Міністерство освіти і науки України
Чорноморський національний університет імені Петра Могили

Факультет фізичного виховання і спорту
Кафедра медико-біологічних основ спорту та фізичної реабілітації

ЦАРЬОВА АННА ГРИГОРІВНА

# СУЧАСНІ МЕХАНІЗМИ ВІДНОВЛЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ

Спеціальність 227 – Фізична терапія, ерготерапія

Автореферат дипломної роботи
на здобуття кваліфікації магістра

Миколаїв – 2020

Робота виконана на кафедрі медико-біологічних основ спорту та фізичної реабілітації, факультету фізичного виховання і спорту, Чорноморського національного університету імені Петра Могили, Міністерства освіти і науки України

**Науковий керівник:**
Кандидат педагогічних наук ,доцент
Шерстюк Людмила Валеріївна , Чорноморський національний університет імені Петра Могили, доцент кафедри англійської мови

**Рецензент:**
кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент
Бондаренко Ірина Григорівна, Чорноморський національний університет імені Петра Могили, доцент кафедри медико-біологічних основ спорту та фізичної реабілітації

Захист відбудеться 26 лютого 2020 р. о 9.00 год. на засіданні екзаменаційної комісії у Чорноморському національному університеті імені Петра Могили (54003, Миколаїв, вул. 68 Десантників, 10)

З дипломною роботою можна ознайомитися в бібліотеці Чорноморського національного університету імені Петра Могили (54003, Миколаїв, вул. 68 Десантників, 10)

Секретар Т.М. Крайник

.

# ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

**Актуальність .** Рухова діяльність людини - одна з необхідних умов нормального функціонування людського організму, природна біологічна потреба. Повноцінна життєдіяльність і усвідомлення індивідуумом самого себе благополучним можлива лише при певному рівні рухової активності. Патологічні стани, що призводять до розладів у руховій сфері, різноманітні і патогенетично не однорідні. Однак, основні клінічні прояви, такі як недостатність обсягу рухів і виражений больовий компонент, дають право розглядати їх в єдиному контексті впливу на психічну складову тривало поточного захворювання.

Провідними нозологічними формами, що визначають необхідність медичної реабілітації у пацієнтів з порушеннями рухових функцій, є ревматичні захворювання великих суглобів, рухові порушення внаслідок гострого порушення мозкового кровообігу (ГПМК), об'єднаних назвою «дорсопатії».

У літературі, як правило, наводяться дані досліджень по окремих нозологіями, де мова йде про ізольовані дослідженнях психічного статусу, або про психологічну характеристику особистості, яка страждає тим чи іншим захворюванням. В контексті якості життя психологічні або психопатологічні особливості особистості хворих вивчаються вкрай рідко і розглядаються в публікаціях лише невеликого числа авторів. Як правило, наведені роботи стосуються окремих нозологічних груп і не дозволяють обґрунтувати можливість включення хворих з різною патологією в єдиний процес психокорекції. Також не існує єдиного підходу до організації та структури психокоррекційного процесу, який переважно включає виборче медикаментозне і не медикаментозне лікування тривожних і депресивних розладів.

У той же час в доступній літературі останніх років не виявлено досліджень, що включають одночасне і послідовне вивчення психологічних, психопатологічних характеристик і якості життя хворих, що страждають порушеннями рухових функцій в контексті різної нозологічної приналежності, а, відповідно, і не існує системного, комплексного підходу до психодіагностики та психореабілітації у даній категорії пацієнтів. Беручи до уваги існуючу в даний час неподільність понять медична реабілітація і психореабілітація , а також спираючись на запропоновану

В.П. Зайцевим (2016) концепцію системи психологічної реабілітації, яка об'єднує психодіагностичні і психореабілітаційні заходи, були сформульовані мета і завдання цього дослідження.

