

Міністерство освіти і науки України
Сумський державний університет
Навчально-науковий медичний інститут

Ситник О. А.

ОПИТУВАННЯ ПАЦІЄНТА В ДІЯЛЬНОСТІ ФІЗИЧНОГО ТЕРАПЕВТА

Навчально-методичний посібник

Суми
Сумський державний університет
2023

Рецензенти:

Т. В. Баршинок – канд. наук фіз. вих. та спорту, доц., доц. кафедри фізичної терапії, ерготерапії та фізичної культури і спорту Хортицької національної академії;

М. С. Бринза – завідувач кафедри пропедевтики та фізичної реабілітації Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна

*Рекомендовано до видання
вченою радою Сумського державного університету
як навчально-методичний посібник
(протокол № 15 від 29 червня року)*

Ситник О. А.

С 41 Опитування пацієнта в діяльності фізичного терапевта : навчально-методичний посібник / О. А. Ситник. – Суми : Сумський державний університет, 2023. – 72 с.

У навчально-методичному посібнику наведено роль опитування в реабілітаційному обстеженні пацієнта / клієнта, зокрема анамнез пацієнта і застосування опитувальників відповідно до патології.

Призначений для студентів першого і другого рівня вищої освіти спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія» / «Терапія та реабілітація» для проведення практичних робіт, самостійної підготовки і для застосування в практичній діяльності фізіотерапевта.

УДК 616-07-085(07)

ЗМІСТ

С.

| | |
|--|----|
| ПЕРЕДМОВА | 4 |
| ВСТУП | 5 |
| ОПИТУВАННЯ ПАЦІЄНТА | 6 |
| АНАМНЕЗ. ПЛАН ДЛЯ ЗБИРАННЯ АНАМНЕЗУ | 7 |
| ОПИТУВАЛЬНИКИ | 12 |
| ОСОБЛИВОСТІ ОПИТУВАННЯ ОРТОПЕДИЧНИХ ХВОРИХ | 15 |
| ОСОБЛИВОСТІ ОПИТУВАННЯ НЕВРОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ | 22 |
| ОСОБЛИВОСТІ ОПИТУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СЕРЦЕВО-СУДИННИМИ ПАТОЛОГІЯМИ | 28 |
| ОСОБЛИВОСТІ ОПИТУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ДИХАЛЬНИМИ ПАТОЛОГІЯМИ | 31 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ | 36 |
| ДОДАТКИ | 38 |

ПЕРЕДМОВА

Навчально-методичний посібник «Опитування пацієнта в діяльності фізичного терапевта» створено на допомогу студентам першого і другого рівнів вищої освіти спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія» / «Терапія та реабілітація» для розуміння особливостей проведення опитування пацієнтів / клієнтів із патологіями серцево-судинної, дихальної, нервової систем та опорно-рухового апарату.

Інформація, наведена в посібнику, сприяє формуванню визначених освітньо-професійною програмою загальних і фахових компетентностей, зокрема для бакалаврів – здатності виконувати базові компоненти обстеження у фізичній терапії та/або ерготерапії.

Студентам другого рівня вищої освіти викладена в посібнику інформація забезпечить досягнення таких програмних результатів навчання:

ПРфт 05. Проводити опитування (суб'єктивне обстеження) пацієнта / клієнта для визначення порушень функції, активності та участі.

ПРфт 07. Спілкуватися з пацієнтом / клієнтом для визначення його потреб та очікувань щодо його рухової активності та результатів фізичної терапії.

Унаслідок ознайомлення з інформацією, викладеною в посібнику, студенти першого і другого рівнів вищої освіти спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія» / «Терапія та реабілітація» повинні:

- знати, як проводити опитування пацієнта / клієнта для визначення його потреб та очікувань;

- проводити опитування (суб'єктивне обстеження) пацієнта / клієнта для визначення порушень функції, активності та участі;

- проводити обстеження з фізичної терапії, використовуючи специфічні для конкретної нозології міжнародні стандартизовані інструменти обстеження та оцінювання (шкали / тести / опитувальники).

ВСТУП

Вивчення структури фізичної реабілітації / терапії за різних патологій є актуальною і важливою складовою роботи фізичного терапевта. У посібнику для фізичних терапевтів-практиків Американська асоціація фізичної терапії (American Physical Therapy Association) виділяє такі етапи клінічної діяльності, як обстеження (examination), оцінювання (evaluation), діагностика порушень (diagnosis), прогнозування (prognosis), втручання (intervention). Для організації роботи з пацієнтом і ведення медичної документації фізичний терапевт застосовує SOAP-формат, який містить збирання суб'єктивної інформації (Subjective), збирання об'єктивної інформації (Objective), оцінювання (Assessment), планування (Plan) [4].

Вивчення складників і змісту обстеження у фізичній реабілітації / терапії за різних патологій є важливою та актуальною проблемою.

Ретельне обстеження хворого і встановлення його реабілітаційного діагнозу є тією основою, на якій будують подальшу програму реабілітації.

Реабілітаційне обстеження містить у собі аналіз скарг і анамнезу пацієнта, проведення клінічних та інструментальних досліджень. Його особливістю є аналіз не тільки фізичних дефектів, але і впливу цих дефектів на життєдіяльність хворого. Згідно з рекомендаціями ВООЗ необхідно визначати як ступінь пошкодження органів або систем, так і рівень соціальних обмежень унаслідок хвороби або травми.

Обстеження хворих із різними патологіями ґрунтується на загальних і спеціальних методах:

- з'ясування скарг хворого;
- ретельне збирання анамнезу (історії) захворювання;
- об'єктивне оцінювання життєво важливих систем організму;
- об'єктивне обстеження залежності від патології, використання спеціальних методів дослідження. Специфіка захворювання відбивається на підборі спеціальних методів дослідження.

Фізичний терапевт повинен проводити опитування, збирати загальні відомості та інформацію про скарги пацієнта / клієнта, диференціювати скарги, виявляти домінуючу скаргу, оформлювати анамнез захворювання, анамнез життя, сімейний анамнез, медичний анамнез за серцево-судинних, дихальних, травних, ендокринних, скелетно-м'язових, нервових, психоемоційних, когнітивних, комунікативних порушень.

ОПИТУВАННЯ ПАЦІЄНТА

Фізичному терапевту в роботі з пацієнтом особливої уваги варто приділяти опитуванню. Це пов'язано з тим, що сьогодні саме суб'єктивне оцінювання свого стану і можливостей, тобто оцінювання обумовленої здоров'ям якості життя, розглядається як найважливіша відправна точка для подальших реабілітаційних дій.

