отримані в групах пацієнтів з нераціональним ставленням до хвороби

Зокрема, шкала «мобільність» статистично покращилася в обох групах Г1- та М1- ($p < 0,01$). Зниження середніх значень шкали відповідно склало: 3 (2; 3) бали у Г1- та 2 (1,25; 3) бали у М1- з перевагою у модифікованій програмі ($p < 0,01$).

За результатами проведеного статистичного аналізу, динаміка ВАШ-здоров'я опитувальника EQ-5D-5L була достовірною, в групах Г1- та М1- та Г2- та М2- ($p < 0,01$). Показники значень шкали у Г1- та М1- відповідно становили 55 (50; 60) балів та 65 (60; 70) балів ($p < 0,01$), а в групах Г2- та М2- відповідно 60 (55; 70) балів та 75 (70; 78,8) балів ($p < 0,01$).

Усі показники опитувальника WLQ достовірно покращилися в групах пацієнтів 2016-2018 років впродовж курсу фізичної терапії, проведеного відповідно до розробленої програми та впроваджених змін у систему фізичної терапії ($p < 0,01$). Окрім того, значна кількість кінцевих показників груп 2016-2018 років також була кращою порівняно з результатами аналогічних груп 2013-2015 років.

Так, у результаті порівняння кінцевих результатів М1+ з М1- було встановлено статистичну відмінність за шкалою «фізичні вимоги» ($p < 0,01$), чого не було при порівнянні початкових значень. У результаті порівняння кінцевих результатів М2+ з М2- не було встановлено відмінностей за шкалами «управління часом», «вимоги до виробництва», хоча вони спостерігалися при аналізі первинних результатів та залишилися при порівнянні кінцевих результатів Г2+ з Г2-. Це

свідчить про переваги розробленої програми для пацієнтів з нераціональним відношенням до хвороби щодо впливу на динаміку цих шкал.

При порівнянні заключних результатів M1– 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 спостерігалось при порівнянні Г1– з Г1+, тобто група M1– досягла однакового рівня з Г1+ на кінець програми фізичної терапії. Такі ж показники спостерігаються в групах M2– з Г2+ за шкалами «управління часом», «вимоги до виробництва» ($p < 0,05$) на користь M2–, а шкали «фізичні вимоги», WLQ Index Score та WLQ At-WPLS не мали статистичних відмінностей. У такий спосіб додатково підтверджується краща ефективність модифікованої програми та заходів щодо покращення управління процесом фізичної терапії пацієнтів з ортопедичними порушенням з нераціональним відношенням до хвороби.

Враховуючи, що при порівнянні груп M1+ з M2+ та M1– з M2– 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 M+ та Г– з M–. Водночас, проведено порівняння M+ з M– (рис. 6).

У результаті порівняння результатів M+ з M– 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 з боку фізичного терапевта, навіть коли пацієнт робить те, чого не схвалює фізичний терапевт) ($p < 0,05$); 10 (відчуття пацієнтом того, що робота у фізичній терапії допоможе досягти тих змін, яких 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.

Найбільші переваги встановлені за другим та четвертим пунктами опитувальника (рис. 6). Другий 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 M+ 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. Четвертий пункт опитувальника оцінює співпрацю між фізичним терапевтом та пацієнтом над встановленням цілей терапії. Так, у M+ 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 в обстеженні пацієнта, формуванні цілей та змісту програми.

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 Ме (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 терапевта в обстеженні пацієнта, запровадження оцінки навколишнього середовища та аналізу активності й участі з метою забезпечення кращої динаміки болю, фізичного та соціального функціонування. Пацієнти з нераціональним ставленням до хвороби, котрі брали участь у програмі, що була реалізована за розробленою системою фізичної терапії, краще оцінили формування терапевтичного альянсу в більшості пунктів порівняно з аналогічними пацієнтами стандартної системи (рис. 6).