**Зв'язок роботи з науковими планами, темами.** Робота є фрагментом планової наукової роботи «Розробка та реалізація інноваційних технологій та корекція функціонального стану людини при фізичних навантаженнях в спорті та реабілітації», (№ держ. реєстр. 0117U007145, 2017-2021 рр.).

**Мета роботи**

Розробка і наукове обґрунтування системного підходу до корекції психічного стану в процесі реабілітації пацієнтів з порушеннями рухових функцій.

**Завдання дослідження**

1. Вивчити якість життя пацієнтів з порушеннями рухових функцій в процесі медичної реабілітації та оцінити можливості оптимізації його вимірювання.
2. Виявити провідні психологічні і психопатологічні особливості у пацієнтів з порушеннями рухових функцій, розвиненими внаслідок гострого порушення мозкового кровообігу, дорсопатій і ревматичних захворювань великих суглобів.
3. Оцінити психологічні і психопатологічні характеристики пацієнтів з порушеннями рухових функцій в контексті оцінки якості життя.
4. Вивчити динаміку психопатологічних характеристик пацієнтів з порушеннями рухових функцій в процесі психокорекційних заходів.
5. Виявити предиктори включення пацієнтів з порушеннями рухових функцій в програми корекції психічного стану в процесі медичної реабілітації.

**Теоретична значимість оботи**

Запропоновано комплексний скринінговий інструмент і визначено обсяг первинної психологічної та психопатологічної діагностики у пацієнтів з порушеннями рухових функцій в процесі медичної реабілітації, що складається з опитувальників «Big Five» , «SF-36» , «SCL-90-R», «Шкали кінезіофобії Тампа» і візуальної аналогової шкали самопочуття, що дозволяє об'єктивувати псих коректувальний процес. Вперше проведена оцінка якості життя (ЯЖ) дорослих пацієнтів з порушеннями рухових функцій на етапі медичної реабілітації з позиції

контрастного ранжирування в категоріях «високе ЯЖ» і «низьке ЯЖ» , що дозволяє відмовитися від використання умовно-нормативних показників.

Представлено науково-методичне обґрунтування можливості застосування шкали кінезіофобії Тампа , як психодіагностичного інструменту з підтвердженням його задовільних психометричних характеристик (репрезентативність, надійність, валідність).

Визначено статистично значущі предиктори включення пацієнтів з порушеннями рухових функцій в програму психореабілітації: низький показник за шкалою Рольовий емоційне функціонування (RE) опитувальника якості життя «SF-36» , і високий показник за шкалою Соматизація опитувальника вираженості психопатологічної симптоматики «SCL-90-R » .

**Практична значимість роботи**

Для застосування в практичній охороні здоров'я пропонується:

- комплексний універсальний скринінговий інструмент для первинної та динамічної оцінки психологічних і психопатологічних характеристик пацієнтів з порушеннями рухових функцій в процесі медичної реабілітації, що складається з опитувальника якості життя «SF-36» , опитувальника вираженості психопатологічної симптоматики «SCL-90-R» , «Шкали кінезіофобії Тампа» і візуальної аналогової шкали самопочуття;

- оптимальна операційна система вимірювання якості життя хворих в категоріях «високе ЯЖ» і «низьке ЯЖ» , що дозволяє відмовитися від використання умовно-нормативних показників і вже на етапі первинного обстеження пацієнтів з порушеннями рухових функцій виділити групу хворих, які потребують психокорекції;

- програмне забезпечення для обробки даних по ЯЖ на підставі контрастного ранжирування в вигляді програми для ЕОМ «Кластерний аналіз якості життя, пов'язаного зі здоров'ям».

**Структура й обсяг роботи.**

Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (95) та практичних рекомендацій . Загальний обсяг дипломної роботи складає 69 сторінок, вона містить 14 таблиць, 13 рисунків

## ОСНОВНИЙ ЗМІСТ

У вступі розкрито актуальність теми магістерської роботи, наведено зв'язок з науковими програмами, сформульовано мету та завдання , методи та інформаційну базу дослідження, представлено наукову новизну і практичне значення одержаних результатів, апробацію результатів дослідження, а також подано структуру роботи.