Збирання скарг і анамнезу необхідно побудувати так, щоб не пропустити найістотніших штрихів розвитку захворювання і суб'єктивного сприйняття пацієнтом його наслідків. Рекомендовано цілеспрямовано розпитати хворого й отримати його відповіді за такими пунктами:

- основні скарги (болі, скутість, порушення ходи, підвищена втомлюваність, порушення координації тощо);
- історія розвитку захворювання і проблем, які виникли у зв'язку з ним; рекомендовано не тільки з'ясувати питання, які стосуються отриманого пацієнтом лікування і його ефективності, наявності супутніх захворювань і алергії, але й попросити хворого охарактеризувати стиль його життя до і після розвитку хвороби або отримання травми, щоб оцінити завданий ними збиток;
- ступінь обмеження рухової активності (здатність повертатися в ліжку, сідати з положення «лежачи», вставати, пересуватися всередині квартири і поза нею, користуватися транспортом тощо);
- можливість виконання побутових операцій (особиста гігієна, одягання, вживання їжі);
- здійснення побутових робіт (приготування їжі, прибирання, прання, закупи тощо);
- громадська активність;
- обмеження у спілкуванні з оточенням;
- потреба в допоміжних засобах (милицях, інвалідному візку, протезах тощо);
- проблеми психологічного і сексуального плану;
- ситуація в родині, ступінь допомоги з боку родичів або знайомих, фінансове забезпечення.

Особливої уваги приділяють з'ясуванню обмежень, які виникають у зв'язку із захворюванням у сфері звичної життєдіяльності. Для впорядкування процедури опитування пацієнтів і осіб, які доглядають за ними, а також для отримання кількісних показників рівня життєдіяльності пацієнта широко застосовують спеціальні опитувальники. В основі методик виявлення порушень життєдіяльності переважно лежить оцінювання незалежності особи від сторонньої допомоги в повсякденному житті. Водночас аналізують не всі її види, а тільки найбільш загальні і значущі з рутинних дій людини.

АНАМНЕЗ. ПЛАН ДЛЯ ЗБИРАННЯ АНАМНЕЗУ

Анамнез збирають розпитуванням як самого хворого, так і його близьких – гетероанамнез (heteroanamnesis).

Збирання анамнестичних даних потрібно розпочати зі створення сприятливих умов. Клінічне обстеження хворого (об'єктивне та суб'єктивне) здійснюють за таких умов [12]:

- приміщення, у якому проводять обстеження, має бути чистим, добре провітрюваним та освітленим, зі сприятливим мікрокліматом, у приміщенні повинно бути тихо, без сторонніх осіб;
- професійний вигляд лікаря має відповідати певним вимогам: чистий, випрасуваний білий халат, біла шапочка, відповідне взуття, для об'єктивного обстеження можуть знадобитися рукавички;
- дотримання медико-професійного етикету: питання варто ставити тактовно, з урахуванням інтелектуального рівня пацієнта;
- фізичний терапевт має займати положення, яке називається класичним, або академічним: праворуч від пацієнта, обличчям до нього;
- установлення довірливих стосунків між фізичним терапевтом і пацієнтом забезпечує успішність обстеження та лікування.

Розділи анамнезу

Паспортна частина

Скарги хворого

Анамнез хвороби

Загальний анамнез

Анамнез життя

Паспортна частина

Паспортна частина (лат. pars officialis) – розпитування хворого про особисті дані. Послідовно з'ясовують П. І. П/б, вік, стать, сімейний стан, адресу, контактний телефон, дату госпіталізації, особливості (ШМД, самозвернення), освіти, професію, місце роботи, посаду, у разі інвалідності – причину, дату встановлення, групу. В осіб пенсійного віку – дату виходу на пенсію, причину. Ці дані мають і певне діагностичне значення. Адже вік може свідчити про ймовірність

чи неймовірність певної хвороби. Професійна діяльність хворого дасть уявлення про вплив шкідливих виробничих чинників на здоров'я пацієнта.

Скарги хворого

Скарги хворого (*molestiae aegroti*) фіксують на день курації (зі слів хворого, його батьків, чергового медичного персоналу).

Мета: перерахувати скарги, характерні для хвороби, а також ті, які відображають ускладнення, фонові та супутні захворювання.

Здебільшого основною скаргою є біль. За наявності болю необхідно встановити:

- а) анатомічну локалізацію його, іррадіацію;
- б) стійкість, інтенсивність (сильні, помірні, незначні), характер (постійний, ниючий, колючий, ріжучий, переймоподібний, стріляючий, запаморочливий);
- в) зв'язок його з фізичним, психічним напруженням, зі зміною положення тіла, рухами, вживанням їжі, актами сечопускання та дефекації, зміною пори року та погоди, які впливають на характер болю (полегшення, посилення).

American College of Physicians (ACP) and the American Pain Society (APS) (2007 р.) виділили низку чинників («червоних прапорців»), виявлення яких у хворого може вказувати на наявність «серйозної» патології:

- посилення болю вночі;
- лихоманка та нез'ясована втрата ваги тіла;
- недавня травма;
- онкологічний процес в анамнезі;
- порушення функції тазових органів;
- прогресуючий неврологічний дефіцит;
- порушення ходи;
- чинники ризику спинальної інфекції.

Абревіатуру **SOCRATES** переважно використовують для дослідження болю, але її можна застосувати до інших симптомів, хоча деякі елементи **SOCRATES** можуть не відповідати всім симптомам. Приклад запитань на основі **SOCRATES** наведено в додатку А [6].

Анамнез хвороби

Анамнез хвороби (*anamnesis morbi*) – відомості про виникнення і перебіг хвороби. У процесі розпитування хворого необхідно детально з'ясувати, з якого часу він вважає себе хворим, як починалося захворювання (раптово, поступово); з чим пов'язує його виникнення; чи звертався за медичною допомогою, яке лікування проводили, його ефективність.

Якщо пацієнт звернувся з травмою, то необхідно відобразити обставини її виникнення і з'ясувати механізм ушкодження, що часто, за умови невідомих інших даних, може полегшити розпізнання характеру ушкодження. За вогнепальних поранень необхідно з'ясувати характер ушкодження, вид і особливості зброї, що ранить. Важливо з'ясувати характер травмувальних зусиль. Обов'язком є визначення виду травми: виробнича, побутова, спортивна, вулична, транспор-

тна, на шляху прямування на роботу та з роботи і також з'ясувати, під час якого виробничого процесу, під час роботи з яким механізмом відбулася травма (якщо травма виробнича). Зазначають точний час травми, скарги хворого безпосередньо після травми, де, ким, у який час і в якому обсязі було надано першу допомогу, характер транспортної іммобілізації та її якість, надане лікування в лікувальних установах до надходження в клініку. Якщо фізичний терапевт веде хворого, що перебуває в клініці тривалий час, то в анамнезі хвороби повинні знайти відбиття відомості про симптоми ушкодження, виявлені під час надходження хворого в лікувальну установу, а також усі зміни стану хворого й застосоване лікування до початку втручання [7].