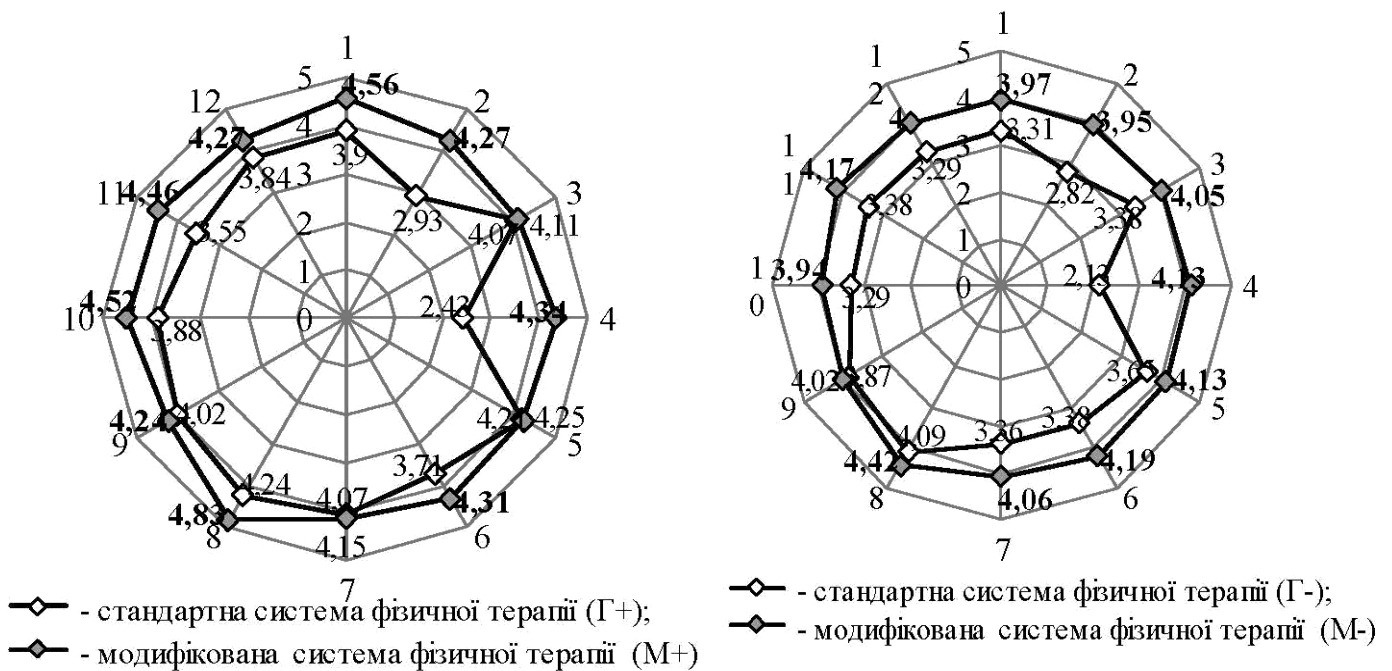


Рис. 6. Середньостатистичні показники пунктів оцінки терапевтичного альянсу на думку пацієнтів з раціональним та нераціональним ставленням до хвороби: 1 – розуміння пацієнтом того, як він може змінитися у результаті занять; 2 – нові способи розгляду проблеми пацієнта; 3 – емпатія з боку фізичного терапевта до пацієнта; 4 – співпраця між фізичним терапевтом та пацієнтом над встановленням цілей терапії; 5 – рівень взаємної поваги між пацієнтом та фізичним терапевтом; 6 – оцінка спільної праці; 7 – відчуття у пацієнта того, що його цінує фізичний терапевт; 8 – спільне погодження про необхідність працювати над собою; 9 – пацієнт відчуває піклування про себе з боку фізичного терапевта, навіть коли пацієнт робить те, чого не схвалює фізичний терапевт; 10 – відчуття пацієнтом того, що робота у фізичній терапії допоможе досягти тих змін, яких він хоче; 11 – рівень встановлення фізичним терапевтом та пацієнтом гарного розуміння тих змін, які були б корисними для пацієнта; 12 – оцінка частоти виникнення думки у пацієнта, що спосіб роботи з його проблемою правильний

Найбільш виразні зміни відбулися також у пункті чотири. 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 бали. Це відображає ефективність заходів щодо підвищення участі фізичного терапевта в обстеженні пацієнта, формуванні цілей та змісту програми.

Слід відмітити, що при порівнянні результатів опитувальника оцінки терапевтичного альянсу (форма для пацієнтів) в групах Г+ з М- було встановлено, що результати були однаковими в групах або кращими у М-. Це підтверджує вищу ефективність модифікованої програми та заходів щодо управління процесом фізичної терапії, оскільки статистичні відмінності між Г+ з Г- підтверджували лише переваги Г+. 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-. Пацієнти з нераціональним ставленням до хвороби загалом були більше задоволені розробленою системою фізичної терапії (рис. 7).



Рис. 7. Середньостатистичні показники шкал задоволеності фізичною терапією серед пацієнтів з нераціональним ставленням до хвороби: \diamond - стандартна система фізичної терапії (Г-);

Порівняння загального показника опитувальника RTPSQ 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.