У першому розділі **«Огляд літератури »** проведено теоретичний аналіз і узагальнення вітчизняної та зарубіжної науково-методичної літератури з проблеми наукового дослідження, розглянуто етіологічні і епідеміологічні аспекти порушень функції руху в структурі загально соматичної патології, особистісні особливості розлади психіки в соматичної клініці, сучасні підходи до їх оцінки та виміру. Розглянуто та наведено відомості психокорекційних заходів в медичній реабілітації пацієнтів з хронічною соматичною патологією.

У другому розділі **«Матеріал, методи та організація досліджень »** обґрунтовано й описано методи дослідження, відповідно до мети і завдань роботи, описано організацію та контингент досліджуваних. В роботі було використано такі методи дослідження: аналіз, узагальнення та систематизація даних наукової та методичної літератури, мережі інтернет; соціологічні методи (анкетування та оцінка психологічного статусу).

У дослідження були включені +1163 людини. Більшу частину респондентів - 1021 осіб - склали пацієнти з порушеннями рухових функцій, що знаходяться в процесі медичної реабілітації і спрямовані на консультацію до медичного психолога, згідно з раніше нами розробленого і постійно застосовуваного в практичній роботі алгоритму.

На другому етапі дослідження проводилася валидизація методики вимірювання кінезіофобіі у хворих з порушенням рухових функцій. Як інструменти були використані російськомовний варіант «Шкали кінезіофобіі Тампа», Методика

діагностики самооцінки мотивації схвалення ( «Шкала брехливості» Д. Марлоу, Д. Крауна), Візуальна аналогова шкала «ВАШ» болю .

У дослідження було включено 292 пацієнта з порушеннями рухових функцій:

- 99 пацієнтів з руховими порушеннями внаслідок гострого порушення мозкового кровообігу (середній вік 56,4 ± 11,7), серед них 54 (54,5%) жінок, 45 (45,5%) чоловіків;

- 107 пацієнтів з порушеннями рухових функцій на тлі дорсопатій (середній вік 54,6 ± 10,4), серед них 62 (57,9%) жінок, 45 (42,1%) чоловіків;

- 86 пацієнтів з руховими порушеннями на тлі ревматичних захворювань великих суглобів (середній вік 55,8 ± 9,2), серед них 59 (68,6%) жінок, 27 (31,4%) чоловіків.

Всі досліджувані групи були порівнянні за основними соціально-демографічними і анамнестичними критеріям, ступеня вираженості порушень рухових функцій

На третьому етапі роботи проводилося вивчення стійких рис особистості, характеристик поточного психоемоційного стану та їх зв'язок з суб'єктивною оцінкою якості життя хворих з порушеннями рухових функцій.

Для вимірювання досліджуваних показників використовувалися такі психометричні методики: особистісний опитувальник «Big Five» (Велика П'ятірка), опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики «SCL- 90-R», «Шкала кінезіофобіі Тампа», опитувальник якості життя «SF-36».

У дослідження було включено 126 респондентів:

- 47 пацієнтів з руховими порушеннями внаслідок гострого порушення мозкового кровообігу (ГПМК) (середній вік 54,2 ± 12,1), серед них 19 (40,4%) жінок, 28 (59,6%) чоловіків;

- 48 пацієнтів з порушеннями рухових функцій на тлі дорсопатій (середній вік 54,4 ± 11,4), серед них 28 (58,3%) жінок, 20 (41,7%) чоловіків;

- 31 пацієнт з руховими порушеннями на тлі ревматичних захворювань великих суглобів (середній вік 53,4 ± 9,0), серед них 19 (61,3%) жінок, 12 (38,7%) чоловіків.