Загальний анамнез

Загальний анамнез (*anamnesis communis*) – суб'єктивна характеристика пацієнтом функціонального стану найважливіших органів і систем свого організму, зокрема не залучених до основного патологічного процесу. Збирання загального анамнезу має важливе значення в діагностичному процесі. Особливо важливий стан серцево-судинної, дихальної, травної, ендокринної, сечостатевої, нервової, органів чуття, опорно-рухового апарату.

Анамнез життя

Анамнез життя (*anamnesis vitae*) збирають за потреби, особливе значення має для дітей. Може містити питання про особливості фізичного і психічного розвитку, епідеміологічний анамнез, алергологічний анамнез, перенесені захворювання, хірургічні втручання, генетичний (спадковий, сімейний) анамнез.

Для дорослих за потреби описують коротку медичну біографію, яку з'ясовують у хронологічному порядку, у якій місцевості народився, де жив, як розвивався, хвороби, де навчався. Поява менструацій, їхня циклічність. Сімейний стан. Кількість вагітностей, пологів, абортів. Здоров'я жінки, чоловіка, дітей. Професійний анамнез, наявність фахових шкідливостей, умови праці. Умови життя. Перенесені захворювання і травми: тривалість захворювань, лікування, ефективність. Застосування під час лікування гемо- і плазмотрансфузій, уведених сироваток, антибіотиків, гормональних препаратів, новокаїну. Ускладнення від цього. Перенесені інфекційні захворювання (дифтерія, вірусний гепатит, малярія, черевний тиф, ВІЛ-інфекція, туберкульоз, венеричні та онкологічні захворювання). Спадковий анамнез: вроджені вади, злоякісні новоутворення, алергічні та ендокринні захворювання, виразкова хвороба шлунка та 12-палої кишки, патологія крові та ін. у родичів. Шкідливі звички.

Аналіз анамнестичних даних

Анамнестичні дані дають можливість визначити:

1. Основні скарги.
2. Основні симптоми.
3. Уражену систему.
4. Характер перебігу захворювання.
5. Можливі причини.

План для збирання анамнезу

Збирання анамнезу зазвичай містить поєднання відкритих і закритих запитань. Відкриті запитання ефективні на початку консультації, дозволяючи пацієнту розповісти, що сталося, своїми словами. Закриті запитання можуть дозволити більш детально вивчити симптоми, згадані пацієнтом, щоб краще зрозуміти їхні прояви. Закриті запитання також можна використовувати для виявлення відповідних чинників ризику та проведення диференційної діагностики [23].

Початок консультації:

- вимити руки та за необхідності надіти ЗІЗ (засоби індивідуального захисту);
- відрекомендуватися пацієнту, указуючи своє ім'я та посаду;
- підтвердити прізвище, ім'я та по батькові пацієнта, дату народження пацієнта;
- пояснити пацієнту мету консультації;
- отримати згоду на збирання анамнезу.

З'ясування основної скарги

Використовувати відкриті запитання, щоб вивчити скарги пацієнта.

Деталізація основної скарги:

- локалізація: з'ясувати, де болить;
- початок: з'ясувати, коли вперше з'явився біль і чи виник він раптово або поступово;
- характер: попросити в пацієнта описати, як той відчуває біль;
- іррадіація: з'ясувати, чи поширюється біль кудись іще;
- супутні симптоми: уточнити, чи є інші супутні симптоми;
- динаміка в часі: уточнити, як змінився біль із часом;
- чинники, що погіршують або полегшують біль: з'ясувати, чи є щось, що посилює або полегшує біль;
- тяжкість: з'ясувати, наскільки сильним є біль за шкалою від 0 до 10;
- проаналізувати роздуми, побоювання та очікування пацієнта;
- резюмувати скарги пацієнта.

Комплексне оцінювання

Провести скринінг відповідних симптомів в інших органах і системах.

Анамнез життя:

- провести скринінг станів, які можуть бути пов'язані з болем у грудях;
- уточнити наявність інших медичних діагнозів і попередніх хірургічних операцій;
- уточнити наявність у пацієнта алергії, і якщо так, з'ясувати, яка реакція в нього була на речовину чи інші чинники.

Медикаментозний анамнез:

- з'ясувати, чи приймає пацієнт нині якісь лікарські препарати та безрецептурні лікарські препарати;
- уточнити за необхідності, чи відчуває пацієнт будь-які побічні ефекти від ліків.

Сімейний анамнез

Уточнити, чи є в сімейному анамнезі захворювання, пов'язані з болем у грудях, і з'ясувати, у якому віці розвинулося захворювання (наприклад, серцево-судинне захворювання, тромбоемболічна хвороба).

Соціальний анамнез:

- вивчити загальний соціальний анамнез пацієнта (житло, з ким живе пацієнт, як пацієнт опановує повсякденну діяльність, чи потребує догляду);
- з'ясувати статус паління;
- уточнити алкогольний анамнез;
- уточнити, чи є рекреаційне вживання наркотиків;
- з'ясувати, чи є в пацієнта проблеми з азартними іграми;
- з'ясувати характер дієти та фізичної активності;
- уточнити вид занять пацієнта;
- уточнити, чи керує пацієнт транспортними засобами.

Завершення консультації:

- провести узагальнення основних моментів анамнезу пацієнта та запитати пацієнта, чи вважає він, що щось не враховано;
- подякувати пацієнту за приділений час;
- утилізувати належно ЗІЗ і помити руки.

Загальні комунікативні навички в роботі з пацієнтом:

- демонстрація емпатії у відповідь на сигнали пацієнта: як вербальні, так і невербальні;
- активне слухання: через мову тіла та ваші вербальні реакції на те, що сказав пацієнт;
- відповідний рівень зорового контакту протягом консультації;
- відкрита, розслаблена, але професійна мова тіла (наприклад, несхрещені ноги та руки, трохи нахилившись уперед у кріслі);
- не перебивати пацієнта під час консультації;
- установлення взаєморозуміння (наприклад, запитати пацієнта, як він почувається, і запропонувати йому сісти);
- підбиття підсумків через регулярні проміжки часу;
- вказівні знаки: це передбачає пояснення пацієнту, що ви обговорювали до цього моменту і що плануєте обговорити далі.

