

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ З МІОФАСЦІАЛЬНИМ БОЛЬОВИМ СИНДРОМОМ

У статті розглядається проведене соціологічне дослідження по вивченню якості життя у 180 пацієнтів, які пред'являли скарги на больовий синдром в різних ділянках тіла, за допомогою спеціально складеного опитувальника, який припускав трьох бальну самооцінку пацієнтом різних сфер життєдіяльності: фізична активність, соціальна активність, психічне здоров'я та психологічний статус, які необхідно враховувати при розробці лікувально-реабілітаційних заходів для пацієнтів даної категорії.

Ключові слова: якість життя, опитувальник, біль, реабілітація.

The conducted sociological research after the study of quality of life in 180 patients which produced complaints about a pain syndrome in different areas of body is examined in the article, by the specially made questionnaire which assumed three ball self-appraisal by the patient of different spheres of vital functions: physical activity, social activity, psychical health and psychological status, which it is necessary to take into account at development of medically-rehabilitation measures for the patients of this category.

Key words: quality of life, questionnaire, pain, rehabilitation.

Постановка проблеми. Якість життя (ЯЖ) – відносно новий для медицини термін, який протягом останнього десятиріччя привертає до себе увагу вчених усього світу та характеризується як здатність індивідуума функціонувати у суспільстві відповідно до свого положення й отримувати задоволення від життя [1, 4].

ВООЗ рекомендує визначати ЯЖ як індивідуальне співвідношення свого стану в житті суспільства в контексті культури та систем цінностей цього суспільства, із завданням (бажаннями) даного індивідуума, його планами, можливостями та ступенем загального невлаштування [1, 6].

ЯЖ – це багатогранне системне поняття, яке складається із багатьох компонентів. Виділяють два типи ЯЖ: ЯЖ, пов'язана із здоров'ям (фізична, психологічна, духовна та соціальна функції), та ЯЖ, не пов'язана із здоров'ям (навколишнє середовище, економічні, соціальні, політичні чинники). Між ними існують складні взаємовідношення: медичне втручання впливає на ряд фізичних, фізіологічних, психологічних чинників, а це, в свою чергу, впливає на суспільну та соціальну функції особи [1, 6].

Існує декілька підходів до оцінки ЯЖ. Перший – це застосування загальних опитувальників (ОП), другий – застосування спеціалізованих ОП, призначених для окремої нозології, третій – застосування групи ОП, чи “батареї” [2, 6]. До складу такої “батареї” можуть входити не лише клінічні ОП з оцінки ЯЖ, але й психологічні ОП. Усі ОП мають відповідати жорстким стандартам [2, 4, 6]. Вони мають бути: 1) універсальними (охоплювати усі параметри здоров'я); 2) надійними (фіксувати індивідуальні рівні здоров'я у різних респондентів); 3) відчутними до клінічно впливових змін у стані здоров'я кожного респондента; 4) легкими у використанні й короткими; 5) стандартизованими (пропонувати єдиний варіант стандартних питань і відповідей для усіх груп респондентів); 6) оціночними (давати кількісну оцінку параметрів здоров'я).

Аналіз останніх досліджень і публікацій говорить, що незважаючи на те, що в Росії та Україні дослідження ЯЖ проводяться протягом останнього десятиріччя [2, 4, 6], до цього часу не стратифіковані фактори, що впливають на ЯЖ, обмежена кількість та існують протиріччя щодо впливу різноманітних лікувально-реабілітаційних режимів на цей показник у хворих осіб.

Тому **метою** дослідження було визначення показників ЯЖ та психологічних особливостей у пацієнтів хворих на міофасціальний больовий синдром.

Результати дослідження. Відкрите контрольоване дослідження, проводилося на базі Куйбишевської центральної районної лікарні, яке охоплювало 180 пацієнтів зі скаргами на м'язовий больовий синдром різних ділянок тіла. Всих обстежених хворих по виявленню і тривалості больових синдромів розділили на 2-ві групи: одна з гострим болем, а друга – з хронічним.