На четвертому етапі роботи проводився розширений аналіз психопатологічних аспектів поточного психічного стану хворих з порушенням рухових функцій різної етіології (за даними опитувальника вираженості психопатологічної симптоматики «SCL-90-R» ) з метою змістовної верифікації його провідних складових.

У дослідження були включені 336 пацієнтів з порушеннями рухових функцій, що мають свідчення до консультації медичного психолога:

- 178 пацієнтів з руховими порушеннями внаслідок гострого порушення мозкового кровообігу (середній вік 56,7 ± 11,9), серед них 102 (57,3%) жінок, 76 (42,7%) чоловіків;
- 105 пацієнтів з порушеннями рухових функцій на тлі дорсопатій (середній вік 54,7 ± 11,8), серед них 59 (56,1%) жінок, 46 (43,9%) чоловіків;
- 53 пацієнта з руховими порушеннями на тлі ревматичних захворювань великих суглобів (середній вік 57,5 ± 8,1), серед них 38 (71,7%) жінок, 15 (28,3%) чоловіків.

Дослідження особистісного, психологічного і психопатологічного статусу пацієнтів проводилося за допомогою клінічної бесіди і на підставі застосування психометричних методик, які, на нашу думку, давали найбільш об'єктивні характеристики випробовуваних, були доступні в використанні в усіх нозологічних групах, а також дозволяли зіставити отримані дані з вітчизняними та іноземними джерелами

У третьому розділі **«Основи психокорекційного процесу у пацієнтів з порушеннями рухових функцій»** розглянута динаміка психопатологічних характеристик у пацієнтів з порушеннями рухових функцій в процесі психокорекційних заходів.

Було проведено аналіз значущості відмінностей в рівні вираженості характеристик психічного стану, за даними опитувальника вираженості психопатологічних симптомів «SCL-90-R» в основній групі в порівнянні з нормативними значеннями, отриманими в процесі валідізації методики і групою порівняння. Всі показники психоемоційного стану пацієнтів групи порівняння відрізняються від умовно-нормативних в сторону зменшення, крім показника соматизація . Оскільки питання, що формують дану шкалу опитувальника,

характеризують рівень взаємодії пацієнта з досвідом тілесної дисфункції, можна припустити, що індивід, що страждає хронічним захворюванням, в тій чи іншій мірі вказує на тілесні феномени, відповідні його патології. Низькі показники за всіма іншими шкалами опитувальника, мабуть, свідчать про формування адекватної психологічної відповіді на наявність тілесного дискомфорту і стійкість психічних процесів, що дозволяє пацієнтам продуктивно взаємодіяти з лікарями і персоналом стаціонару.

Далі, в процесі порівняння показників поточного психічного стану пацієнтів основної та контрольної груп , було показано, що достовірні відмінності в досліджуваних групах відсутні і, відповідно, на початковому етапі медичної реабілітації групи мали аналогічні вихідні дані.

Для виявлення особливостей психічного стану було проведено ретроспективний аналіз значущості відмінностей в рівні вираженості психопатологічних характеристик за даними опитувальника «SCL-90-R» і «Шкали Тампа» , а також суб'єктивної оцінки ЯЖ (за даними опитувальника «SF- 36» ) і самопочуття (за даними ВАШ ), зафіксованих при первинному обстеженні пацієнтів трьох підгруп основної групи. Результати представлені на рис.3.2