ОПИТУВАЛЬНИКИ

Сучасні опитувальники забезпечують інформацію про різні аспекти асоційованої зі станом здоров'я якості життя (ЯЖ), що, зі свого боку, дає змогу систематично визначати ефективність певних засобів і методів лікування хворих.

ЯЖ хворої людини в сучасній медицині розглядають як інтегральну характеристику її стану, що складається з фізичного, психологічного, соціального компонентів. Кожен із компонентів, зі свого боку, містить цілу низку складових, наприклад фізичний – симптоми захворювання, можливість виконання фізичної роботи, здатність до самообслуговування; психологічний – тривогу, депресію, ворожу поведінку; соціальний – соціальну підтримку, роботу, громадські зв'язки тощо. Їхнє всебічне вивчення дозволяє визначити ЯЖ як окремої особи, так і цілих груп і встановити, завдяки якому складнику він підвищується чи знижується, та на що необхідно вплинути, щоб покращити ЯЖ (скоригувати лікування, надати соціальну підтримку) [18].

Опитувальники ЯЖ розподіляються за специфічністю (загальні, специфічні), за обсягом (повна і скорочена форма), за технічною побудовою і способом підрахунку (шкали, індекси, профілі), за способом отримання інформації (самовідповіді, інтерв'ю, телефоном, електронною поштою), за респондентом (пацієнт, лікар, родичі, опікун) [5].

Загальні опитувальники (додаток Б) охоплюють широке коло ознак, спільних для багатьох хвороб, наприклад, обмеження щодо виконання фізичних навантажень, наявність і ступінь вираження больового синдрому тощо. За допомогою загальних опитувальників ЯЖ за певних хвороб можна порівняти з такою в популяції здорових осіб [18]. Для оцінювання ЯЖ у сучасних дослідженнях використовують такі загальні опитувальники: *Sickness Impact Profile*, *McMaster Health Index Questionnaire*, *Nottingham Health Profile*, *General Health Rating Index*, *Quality of Life Index*, *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Status (SF-36)*, *EuroQoL-5D*, *QUALITY OF LIFE (WHOQOL) – BREF*. Недоліком загальних опитувальників є неможливість урахування специфічних симптомів і змін ЯЖ, притаманних певним хворобам. Отже, на результати дослідження можуть впливати чинники, не пов'язані з досліджуваною хворобою. Для детальнішого вивчення змін ЯЖ за окремих нозологічних одиниць використовують специфічні опитувальники. Вони можуть містити питання щодо характеристик певної хвороби або оцінювати певну категорію ЯЖ. Для хворих специфічні опитувальники більш зрозумілі, вони зазвичай коротші, а надійність їхніх результатів вища. Крім того, специфічні опитувальники корисніші для оцінювання впливу лікування на ЯЖ. У наступних розділах подано специфічні опитувальники.

Одним із найбільш широко розповсюджених загальних опитувальників для оцінювання ЯЖ є **Short Form Medical Outcomes Study (SF-36)**. Існують дві версії опитувальника (стандартні і короткі форми), що відрізняються градацією відповідей на окремі питання, водночас версії можна порівняти одна з одною. Стандартні форми оцінюють ЯЖ протягом останніх 4 тижнів. Короткі форми,

що застосовують для короткострокових досліджень, оцінюють параметри ЯЖ протягом 1 тижня.

Усі 36 пунктів опитувальника SF-36 згруповані у вісім шкал: фізичне функціонування, рольова діяльність, тілесний біль, загальне здоров'я, життєздатність, соціальне функціонування, емоційний стан і психічне здоров'я. Показники кожної шкали варіюють між 1 і 100, де 100 – повне здоров'я, шкали формують два показники: душевне і фізичне благополуччя.

Результати подають у вигляді оцінок у балах за 8 шкалами, які складені так, що більш висока оцінка вказує на більш високий рівень ЯЖ [18]. Бланк для анкетування наведено в додатку В. Основні принципи розрахунку показників опитувальника наведено в таблиці 1.

Таблиця 1 – Основний принцип розрахунку показників за опитувальником SF-36

| Показник | Питання | Мінімальне та максимальне значення | Можливий діапазон значень |
|---------------------------------------|--|------------------------------------|---------------------------|
| Фізичне функціонування (PF) | 3 а, 3 б, 3 в, 3 г, 3 д, 3 е, 3 ж, 3 з, 3 и, 3 к | 10–30 | 20 |
| Рольове (фізичне) функціонування (RP) | 4 а, 4 б, 4 в, 4 г | 4–8 | 4 |
| Біль (P) | 7, 8 | 2–12 | 10 |
| Загальне здоров'я (GH) | 1, 11 а, 11 б, 11 в, 11 г | 5–25 | 20 |
| Життєздатність (VT) | 9 а, 9 д, 9 ж, 9 и | 4–24 | 20 |
| Соціальне функціонування (SF) | 6, 10 | 2–10 | 8 |
| Емоційне функціонування (RE) | 5 а, 5 б, 5 в | 3–6 | 3 |
| Психологічне здоров'я (MH) | 9 б, 9 в, 9 г, 9 е, 9 з | 5–30 | 25 |

У пунктах 6, 9 а, 9 д, 9 г, 9 з, 10, 11 проводиться зворотний розрахунок значень.

Формула розрахунку значень

$$\frac{\text{Реальне значення показника} - \text{Мінімально можливе значення показника}}{\text{Можливий діапазон значень} \cdot 100}$$

Проект Всесвітньої організації охорони здоров'я з оцінювання якості життя (**WHOQOL**) був створений у 1991 році. Його метою було розроблення міжнародної методики для оцінювання якості життя, порівнянної в умовах різних культур. Ця методика оцінює відчуття окремих людей у контексті їхньої культури і системи цінностей, а також їхніх особистих цілей, стандартів і інте-

ресів. Методики WHOQOL були розроблені спільними зусиллями цілої низки центрів у різних країнах світу і широко протестовані на місцях.

Короткий опитувальник **WHOQOL-BREF** складається з 26 пунктів, які оцінюють такі широкі галузі: фізичне здоров'я, психологічне здоров'я, соціальні відносини і навколишнє середовище.

1. Фізичне здоров'я (Physical health): діяльність повсякденного життя, залежність від лікарських речовин і медичних засобів, енергія і втома, мобільність, біль і дискомфорт, сон і відпочинок, робоча потужність.