Переваги, котрі були значимими, у отриманих результатах задоволеності фізичною терапією серед М+ порівняно з Г+ представлені на рис. 8.

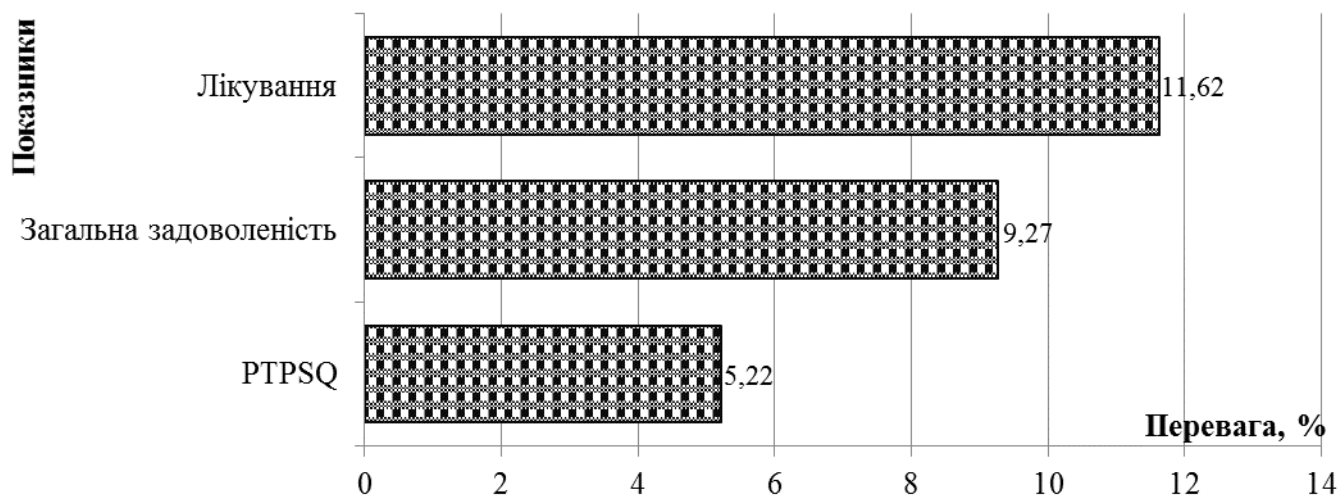


Рис. 8. Показники значущих різниць між результатами груп М+ та Г+ у шкалах задоволеності фізичною терапією

Відповідно до отриманих результатів, найвагоміші відмінності відзначено за показниками шкал «лікування» та «загальна задоволеність». Показники, котрі не відображені на рис. 8, не мали достовірних відмінностей між групами М+ та Г+.

Ці результати підтвердили переваги розробленої системи фізичної терапії загалом та особливі переваги для пацієнтів з нераціональним відношенням до хвороби.

У шостому розділі «Аналіз і узагальнення результатів дослідження» охарактеризована повнота отриманих результатів і показано, що розроблена система фізичної терапії може застосовуватися в спеціалізованих відділеннях, реабілітаційних і фітнес-центрах. У ході роботи отримано три групи даних: підтверджувальні, доповнювальні і абсолютно нові результати з проблеми дослідження. Підтверджено результати досліджень, котрі вказують на зниження показників якості життя у осіб з ураженнями опорно-рухового апарату більше, ніж середні значення популяції (Auaïs et al., 2012; H. S. Picavet, 2004; C. H. Roux, 2005). Водночас результати пацієнтів з м'язово-скелетними порушеннями, котрі представлені у роботі С. Н. Roux, значно кращі, ніж результати здорового населення в Україні (Ю. І. Фещенко, 2002; В. І. Шевчук, 2018). Підтверджено результати досліджень, котрі вказують на підвищення обмежень у трудовій діяльності серед осіб з ураженнями опорно-рухового апарату (U. Bültmann, 2013; R. Escorpizo, 2009; J. J. Keysor, 2018; A. C. Santos, 2011; N. Walker, 2005) та про економічну ефективність застосування фізичної терапії (О. В. Зибарева, 2010; N. Kennedy, 2007; R. M. Schein, 2011). Підтверджено дані про вплив типу ставлення до хвороби та

терапевтичного альянсу на результативність фізичної терапії (Н. Г. Пшук, 2012; Г. Ю. Васильєва, 2010).