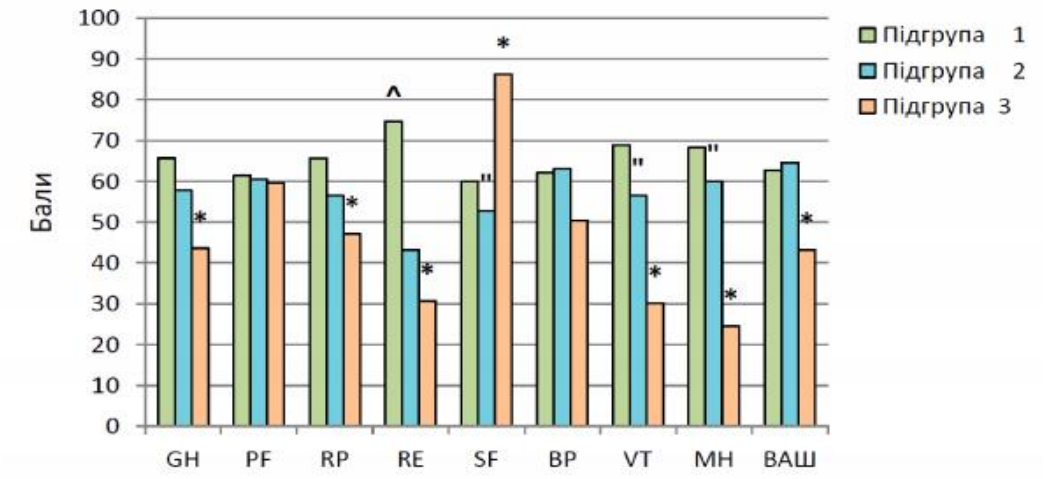


Рис.3.2. Відмінності в оцінці за шкалами опитувальника ЯЖ «SF-36» і ВАШ в підгрупах основної групи до початку психокорекції

*Примітка: «*» - відмінності між «підгрупи 3» і «підгрупи 1» на рівні p≤0,05 « "» - відмінності між «підгрупи 3» і «підгрупи 2» на рівні p ≤ 0,05 «^» - відмінності між «підгрупи 1» і «підгрупи 2» на рівні p ≤ 0,05*

Перед початком психокорекційних заходів всі три групи були різні за своїм психометричними даними. Найбільш істотні відмінності відзначалися між «підгрупи 3» і «підгрупи 1» як за шкалами опитувальника вираженості психопатологічної симптоматики «SCL-90-R»: Соматизація (SOM), обсесивно-компульсивного (OC), Міжособистісна сензитивність (INT), Депресія (DEP ), тривожність (ANX), фобічні тривожність (PHOB), психотизма (PSY) і Рівень тяжкості дистресу (PDSI) ; так і за шкалами опитувальника «SF-36» , що відображають психоемоційний стан респондентів: Рольовий емоційне функціонування (RE), Соціальне функціонування (SF), Життєва активність (VT), Психічне здоров'я (MH). Шкали, що відображають фізичну складову ЯЖ достовірного відмінності не продемонстрували, що підтвердило можливість ігнорування етіологічної приналежності захворювання. За рівнем кінезіофобіі (КФ) значущих відмінностей зафіксовано не було.

Спираючись на запропонований вище підхід в оцінці ЯЖ –двух категоріальне ранжування даних в термінах «Висока ЯЖ» - «Низький ЯЖ» - з використанням програми для ЕОМ «Кластерний аналіз якості життя, пов'язаного зі здоров'ям» , була проведена оцінка ЯЖ обстежених хворих (n=217 ). Результати представлені в таблиці 1.

Таблиця 1

**Результати кластерного аналізу ЯЖ в дослідних групах (n = 217)**

| Рівень якості життя | Група порівняння (n = 96) абс. (%) | Контрольна група (n = 50) абс. (%) | Підгрупа 2 + підгрупа 3 (n= 47) абс. (%) | Підгрупа 1 (n= 74) абс. (%) |
|---|---|---|---|---|
| Висока ЯЖ | 77 (80,2%) | 16 (32%) | 8 (17,0%) | 46 (62,1%) |
| Низька ЯЖ | 19 (19,8%) | 34 (68%) | 39 (83,0%) | 28 (37,9%) |

Проведений аналіз продемонстрував суттєві відмінності вихідних показників як в основній і контрольній, так і в підгрупах основної групи. Згідно ретроспективної оцінки, найбільша вираженість психопатологічних симптомів, найгірша Суб'єктивна оцінка власного стану і ЯЖ відзначалися в підгрупі, яка потребує і пройшла всі 3 етапи психокорекції, трохи нижче були всі зазначені

показники в 2-ій підгрупі і найменша їх вираженість в поєднанні з кращими показниками самопочуття і ЯЖ - відзначалися в групі, котра лише в першому (психодіагностичне) занятті з медичним психологом.