2. Психологічне здоров'я (Psychological health): тілесний образ і зовнішній вигляд, негативні відчуття, позитивні відчуття, самооцінка, духовність / релігія / особисті переконання, мислення, навчання, пам'ять і концентрація.

3. Соціальні відносини (Social relationships): особисті відносини, соціальна підтримка, сексуальна активність.

4. Навколишнє середовище (Environment): фінансові ресурси, свобода, фізична безпека, охорона здоров'я та соціальна допомога (доступність і якість), домашнє середовище, можливості отримання нової інформації та навичок, участь і можливості для відпочинку / дозвілля, фізичне середовище (забруднення / шум / рух / клімат), транспорт.

Українську версію опитувальника і таблиці клієнта, подану на сайті ВООЗ, наведено в додатку Г.

Щоб розрахункова ЯЖ за доменами була однаковою, її перераховують згідно з формулою

$$\text{Перераховане значення} = \frac{\text{Початкове значення} - \text{Мін. можливе значення}}{\text{Макс. можливе значення}}$$

Необхідну інформацію для розрахунків, наведено в таблиці 2.

Таблиця 2 – Характеристика доменів опитувальника WHOQOL-BREF

| Домен | Мінімально можливе значення | Максимально можливе значення | Максимально можливий розмах |
|-----------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Фізичне здоров'я | 7 | 35 | 28 |
| Психічне здоров'я | 6 | 30 | 24 |
| Соціальні відносини | 3 | 15 | 12 |
| Навколишнє середовище | 8 | 40 | 32 |

ОСОБЛИВОСТІ ОПИТУВАННЯ ОРТОПЕДИЧНИХ ХВОРИХ

Основною скаргою пацієнтів із захворюваннями опорно-рухового апарату є біль у суглобах – артралгія. Вона проявляється за умови хвороб суглобового апарату – артриту, артрозу, захворювань м'яких періартикулярних тканин; за патологічних процесів викликаних алергічним синдромом, інфекційних захворювань, хвороб нервової, ендокринної систем, запальних і дистрофічних змін у суглобі та навколишніх м'яких тканинах, функціональних нейросудинних порушень [15].

Ще однією поширеною скаргою хворих є **скутість у суглобах**, особливо під час ранкових годин. Її тривалість може бути різною – від декількох хвилин (**тугорухомість суглобів**) до декількох годин. Ранкова скутість є діагностично значущою, якщо її тривалість перевищує 1 годину. Причинами розвитку ранкової скутості є порушення нормального ритму продукції гормонів надниркових залоз зі зміщенням піку їхнього вивільнення на пізніший період доби, а також накопичення медіаторів запалення в синовіальній рідині запалених суглобів під час сну. Посилення ранкової скутості також пов'язують із розвитком м'язових контрактур. Існує залежність між тривалістю ранкової скутості та активністю захворювання.

Пацієнти також скаржаться на **почервоніння шкіри над суглобом, зміну форми суглоба, його припухання, зміну конфігурації, обмеження рухів**.

Узагальнюючи скарги, дослідник повинен з'ясувати, чи хворого турбує тільки біль у суглобах, чи раніше були ознаки запалення суглобів (артриту). Артрит супроводжується п'ятьма основними ознаками запалення: набряк, підвищення локальної температури, почервоніння шкіри, болісність, порушення функції. Для артралгії притаманна тільки наявність больового синдрому.

Рідше пацієнти скаржаться на **хруст (крепітацію) під час рухів у суглобі**, що нерідко супроводжується болем.

Вивчення характеру больового синдрому є обов'язковою частиною під час збирання анамнезу у хворих із патологією опорно-рухового апарату. Водночас уточнюють:

1. У якому саме суглобі локалізований біль, місце максимального болю, його іррадіація?
2. Поширення ураження: моноартрит (ураження одного суглоба), олігоартрит (ураження 2–3 суглобів) чи поліартрит (ураження багатьох суглобів).
3. Який суглоб був уражений на початку захворювання?
4. Симетричність ураження суглобів.
5. Наявність ознак запалення: загальних (підвищення температури тіла, загальна слабкість, кволість, пітливість) і локальних (почервоніння, набряк, біль).

6. Наявність обмеження за умови рухів у суглобах.

7. Інтенсивність больового синдрому (визначають за методикою, викладеною вище).

8. Ритм больового синдрому: біль виникає зранку, увечері, уночі; під час якої пори року, зв'язок із метеочинниками (біль «на зміну погоди»).

9. Які чинники провокують біль, а які зменшують, чи є зв'язок із рухами? Характер болу може бути: запальним – біль більш виражений у спокої або ж біль інтенсивний на початку руху, ніж наприкінці, рухи зменшують біль; больові відчуття і скутість більше турбують уранці; механічним – біль пов'язаний із рухами у суглобі: чим більше хворий рухається, тим сильніший біль, спокій зменшує симптоматику; постійним – болі виразні, виснажливі, різко посилюються вночі.

10. Гострота початку захворювання. Гострий початок – основні симптоми захворювання виникають упродовж декількох годин, рідше днів. За підгострого початку основні симптоми розвиваються поступово, інколи впродовж місяця.

11. Локалізація больового синдрому здебільшого відповідає враженому суглобу, проте нерідко можливий «віддзеркалений» біль. Наприклад, у разі ураження кульшового суглоба біль може виникати у пахвинній і сідничній ділянках чи в ділянці колінного суглоба; за плоскостопості – у гомілковостопному, колінному та навіть кульшовому суглобах; за грудного спондиліозу – у поперековій ділянці; за фіброміалгії – дифузний біль по всій кінцівці; за тендиніту двоголового м'яза плеча – у плечовому суглобі.

12. Варіанти перебігу больового синдрому: перебіг без прогресування, повільно прогресуючий перебіг, швидко прогресуючий перебіг, хвилеподібний перебіг без прогресування, хвилеподібний перебіг із неухильним прогресуванням, рецидивний прогресуючий перебіг, рецидивний регресуючий перебіг.

Збирання анамнезу захворювання. Під час опитування (збирання анамнезу) пацієнтів необхідно звернути увагу на початок захворювання, уточнити, у якому віці з'явилися артралгії чи артрит, з чим пов'язано їхнє виникнення (попередня носоглоткова, кишкова, сечостатева інфекції, алергія, вакцинації, травми, стрес, переїдання і зловживання алкоголем, пологи, викидні). Вагоме значення має вплив фізичних чинників (перегрівання, переохолодження, значні фізичні навантаження, вібрація, професійні шкідливості тощо), наявність супутніх захворювань (ожиріння, цукровий діабет, злякисні новоутворення). Необхідно з'ясувати сімейний анамнез, передусім щодо захворювань опорно-рухового апарату.