Доповнювальними є дані про: вплив певних факторів на формування терапевтичного альянсу (Н. А. Калашников, 2015; М. Kinney, 2018), зміну системи управління процесом фізичної терапії (О. В. Бісмак, 2015; А. М. Герцик, 2016; А. О. Голяченко, 2008; Н. В. Заварова, 2012) у пацієнтів з ортопедичними порушеннями, а також дані багатьох авторів, що характеризують особливості застосування засобів і методів фізичної терапії тематичних пацієнтів (С. М. Афанасьєв, 2018; В. О. Кашуба, 2019; О. А. Ключ, 2018; В. В. Кормилцев, 2014; Е. Б. Лазарева, 2020; К. L Bennell, 2014; R. Chou, 2017); зниження показників якості життя та збільшення обмежень у трудовій діяльності в осіб з ураженнями опорно-рухового апарату (А. І. Альошина, 2017; W. Y Kwok, 2011; H. S. Picavet, 2004; A. C. Santos, 2011), про вплив типу ставлення до хвороби на результативність фізичної терапії та на психологічну та соціальну складові якості життя, про формування терапевтичного альянсу між пацієнтами та фізичними терапевтами (А. М. Герцик, 2016; Є. Н. Приступа, А. С. Вовканич, 2011; R. Chou, 2007; P. N. Ferreira, 2013) та про вплив факторів його формування на задоволеність пацієнтів фізичною терапією загалом та опорно-рухового апарату зокрема. Розширені теоретичні уявлення щодо перспективності і доцільності застосування методів менеджменту та мотивування у керуючих впливах на ланках системи «керівник – фізичний терапевт» та «фізичний терапевт – пацієнт» (А. М. Герцик, 2016; О. Яремчук, 2018; P. R. Blanpied, 2017) та міждисциплінарності (S. J. Kamper, 2014).

Отримано нові дані про: рівень обмежень у трудовій діяльності (за даними Work Limitations Questionnaire) серед осіб з порушеннями ортопедичного профілю, котрі проживають в Україні та відповідали критеріям включення у дослідження; рівень формування терапевтичного альянсу між пацієнтами та фізичними терапевтами та рівень задоволеності фізичною терапією серед осіб з порушеннями ортопедичного профілю, котрі проходили амбулаторну фізичну терапію; вплив типу ставлення пацієнта до хвороби на рівень його оцінки терапевтичного альянсу та на рівень оцінки фахівця.

У роботі вперше розроблено та науково обґрунтовано систему амбулаторної фізичної терапії осіб з ураженнями опорно-рухового апарату на рівні амбулаторного центру з урахуванням біопсихосоціальної моделі та основних положень та концепцій МКФ; розроблено структуру управління процесом фізичної терапії осіб з ортопедичними порушеннями на різних його ланках, із застосуванням основних складових діяльності фізичного терапевта: огляду, реабілітаційного обстеження та тестування основних функціональних можливостей пацієнта; обробки інформації; 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; визначені основні положення формування терапевтичного альянсу між пацієнтом та фізичним терапевтом та складові задоволеності процесом відновлення особами з ураженнями опорно-рухового апарату; розроблено структуру залучення членів міждисциплінарної команди до співпраці із застосуванням можливостей телемедицини з метою визначення цілей, супроводу та контролю процесу відновлення осіб з ураженнями опорно-рухового апарату на рівні амбулаторного центру.

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 осіб 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 $47,1 \pm 13,77$ бала, показники Me (25 %; 75 %) становили 40 (35; 60) балів; а в групі з порушеннями у нижній частині тіла – $62,6 \pm 8,02$ 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» ($45,9 \pm 16,31$ бала у пацієнтів з раціональними типами ставлення до хвороби проти $17,6 \pm 16,79$ бала у пацієнтів з нераціональними ($p < 0,01$)), «психічне здоров'я» (відповідно $59,1 \pm 5,62$ бала проти $41,4 \pm 5,42$ бала ($p < 0,01$)), «загальне здоров'я» (відповідно $64,8 \pm 10,55$ бала проти $53,7 \pm 9,92$ 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 кращими 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 RTPSQ також був кращим у групі пацієнтів з раціональним ставленням до хвороби і склав $76,19 \pm 5,88$ %, а в групі з нераціональними – та $69,59 \pm 5,69$ % відповідно ($p < 0,01$). Встановлені результати стали основою для проведення аналізу структури системи фізичної терапії на рівні закладу та її модифікації, зміни змісту програми 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 (M+ та M1–) 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 (M1–) 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 (M2– 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 M1– та Г1+ за шкалами «біль» за обома опитувальниками якості життя ($p < 0,05$); у парі M2– 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, залучених 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 RTPSQ (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 ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ***Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації***

1. Федоренко С, Лазарева 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, Лазарева 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, Лазарева 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, Лазарева 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, Лазарева 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. Внесок співавторів – в обробці матеріалів дослідження, оформленні публікації.*

9. Федоренко С, Балаж М, Вітомський В, Лазарева 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, Лазарева 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. Внесок співавторів – в обробці матеріалів дослідження, оформленні публікації.*

11. Федоренко СМ, Вітомський ВВ, Лазарева 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.*

Внесок співавторів – в обробці матеріалів дослідження, оформленні публікації.