Наступним кроком стало проведення аналізу значущості відмінностей в рівні вираженості характеристик психоемоційного стану, за даними опитувальника «SCL-90-R» і «Шкалою Тампа» , а також суб'єктивної оцінки ЯЖ (за даними опитувальника якості життя «SF-36» ) і самопочуття ( за даними ВАШ ) в основній групі хворих до початку психореабілітаційних заходів і після їх закінчення. Використовувався непараметричний Т- критерій Вілкоксона для пов'язаних вибірок.

З високим ступенем достовірності показані відмінності до і після втручання за наступними шкалами опитувальника «SCL-90 R»: Соматизація, обсесивно-компульсивного, міжособистісна сензитивність, Депресія, Тривожність, Ворожість, Рівень тяжкості дистресу і шкалою ВАШ в «Підгрупі 1» . З огляду на, що пацієнти цієї групи були згідно з алгоритмом спрямовані на консультацію до психолога, але за результатами єдиного заняття, що включає розбір заповнених тестових методик, були визнані не потребують подальших психокорекційних заходах і увійшли в «Підгрупу 1», можна зробити висновок, що сесія, що включає усвідомлену роботу з заповненими опитуваннями під керівництвом медичного психолога, грає істотну роль. Аналогічна динаміка була відзначена до і після занять в «Підгрупі 3» за шкалами опитувальника «SCL-90-R» (Соматизація, Обсессівность- компульсивність, Депресія), шкалою ВАШ і «Шкалою Тампа» .

У «Підгрупі 2» в процесі роботи достовірні зміни були зафіксовані тільки за шкалами кінезіофобіі і ВАШ , що, мабуть, залежало як від складу групи, до якої увійшли і особи в подальшому зажадали роботи з психотерапевтом, так і від того самого короткострокового психокорекційного втручання.

Також у третьому розділі було розглянуто та виявлено предикторів включення пацієнтів з порушеннями рухових функцій в різні програми психокорекції .

Для виявлення предикторів призначення психокорекції використовувався дискримінантний аналіз, основне завдання якого - створення класифікації об'єктів на

підставі наявних ознак. В даному випадку кількісна інтерпретація результатів аналізу дозволила прояснити питання про те, наскільки вірогідно можуть бути розрізнені підгрупи основної групи («Підгрупа 1», «Підгрупа 2», «Підгрупа 3» ) на підставі характеристик поточного психоемоційного стану, ЯЖ, суб'єктивного відчуття самопочуття.

Як можливі предиктори в аналіз включалися дані опитувальника вираженості психопатологічної симптоматики «SCL-90-R», опитувальника якості життя «SF-36», «Шкали кінезіофобії Тампа» і візуальної аналоговоїшкали ВАШ - всього вісімнадцять характеристик. В якості залежної змінної розглядалася класифікація дослідних груп с точки зору застосовуваних методів психокорекційної впливу: єдина психодіагностична сесія ( «Підгрупа 1»), групові заняття з психологом ( «Підгрупа 2» ) і індивідуальні психотерапевтичні сесії ( «Підгрупа 3» ) . Застосовувався стандартний метод дискримінантного аналізу. В результаті були визначені дві дискримінантні функції, кожна з яких пояснила 71% і 29% дисперсії залежної змінної відповідно. Обидві дискримінантні функції є статистично значущими, оскільки критерій λ-Уїлкса (λ = 0,38) є значущим як для першої ($\chi$ 2 36 = 105,4; ρ = 0,0000), так і для другої функції (λ = 0, 73, $\chi$ 2 17 = 34,4; ρ = 0,008).