Важливо також установити чинники, які зменшують і посилюють больовий синдром. Якщо пацієнт тривало страждає на захворювання суглобів, то необхідно встановити характер його перебігу, частоту рецидивів, терміни й хара-

ктер змін суглобового синдрому, час появи перших дефігурацій і деформацій, наявність ремісій і їхню тривалість (виявити чинники, які сприяли ремісії), характер і ефективність попереднього лікування і реабілітаційних заходів.

У практиці реабілітаційних установ для хворих із порушеннями опорно-рухового апарату застосовують різні інструменти обстеження: шкали / тести / опитувальники. Серед спеціалізованих шкал, які можна використовувати в опитуванні ортопедичних пацієнтів, найбільшого поширення набули: шкала інтенсивності болю, шкала ВАШ, функціональний індекс Лі, опитувальник McGill University Pain Questionnaire – MPQ, Стенфордська анкета оцінювання здоров'я.

Інтенсивність болю за 4-бальною шкалою:

0 балів – відсутність больового синдрому;

1 бал – мінімальний біль, який не потребує лікування, не викликає зниження працездатності, не перешкоджає сну;

2 бали – помірний біль, який знижує працездатність, обмежує самообслуговування, добре піддається лікуванню знеболювальними препаратами (анальгетиками);

3 бали – сильний, майже постійний біль, який погано знімають анальгетики, різко знижує професійну і побутову працездатність, перешкоджає сну;

4 бали – це біль надзвичайної інтенсивності, наприклад, «простирадловий біль», за якого внаслідок імовірного посилення больових відчуттів хворий боїться навіть дотику простирадла. Цей біль повністю знерухомлює пацієнта, порушує його сон.

Візуально-аналогова шкала (ВАШ)

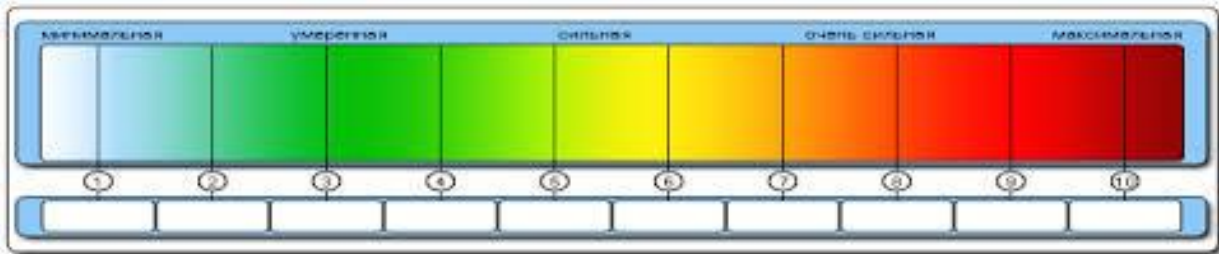
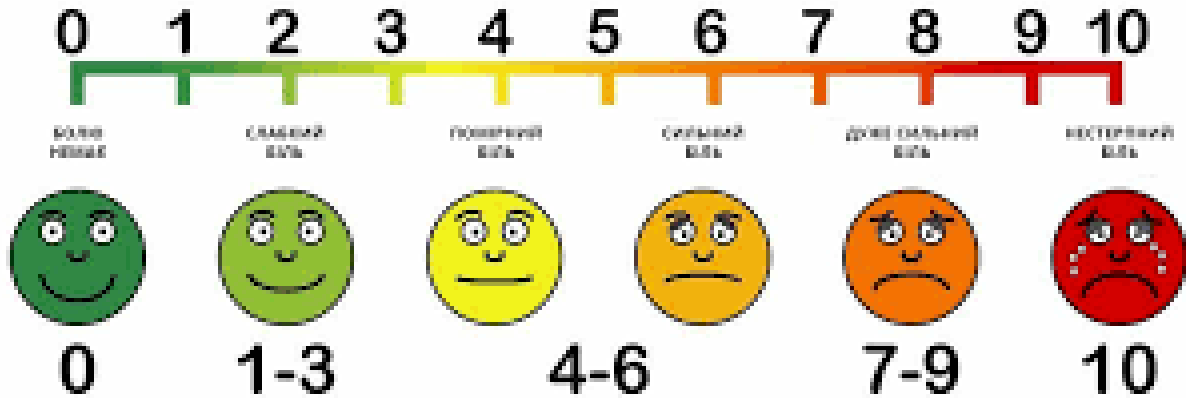
Інтенсивність больового синдрому за **візуально-аналоговою шкалою (ВАШ)** має різну інтерпретацію. Наприклад, на папері креслять пряму лінію із сантиметровими позначками від 0 см до 10 см. Хворому пропонують згадати найсильніший біль, який він відчував у своєму житті (наприклад, після падіння, травми тощо) та взяти інтенсивність перенесеного болю за 10 см.

Відсутність болю – це 0 см. За наявності болю в суглобах хворий самостійно порівнює його інтенсивність із найсильнішим болем в анамнезі та відкладає на шкалі число сантиметрів, яке відповідає інтенсивності больових відчуттів на час обстеження.

Виділяють також такі градації больового синдрому: 2 бали – помірний біль, 4 бали – середній біль, 6 балів – сильний біль, 8 балів – дуже сильний біль, 10 балів – максимальний біль.

Шкала болю – індивідуальна. Не можна порівнювати інтенсивність болю за ВАШ у різних пацієнтів.

ШКАЛА ОЦІНКИ ІНТЕНСИВНОСТІ БОЛЮ



Функціональний індекс Лі

Функціональний індекс Лі визначають за допомогою опитувальника, що містить 17 питань, які з'ясовують можливість виконання певних елементарних побутових дій з урахуванням участі різних груп суглобів (табл. 3).

Максимально можлива сума балів під час визначення функціонального індексу Лі дорівнює 51, тобто чим більша величина функціонального індексу, тим більше виражені функціональні порушення у хворого. Цей індекс дає змогу визначати глибину уражень різних груп суглобів.