На підставі анкетування ми провели визначення 4 показників, що характеризують фізичний статус респондента (фізична активність – ФА; роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності – РФ; больовий синдром – БС; життєздатність – ЖЗ); та 4 параметри, що відображають його психологічний статус (роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності – РЕ; соціальна активність – СА; психічне здоров'я – ПЗ; життєздатність – ЖЗ). Останній показник визначається, як фізичним так і психологічним статусом особистості.

Для цього ми застосували спеціально складений опитувальник, який припускає трьох бальну самооцінку пацієнтом різних сфер життєдіяльності. Опитувальник складається із десяти пунктів, кожний із яких має чотири варіанти відповідей: перший із них оцінюється в 0 балів, другий – в один бал, третій в два бали і четвертий в 3 бали. 1 – 5 пункти відображають оцінку фізичного статусу респондента на основі суб'єктивних виявів хвороби, негативно впливаючих на якість життя; 6 – 10 пункти, відображають стан психологічного стану. Інтегральний показник зміни якості життя визначається шляхом суми балів по всім пунктам опитувальника. Теоритично максимально можливою є оцінка порушення якості життя, рівна 30 балам і мінімальна – рівна 0 балам. Час заповнення опитувальника, як і час, затрачений на підрахунок балів складає 10-15 хв.

В ході дослідження ми порівняли дані показники між двома групами (з гострим і хронічним болем) і встановили значне зниження всіх показників якості життя (ЯЖ). Дані в табл. 1.

Таблиця 1

Показники якості життя між двома групами обстежених пацієнтів

Показники	Групи обстежених		
	I група (контр.)	II група (експер.)	P
Фізична активність (ФА)	9,6±1,7	9,9±0,9	>0,05
Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності (РФ)	8,4±3,8	6,5±3,4	<0,05
Соціальна активність (СА)	7,5±2,0	7,5±2,1	<0,01
Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності (РЕ)	7,1±2,5	6,8±1,9	<0,001
Психічне здоров'я (ПЗ)	8,2±2,7	6,4±3,8	<0,001
Фізичний статус (ФС)	8,7±1,7	7,2±2,5	>0,05
Психічний статус (ПС)	7,5±3,8	7,0±2,9	>0,05
Загальний статус (ЗС)	7,2±1,6	6,8±1,4	<0,001

Профіль оцінки ЯЖ пацієнтів I-ої групи має підйоми за шкалою ФА, ПЗ, ФС та зниження за СА, РЕ, ЗС. Профіль оцінки ЯЖ пацієнтів II-ої групи дещо нижчий, має підйоми за шкалами ФА, ПС, ПЗ, ФС та зниження за РФ, СА, РЕ, ЗС. Спільним для обох груп хворих, як з гострим болем так і хронічним, є досить стійкий рівень ФА і ПЗ, що значною мірою впливає на фізичний статус; і низький рівень СА, РЕ, ЗР, що впливає на психологічний статус.

Таким чином, серед багаточисленних клінічних і функціональних проявів у пацієнтів з гострим та хронічним болем в різних частинах тіла, визначне місце займають розлади емоційно-афективної сфери, інтегративною оцінкою якої є самопочуття, настрої і психічний тонус. Вказані психічні прояви можна розглядати у визначній мірі, як базисні форми психічних реакцій людини [3]. Така інтегративна оцінка показників самопочуття, активності і настрою відображає найбільш значні сторони психічної діяльності, відрізняючися достатньою стійкістю, разом з тим являються достовірним критерієм оцінки психічного стану в момент дослідження.

В процесі нормальної життєдіяльності людини існує визначне взаємовідношення між цими показниками. Оптимальний стан настрою сприяє достатній активності, кожний із цих показників впливає на формування самопочуття. Разом з тим стан самопочуття впливає на рівень активності і настрою. Між показниками самопочуття, активності і настрою існує внутрішній глибокий і стійкий зв'язок. Тому при змінах одного з них виникає зміна інших показників психоемоційного стану.

При розвитку неврологічних проявів болу формуються соматично зумовлені психогенні реакції, при яких, в першу чергу змінюється єдність і узгодженість різних сторін психічної діяльності, що проявляється в порушенні єдності і узгодженості показників самопочуття, активності і настрою.