13. Fedorenko SM, Vitomskiy 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, Лазарева 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, Лазарева 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):108-117. Фахове видання України. *Особистим внеском здобувача є постановка мети і завдань, проведення досліджень.*

16. Федоренко С, Лазарева 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. Андреева 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, Vitomskiy 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, Лазарева 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, Лазарева 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. 92-4. *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.*

АНОТАЦІЇ

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

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

У дисертації розроблено та науково обґрунтовано систему фізичної терапії осіб з ураженнями опорно-рухового апарату на амбулаторному рівні з урахуванням біопсихосоціальної моделі та основних положень МКФ. Розроблено процедуру залучення членів міждисциплінарної команди до співпраці із застосуванням можливостей телемедицини. У роботі визначено структуру управління процесом

фізичної терапії, впроваджені основні складові діяльності фізичного терапевта та формування терапевтичного альянсу між ним і пацієнтом. Доказана ефективність впливу впроваджених змін у змістовну та організаційну структуру системи фізичної терапії осіб з ураженнями опорно-рухового апарату на амбулаторному етапі.

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

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 dissertation substantiates theoretical scientific guidelines on determining the content and organization of physical therapy, which in aggregate solve an important scientific problem of restoring quality of life of persons with musculoskeletal disorders at the outpatient stage, as well as have practical value.

The research involves application of the following methods: the analysis of specialized, scientific and methodological literature; content analysis of medical records and documents; ICF; methods of determining types of attitude to the disease; methods of assessing quality of life (Health Status Survey SF-36 and EQ-5D-5L questionnaires); Work Limitations Questionnaire (WLQ); Therapeutic Alliance Assessment Questionnaire; Physical Therapy Patient Satisfaction Questionnaire; methods of mathematical statistics.

The research provided scientific substantiation and development of organizational and methodological principles of physical therapy system for patients with musculoskeletal disorders at the outpatient stage, taking into account biopsychosocial model and major ICF provisions; developed 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 of rehabilitation measures, application of physical therapy strategies, methods, means and techniques, aimed at prevention of complications, health improvement, restoration of patient's motor functions and reduction of work limitations.

The research outlined components of satisfaction with the process of recovery of the persons with musculoskeletal disorders, developed 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. The research developed the procedure for involving members of the interdisciplinary team in cooperation, with the use of telemedicine in order to determine the goals, support and control the process of recovery of persons with musculoskeletal disorders in outpatient rehabilitation centers.

During the development of the system, the research found that management of the personnel providing physical therapy services plays a crucial role in improving the quality of services and, consequently, enhancing the dynamic of patient's condition. Measures were taken to increase motivation of patients and physical therapists, improve physical therapy system management, and enhance service quality and patient's satisfaction. Staff management widely used methods of direct, indirect, material, authoritative and moral influences. Key provisions of the theories of motivation and interpreting types of needs and motives were applied to achieve full use of motivational potential of a physical therapist as a managerial element, which included economic and non-economic motivating factors in particular. 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.

Implementation of the developed system of outpatient physical therapy of patients with musculoskeletal disorders in outpatient rehabilitation institutions helped to improve the dynamic of patient's quality of life indicators, work limitations, formation of therapeutic alliance during an outpatient physical therapy in patients with musculoskeletal disorders, as well as to increase physical therapy satisfaction. The developed set of measures to improve physical therapy system can be used at specialized rehabilitation centers, sanatoriums, fitness centers.

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

Підписано до друку 17.11.2020 р. Зам. № 1154.
Формат 60x84 1/16. Папір офсетний. Друк – цифровий.
Наклад 100 прим. Ум. друк. арк. 1,9.
Друк ЦП «КОМПРИНТ». Свідоцтво ДК № 4131 від 04.08.2011 р.
м. Київ, вул. Предславинська, 28
095-941-84-99, 067-209-54-30
email: komprint@ukr.net