Таблиця 3 – Опитувальник для визначення індексу Лі

| № пор. | Питання | Відповіді та оцінка | | |
|--------|---|-----------------------------|-----------------------------------|-------------|
| | | Так, без ускладнень (1 бал) | Так, але з ускладненнями (2 бали) | Ні (3 бали) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | Чи можете ви повертати голову в різні боки? | | | |
| 2 | Чи можете ви причісувати своє волосся? | | | |
| 3 | Чи можете ви розщепнути гудзики? | | | |
| 4 | Чи можете ви відчинити двері? | | | |
| 5 | Чи можете ви підняти чайник? | | | |

Продовження таблиці 3

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---------------|---|---|---|---|
| 6 | Чи можете ви підняти чашку однією рукою, щоб пити з неї? | | | |
| 7 | Чи можете ви повернути ключ у замку? | | | |
| 8 | Чи можете ви різати м'ясо ножем? | | | |
| 9 | Чи можете ви намазати хліб маслом? | | | |
| 10 | Чи можете ви завести наручний годинник? | | | |
| 11 | Чи можете ви ходити? | | | |
| 12 | Чи можете ви пересуватися: 1) без сторонньої допомоги; 2) милиць; 3) палиці? | | | |
| 13 | Чи можете ви підійматися сходами? | | | |
| 14 | Чи можете ви спускатися сходами? | | | |
| 15 | Чи можете ви прямо піднятися зі стільця? | | | |
| 16 | Чи можете ви стояти на пальцях? | | | |
| 17 | Чи можете ви нахилитися, щоб підняти щось із підлоги? | | | |
| ЗАГАЛЬНА СУМА | | | | |

Для оцінювання функціональної спроможності опорно-рухового апарату за різних захворювань суглобів застосовують окремі функціональні індекси і системи оцінювання здоров'я. Так, для оцінювання функціональної активності хворих із гонартрозом (остеоартрозом колінного суглоба) і коксартрозом (остеоартрозом кульшового суглоба) використовують індекс Лекена, для оцінювання функціональної активності хворих із артрозом кистей – Функціональний індекс Драйзера для ОА суглобів кистей (додаток Е).

Стенфордська анкета оцінювання здоров'я

Для оцінювання функціонального статусу пацієнта рекомендовано використовувати Стенфордську анкету оцінювання здоров'я (табл. 4). В анкетах порівнюють отримані величини в динаміці лікування.

У кожному рядку анкети відзначте відповідь, яка найбільше відповідає вашому стану.

Таблиця 4 – Стенфордська анкета оцінювання здоров'я хворого на ревматоїдний артрит

| № пор. | Здатність зараз | Вільно | З незначним ускладненням | Зі значним ускладненням | Не можу виконати |
|--------|--|--------|--------------------------|-------------------------|------------------|
| 1 | Одягнутися, зокрема зав'язати шнурки і заціпати гудзики? | | | | |
| 2 | Лягти в ліжку і встати з нього? | | | | |
| 3 | Піднести наповнену чашку до рота? | | | | |
| 4 | Здійснювати прогулянки до дому? | | | | |
| 5 | Вимити й витерти все тіло? | | | | |
| 6 | Нахилитися й підняти предмет із підлоги? | | | | |
| 7 | Відкрити й закрити кран? | | | | |
| 8 | Сісти в машину і вийти з неї? | | | | |

Опитувальник болю Макгілла (McGill University Pain Questionnaire – MPQ

Для оцінювання багатомірного больового феномену використовують метод багатомірної семантичної дескрипції болю, основою якого є **Мак-Гилівський больовий опитувальник** [12].

Він містить 78 слів дескрипторів болю, зведених у 20 підкласів (підшкал) за принципом змістового значення і містить три головні класи (шкали): сенсорний з 1 до 13 (Pri sen), афективний із 14 до 19 (Pri af) і 20-й евалюативний (Pri ev). Евалюативна шкала складається усього з 5 слів, які виражають узагальнену суб'єктивну оцінку подібно звичайній вербальній шкалі. У кожному підкласі дескриптори розташовані за наростанням інтенсивності. Обстежуваний має вибрати один із них, найбільш відповідний його больовим відчуттям (не обов'язково в кожній) (табл. 5).

Таблиця 5 – Бланк «Опитувальник болю Макгілла (McGill University Pain Questionnaire – MPQ)» [6]

| ПІВ | | дата | |
|-----|--|------|--|
| 1 | <ul style="list-style-type: none"> • пульсуючий • переймоподібний • смикаючий • стьобаючий • колотячий • довблячий | 2 | подібний до: <ul style="list-style-type: none"> • разряду струму • удару струму • пострілу |
| 3 | <ul style="list-style-type: none"> • колючий • впиваючий • буравлячий • свердлячий • пробиваючий | 4 | <ul style="list-style-type: none"> • гострий • ріжучий • тягнучий |
| 5 | <ul style="list-style-type: none"> • давлячий • тиснучий • щемлячий • стискаючий • роздавлюючий | 6 | <ul style="list-style-type: none"> • тягнучий • викручуючий • вирываючий |
| 7 | <ul style="list-style-type: none"> • гарячий • пекучий • ошпарюючий • палючий | 8 | <ul style="list-style-type: none"> • сверблячий • пощипуючий • роз'їдаючий • жалючий |
| 9 | <ul style="list-style-type: none"> • тупий • ниючий • роздроблюючий • ломлячий • розколюючий | 10 | <ul style="list-style-type: none"> • розпираючий • розтягуючий • надриваючий • розриваючий |
| 11 | <ul style="list-style-type: none"> • розлитий • поширений • проникаючий • пронизуючий | 12 | <ul style="list-style-type: none"> • дряпаючий • ударяючий • деручий • пиляючий • гризучий |
| 13 | <ul style="list-style-type: none"> • німий • зводячий • льодяний | 14 | <ul style="list-style-type: none"> • стомлюючий • вимотуючий |
| 15 | викликає відчуття: <ul style="list-style-type: none"> • нудоти • ядухи | 16 | викликає відчуття: <ul style="list-style-type: none"> • тривоги • страху • збентеженості |
| 17 | <ul style="list-style-type: none"> • гнітить • дратує • сердить • спричинює ярість • доводить до відчаю | 18 | <ul style="list-style-type: none"> • знесилює • осліплює |
| 19 | <ul style="list-style-type: none"> • біль-перешкода • біль-докір • біль-страждання • біль-мука • біль-катування | 20 | <ul style="list-style-type: none"> • слабкий • помірний • сильний • дуже сильний • нестерпний |

Оброблення даних зводиться до отримання двох основних показників: рангового індексу болю (PRI) – суми рангів, присвоєних кожному з дескрипторів у сенсорній, афективній та евалюативній шкалах; індекс дескрипторів (NWC) – кількості вибраних слів-визначень. Додатково вираховують суму всіх рангових індексів болю (TPRI).