Окрім опитувальника якості життя для дослідження психологічних особливостей пацієнтів ми застосували Мінесотський багатофазний особистісний тест (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) (MMPI). Валідність та надійність методики доведено й перевірено [1]. Методика складається з 550 тверджень, які стосуються загального стану здоров'я, кардіоваскулярних, шлунково-кишкових, сечостатевих, неврологічних та інших розладів, соціальних і сімейних відносин, звичок, чоловічості-жіночості, нав'язливості, страхів, галюцинаторних переживань, загальних соціальних і моральних установ, самооцінки. Значна об'єктивність базується на математичній обробці даних відповідей на питання, які застосовуються клініцистами при розмові з хворими, а також на усуненні неминучого впливу особистості самого дослідника.

Вагомий внесок в об'єктивізацію результатів обстеження вносять шкали вірогідності, які свідчать про намагання особи "виразити себе якомога краще" та дозволяють стримувати коливання профілю, які залежать від реакції хворого на процедуру обстеження.

Тест MMPI складається з трьох оціночних (L, F, K) та 10 клінічних шкал. Відповідь на твердження тесту спочатку оцінюється умовними одиницями – "сирими очками", а потім їх переводять в особливі T-бали. Оптимальними в оцінці всіх шкал вважається діапазон від 30 до 70 T-балів.

Статистичну обробку проводили після створення комп'ютерної бази даних у системі Microsoft Excel та Access за допомогою персональної ЕОМ із обчисленням t-критерію Стюдента для порівняння середніх величин та критерію χ^2 для порівняння відносних величин, методами кореляційного аналізу і обробки даних з використанням лінійних комбінацій β -сплайнів [5].

Шкала L дає можливість оцінити щирість хворого. Шкала F виявляє недостовірні відповіді: чим вищими є результати за цією шкалою, тим вони є менш вірогідними. Шкала K дає змогу згладити помилки, які виникають внаслідок значної обережності й контролю досліджуваного під час тестування.

У пацієнтів досліджуваних нами груп показники оціночних шкал знаходилися у межах норми, що свідчить про вірогідність отриманих результатів і адекватне відношення обстежених до тестування.

Е дослідженні використовувалися наступні клінічні шкали.

1. *Іпохондрії (Hs)*. Пацієнти подібні до астеноневротичного типу. Хворі з високими оцінками повільні, пасивні, приймають усе за правду, погано пристосовуються, погано витримують зміну оточення, легко втрачають рівновагу у соціальних конфліктах.

2. *Депресії (D)*. Високі оцінки мають чутливі, сенситивні особи, тривожні, сором'язливі. У виконанні виробничих завдань вони старанні, сумлінні, високоморальні й пунктуальні, але не здатні до прийняття власного рішення, не мають самовпевненості, при найменших невдачах впадають у відчай.

3. *Істерії (Hy)*. Виявляє осіб, схильних до неврологічних захисних реакцій конверсійного типу. Вони використовують симптоми соматичного захворювання як засіб уникнення відповідальності. Провідною рисою є намагання видавати себе значущою, важливою персоною, намагання привернути до себе увагу. Почуття цих людей поверхневі, а інтереси неглибокі.

4. *Психопатії (Pd)*. Високі оцінки за цією шкалою свідчать про соціальну дезадаптацію, такі особи агресивні, конфліктні, зневажають соціальні норми і цінності. Настрій у них мінливий, вони мстиві, збудливі й чутливі.

5. *Виразності чоловічих і жіночих рис характеру (F – M)*. Рівень профілю відображає ступінь ідентифікації з традиційною культурою та соціальним значенням чоловіка та жінки. Виразний підйом профілю відображає зниження чи відсутність такої ідентифікації, явне зниження профілю свідчить про її високий рівень. Головним чином ідентифікація виражається у життєвому досвіді, естетичних і культурних інтересах, професійній цілеспрямованості.