На достовірному рівні статистичної значущості розрізняють досліджувані групи наступні характеристики: Рольовий емоційне функціонування (RE), психотизма (PSY), Соматизація (SOM), Загальний індекс тяжкості поточного дистресу (GSI), Соціальне функціонування (SF), фобічні тривожність (PHOB), обсесивно -компульсівность (OC), Депресія (DEP). При цьому, з урахуванням кількісних критеріїв вибірки, найбільш істотними слід читати ті предиктори, у яких рівень статистичної достовірності максимальний: $p \leq 0,001$. Такими є значення за шкалою рольовий емоційне функціонування (RE) опитувальника «SF-36» і значення за шкалами психотизма (PSY), Соматизація (SOM) і Загальний індекс поточного дистресу (GSI) опитувальника «SCL-90-R», причому в якості найбільш значимого з ймовірних предикторів, найкраще розрізняють  три групи (F = 14,28, p = 0,000004), може бути виділена шкала Рольового емоційного функціонування (RE) опитувальника «SF-36»

Прогностична цінність проведеного дискримінантного аналізу склала 73,3%. Відсоток коректної класифікації в відношенні «Підгрупи 1» склав 89,2%, «Підгрупи 2» - 60,6%, «Підгрупи 3» - 71,4%. Виявлені показники свідчать про високу прогностичну цінність проведеного дослідження.

## ВИСНОВКИ

1. Суб'єктивна оцінка якості життя (ЯЖ), пов'язаного зі здоров'ям, яке визначається за допомогою опитувальника « SF-36» , формується переважно на підставі показників шкал, що характеризують психологічний стан обстежуваних, з утворенням двох стійких кластерів: «висока ЯЖ» і «низька ЯЖ» , що дозволяє оптимізувати систему його вимірювання без використання нормативних показників. Як «високе» характеризують своє ЯЖ 29,8% пацієнтів з руховими порушеннями внаслідок гострого порушення мозкового кровообігу; 29,0% пацієнтів з руховими порушеннями на тлі ревматичних захворювань і 45,8% пацієнтів з дорсопатіямі; здорові добровольці оцінюють своє ЯЖ як «Високе» , достовірно частіше - в 64,8% випадків ($p \leq 0,05$).

2. «Шкала Тампа» володіє задовільними психометричними характеристиками (репрезентативність, надійність, валідність) і відображає, крім фізичного компонента кінезіофобіі, психологічну складову, що дозволяє використовувати її в якості психодіагностичного інструменту в роботі з пацієнтами з порушеннями рухових функцій.

3. Проведення скринінгового психодіагностичного дослідження показало, що пацієнти з порушенням рухових функцій характеризуються високим рівнем нейротизму і зниженим рівнем екстраверсії і відкритості досвіду ( «Big Five» ), високим рівнем соматизації ( «SCL-90 R» ) і наявністю вираженої Кінезіофобіі ( « шкала Тампа » ), що дозволяє включити всіх пацієнтів в єдиний процес психокорекції. Провідним психопатологічним феноменом для пацієнтів з порушеннями рухових функцій є Соматизація ( «SCL-90-R» ), підвищена більш ніж в 1,5 рази в порівнянні з нормативними даними.

4. Пацієнти з порушеннями рухових функцій, які потребують психореабілітації, достовірно відрізняються від пацієнтів, котрі мають потреби в психокорекційних заходах, підвищенням ступеня вираженостіпсихопатологічних симптомів за всіма шкалами опитувальника «SCL-90-R» ($p \leq 0,00001$), а також в 4 рази частіше оцінюють свою якість життя як «низький» .

5. Первинна психодіагностична сесія з використанням опитувальника вираженості психопатологічної симптоматики «SCL-90-R» є першим і невід'ємним етапом психореабілітації пацієнтів з порушеннями рухових функцій, оскільки призводить до істотного покращання психічного стану у 61% хворих, які потребують консультації медичного психолога.