6. *Параної (Pa)*. Головною рисою людей із високими показниками за цією шкалою є формування надцінних ідей. Це односторонні, агресивні, мстиві люди. Хто не згодний з ними, хто думає інакше – ворог. Свої погляди вони активно впроваджують, тому часто конфліктують із оточуючими. Власні найменші здобутки вони завжди значно перебільшують.

7. *Психастенії (Pt)*. Виявляє осіб із тривожно-мінливими рисами характеру, яким притаманні тривожність, боязкість, нерішучість, постійні сумніви.

8. *Шизофренії (Se)*. Особам із високими показниками притаманна шизоїдна поведінка. Вони здатні тонко відчувати і сприймати абстрактні образи, проте повсякденні радощі й горе не викликають у них емоційного відгуку. Загальною рисою осіб шизоїдного типу є поєднання підвищеної чутливості з емоційною холодністю й відчуженістю у міжособистісних відносинах.

9. *Гіпоманії (Ma)*. Для осіб із високими оцінками за цією шкалою характерним є добрий настрій, незважаючи на обставини. Вони активні, діяльні, енергійні і життєрадісні. Їм до вподоби часта зміна роботи, вони легко контактують з людьми, але інтереси їх поверхневі й мінливі, їм бракує витримки та настирливості.

10. *Соціальні контакти*. Особи з високим рівнем профілю за цією шкалою відзначаються труднощами у міжособистісних взаємовідносинах, обумовленими

відлюдкуватістю, нетовариськістю; спрямованістю до діяльності, не пов'язаною із спілкуванням. Зниження рівня профілю відображає зацікавленість і спрямованість до міжособистісних взаємовідносин.

Як показали наші дослідження, профіль хворих пацієнтів як першої та і другої груп характеризувався підвищенням на шкалах невротичної тріади (1 – соматизація, 2 – депресивні тенденції, 3 – відштовхування факторів, які викликають соматизацію, підйом на 6-й шкалі і незначним зниженням на 9-й, а також підвищенням на 10-й.

Хворим з хронічним міофасціальним больовим синдромом більшою мірою притаманні зниження рівня домагань, песимізм, надмірна серйозність, знижений настрій, нездатність відчувати задоволення, зниження активності, труднощі у соціальних контактах. Вони часто уникають контактів, проте в дійсності відчують потребу привернути й утримати увагу оточуючих, цінують їх увагу. Їм характерні дратівливість, легко виникаючі почуття провини й гніву, спрямовані на себе, знижена самооцінка і опікування власним здоров'ям. Поведінка хворих орієнтована на співчуття, підвищену увагу й підтримку оточуючих, що може викликати труднощі у сімейній адаптації.

Підвищення показників за 4, 6 і 9 шкалами свідчить про домінування гіперкінетичного варіанту реагування, між тим як підвищення показників 2, 7 та 10 шкал ММРІ спостерігається при гіпокінетичному типі реагування. Одночасне виявлення значущих ознак протилежних тенденцій відповідає ситуації психологічного конфлікту, що провокує реалізацію агресивних тенденцій.

У зв'язку з необхідністю цілісної оцінки особистісного профілю хворих пацієнтів з МФБС було проаналізовано взаємозв'язок між різними оціночними і клінічними шкалами у цих хворих. Найбільш високими виявилися коефіцієнти кореляцій між Hs, D, Ну шкалами, які відображають недостатній резерв психічної і фізичної адаптації.

Якщо розглядати взаємозв'язки оціночних шкал між собою із клінічними шкалами, то виявляється кореляційні зв'язки середньої сили. Шкала F негативно корелює із значенням шкали К. Підвищення рівня індексу F – К (різниця результатів, отриманих за цими шкалами) відображає виразність прагнення хворого підсилити тяжкість своїх симптомів, викликати співчуття. Негативні кореляційні зв'язки, які виявляються між оціночною шкалою L і шкалами Ну, Pd, дозволяють простежити іншу тенденцію; особистісний профіль у більшості хворих є вірогідним. Шкала К негативно корелює зі шкалами D, Pa, Ma, що свідчить про зниження здатності до корекції у хворих з підйомами на цих шкалах.