6. У всіх пацієнтів з порушеннями рухових функцій в процесі психореабілітації відзначається достовірне ($p \leq 0,05$) зниження показників Соматизація , обсесивно-компульсивного , Депресія ( «SCL-90-R» ), що свідчить про зменшення вираженості психопатологічних розладів, а також поліпшення загального самопочуття за шкалою ВАШ .

## АНОТАЦІЇ

**Царьова А.Г. Сучасні механізми відновлення функціональних порушень опорно-рухового апарату засобами фізичного виховання .** –На правах рукопису .

Дипломна робота на здобуття кваліфікації магістра за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапія». – Чорноморський національний університет імені Петра Могили, Миколаїв, 2020

Магістерська робота присвячена питанню відновлення функціональних порушень опорно-рухового апарату засобами фізичного виховання .

Запропоновано комплексний скринінговий інструмент і визначено обсяг первинної психологічної та психопатологічної діагностики у пацієнтів з порушеннями рухових функцій в процесі медичної реабілітації, що складається з опитувальників «Big Five» , «SF-36» , «SCL-90-R», «Шкали кінезіофобії Тампа» і візуальної аналогової шкали самопочуття, що дозволяє об’єктивувати псих коректувальний процес. Вперше проведена оцінка якості життя (ЯЖ) дорослих

пацієнтів з порушеннями рухових функцій на етапі медичної реабілітації з позиції контрастного ранжирування в категоріях «високе ЯЖ» і «низьке ЯЖ» , що дозволяє відмовитися від використання умовно-нормативних показників .

На підставі аналізу результатів використання псих діагностичних шкал показано достатня однорідність груп пацієнтів з порушеннями рухових функцій різної нозологічної приналежності в плані стійких психологічних і психопатологічних характеристик, що дозволило обґрунтувати можливість включення всіх пацієнтів в єдиний псих коректувальний процес. Визначено статистично значущі предиктори включення пацієнтів з порушеннями рухових функцій в програму психореабілітації. На підставі результатів динамічного психодіагностичного обстеження пацієнтів з порушеннями рухових функцій обґрунтовано необхідність і доведена ефективність послідовного і спадкоємного проведення всіх етапів псих реабілітації.

**Ключові слова :** порушення  опорно-рухового апарату,медична реабілітація, діагностична шкала ,психореабілітація .

**Tsarova A G . Modern mechanisms of recovery of functional disorders of the musculoskeletal system by means of physical education – With the rights of manuscript.**

Master’s degree work in specialty 227 «Physical therapy, ergotherapy». – Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, 2020

Master’s degree work is devoted to the issue of restoration of functional disorders of the musculoskeletal system by means of physical education.

A comprehensive screening tool is proposed and the volume of primary psychological and psychopathological diagnostics in patients with impaired motor function during medical rehabilitation consisting of Big Five, SF-36, SCL-90-R, «Tampa kinesiology scales » and a visual analog scale of health that allows you to objectify the psycho corrective process. The quality of life  of adult patients with impaired motor function during the medical rehabilitation stage was first conducted from the position of

contrasting ranking in the categories of “high quality of life ” and “poor quality of life”, which allows to refuse the use of conditionally-normative indicators.

Based on the analysis of the results of the use of psych diagnostic scales, sufficient homogeneity of groups of patients with impaired motor functions of different nosological affiliations in terms of stable psychological and psychopathological characteristics was shown, which allowed to substantiate the possibility of inclusion of all patients in a single psychiatric corrective process. Statistically significant predictors of the inclusion of patients with impaired motor functions in the program of psycho-rehabilitation were determined. On the basis of the results of dynamic psychodiagnostic examination of patients with impaired motor functions, the necessity is proved and the effectiveness of consistent and hereditary carrying out of all stages of psychiatric rehabilitation is proved.

**Keywords**: disorders of the musculoskeletal system, medical rehabilitation, diagnostic scale, psychorehabilitation.