Можна виділити дві категорії хворих, у яких такий взаємозв'язок зумовлений протилежними причинами. У хворих з підйомом на шкалі D це пов'язано з тенденцією до перебільшення особистісної неадекватності і тяжкості клінічних симптомів. У хворих з високим рівнем шкал Hs і Pa такий взаємозв'язок зумовлений зниженням критики до наявної у них психопатологічної симптоматики. Ті ж самі шкали відображають негативні зв'язки між шкалою L і шкалою D і Pa. Ці особливості мають визначати різну психотерапевтичну тактику реабілітолога при побудові програми реабілітації хворих даної категорії.

Висновки.

1. Оцінка ЯЖ пацієнтів з міофасціальним болем дозволяє з'ясувати, яким чином захворювання впливає на їх психологічний, фізичний та соціальний статус,

що дозволить визначитися з лікувально-реабілітаційними заходами з урахуванням цих індивідуальних особливостей хворих.

2. Нормалізація та поліпшення ЯЖ хворих пацієнтів може бути одним із критеріїв оцінки ефективності програм фізичної та соціальної реабілітації.

В подальших дослідженнях передбачається більш детальний розгляд динаміки змін ЯЖ пацієнтів досліджуємих груп в процесі фізичної реабілітації.

1. Белова А.Н., Щепетов О.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации. – М.: Антидор, 2002. – 440 с.
2. Колпакова Е.В. Качество жизни и артериальная гипертония: роль оценки качества жизни в клинических исследованиях и практической деятельности врача. *Терапевт. арх.* 2000; 4 – С. 71-74.
3. Мясищев В.Н. Личность и неврозы. – Л.: Изд-во Лен. ун-та, 1960. – 426 с.
4. Слепченко Н., Мостовой Ю. Вивчення показників ЯЖ підлітків // *Ліки України.* – 2005. – №1. – С.85-87.
5. Приставка П.О. Методи та алгоритми обробки вимірювань з використанням лінійних комбінацій b-сплайнів: Автореф. дис., д-ра мед. наук. – К., 2005. – 37 с.
6. Чучалин А.Г., Белевский А.С., Смоленов И.В., Смирнов Н.А., Алексеева Л.Г. Качество жизни больных бронхиальной астмой в России: результаты многоцентрового популяционного исследования. *Терапевт. арх.* 2003; 9. – С. 88-95.

УДК 796/799:364.048.2
ББК 74.580.25

*Тетяна Бойчук, Марія Голубєва,
Олександр Левандовський*

ФОРМИ ТА МЕТОДИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ СПЕЦІАЛЬНОСТІ “ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ”

Автори висловлюють свої міркування щодо вдосконалення сучасних форм та методів підготовки фахівців з фізичної реабілітації. Відзначено, що у підвищенні активності студентів у навчальному процесі велике значення мають форми організації навчання і контроль набутих знань, умінь, навичок.

Ключові слова: *студенти, підвищення якості знань.*

Authors express reasons in relation to the perfection of modern forms and methods of preparation of specialists on a physical rehabilitation. It is marked that in the increase of activity of students the forms of organization of studies and control of the purchased knowledges, abilities, skills have a large value in an educational process.

Key words: *students, upgrading knowledges.*

Постановка проблеми. Відповідно до вимог Національної доктрини розвитку освіти, яка проголошує актуальною проблемою адаптації досягнень освітніх систем зарубіжних країн до потреб вітчизняної системи освіти, на факультеті фізичного виховання і спорту Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника було відкрито нову спеціальність – фізична реабілітація.

Передумовами для цього стали позитивні політичні, економічні та соціальні зміни в державі, серед яких основними є зростаюча актуальність проблеми збереження та покращення здоров'я громадян, активізація діяльності громадських організацій інвалідів, розвиток нових форм власності і частковий перехід охорони здоров'я на ринкові засади діяльності, розвиток міжнародного співробітництва у сферах охорони здоров'я, освіти і соціальної політики. На міжнародному рівні зміст терміну “реабілітація” є зафіксованим у “Стандартних правилах щодо урівняння можливостей інвалідів”, які були прийняті Генеральною Асамблеєю ООН