На думку дослідників, використання зазначеного методу має певні недоліки. Так, опитувальник містить терміни, які не завжди зрозумілі для широкого загалу пацієнтів (біль, що супроводжується посмикуванням і затерпанням тощо), і доводиться роз'яснювати їхній зміст. Окремі субшкали дуже схожі між собою, і це ускладнює вибір дескриптора пацієнтом, який має обрати лише одне слово в підкласі. На результати опитувальника можуть вплинути висока тривожність та особливості психотипу пацієнта [8]. Але все ж таки саме цей опитувач отримав міжнародне визнання і переведений на більшість європейських мов.

ОСОБЛИВОСТІ ОПИТУВАННЯ НЕВРОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

Неврологічне обстеження складається з двох незалежних компонентів: збирання анамнезу захворювання та об'єктивного дослідження неврологічного статусу пацієнта. Анамнез є в неврології надзвичайно важливим і дає можливість установити діагноз чи наблизитися до нього в 60–70 % випадків.

Основні принципи збирання анамнезу в неврологічному обстеженні:

- дати можливість пацієнту самостійно, своїми словами висловити основні скарги та причину звертання;
- намагатися створити атмосферу спокою, доброзичливості та довіри, щоб зняти напругу, тривогу в пацієнта, відрекомендується йому;
- уточнювальні запитання ставити тільки після того, як висловиться пацієнт; не заперечувати, звернути увагу на своєрідні висловлювання, які зроблені у специфічних формулюваннях, мовою, що притаманна пацієнту; уточнити їх і привести до однакового розуміння того чи іншого симптому та прояву;
- бути послідовними в опитуванні, дотримуючись такого: наявні скарги пацієнта та причини його звертання, систематичний аналіз скарг і розвитку захворювання, попередня медична історія (захворювання та втручання в минулому), життєві звички, нейровегетативні функції, особистісна та соціальна ситуація, сімейний анамнез.

Послідовність збирання загального анамнезу в неврологічному обстеженні

1. Самостійне викладення пацієнтом поточних скарг, більш точна інформація може бути отримана за допомогою спеціальних питань до пацієнта.
2. Систематичний аналіз поточних скарг.
3. Попередній медичний анамнез:
 - самостійне викладення пацієнтом відомостей щодо захворювань і втручань;
 - специфічне опитування лікарем, особливо щодо попередніх станів, що можуть стосуватися поточних скарг;
 - історія народження, вагітності в матері та періоду раннього розвитку, якщо це потрібно.
4. Життєві звички: алкоголь і паління тютюну, прийом медикаментів, заборонені медикаменти (алергія тощо), потенціально токсичні чинники навколишнього середовища.
5. Нейровегетативні функції: сон, харчування, сечовипускання, сексуальна дисфункція.
6. Персональна та соціальна ситуація пацієнта:
 - освіта, професія, сімейне / соціальне / фінансове положення, будь-які поточні проблеми та конфлікти (уся інформація, що може стосуватися теперішнього захворювання чи впливати на здатність пацієнта впоратися з теперішнім станом);

– поведінка пацієнта, манера розмови, жестикуляція, мімічна експресія, емоційне реагування, реакція на запитання тощо дає лікарю загальне уявлення про особистість пацієнта.

7. Сімейна історія (анамнез).

Анамнез теперішнього захворювання в неврологічному обстеженні [11]

1. Головний, провідний (ні) симптом (и):

а) спонтанне викладення хворим, уточнене спеціальними питаннями:

– Як довго ці симптоми наявні? Де вони локалізуються?

– Як вони починались (раптово, поступово або після специфічного чинника чи події)?

– Як вони розвиваються протягом часу (є стабільними, зменшуються, збільшуються, флюктуують, коливаються у проявах)?

– Що впливає на симптоми (покрощуючи та погіршуючи впливи, медикаменти)?

– Який вплив симптомів (на повсякденне життя, роботу, емоційний стан пацієнта)? Чи є потреба в лікуванні?

2. Поточні супутні симптоми та прояви: є особливо важливим доповнити скарги пацієнта специфічними запитаннями про супутні прояви, навіть якщо він сам цього не висловлює. Досвідчений лікар знає, які запитання поставити в кожному випадку (характер болю, часові особливості тощо).

3. Минула медична історія:

– чи не було раніше симптомів або станів, що могли б стосуватися наявного захворювання (наприклад, минулі порушення мозкового кровообігу в пацієнта, що страждає зараз на гострий інсульт);

– чи мав пацієнт будь-які чинники, що можуть бути взяті до уваги в плані наявних скарг і стану (наприклад, паління у хворого з раком легень).

4. Сімейна історія, що може стосуватися поточного стану: це може підсилювати підозру щодо конкретного діагнозу (подібні симптоми у кровних родичів чи батьків).

Наприклад, за невралгії трійчастого нерву (V пара ЧМН) частою є скарга на пароксизми (напади) гострого, нестерпного болю, що мучить, відповідної зоні іннервації однієї або декількох гілок трійчастого нерва, переважно II або III. Пронизливий біль виникає раптово, дуже інтенсивний і триває кілька секунд, часто провокується дотиком до певних (тригерних) зон у ділянці обличчя або ротової порожнини. Крім пароксизмальної невралгії, пацієнта може турбувати симптоматичний лицьовий біль, який має постійний, зазвичай ниючий характер різного ступеня інтенсивності. Такий біль може бути викликаний захворюванням зубів, синуситами, запальними захворюваннями в ділянці очей та обличчя, пухлинами.

У методику неврологічного огляду слухового нерва (VIII пара ЧМН) входить опитування скарг на зниження чи втрату слуху, наявність шуму (тріска, свисту, дзвону) у вусі. Якщо скарг немає, опитування може бути достатньо. Для більш детального огляду лікар перевіряє, чи пацієнт розрізняє шепітну промову на відстані шести метрів. Перевірка функції IX пари ЧМН (язико-глотковий) містить опитування щодо смаку. Додатково вивчають вегетативні функції цих нервів. Для IX пари з'ясовують наявність сухості в роті, для X (блукаючий) – порушення функцій внутрішніх органів.

Під час вивчення вищих мозкових функцій оцінюють настрій пацієнта, рівень уваги, швидкість і адекватність відповідей на питання, його поведінку, манеру одягатися. Якщо пацієнт швидко розуміє суть питань, формулює чіткі відповіді, фокусує увагу на обговорюваній темі, не відволікається на другорядні моменти, то психічну діяльність такого пацієнта оцінюють як нормальну і тестування когнітивних функцій не проводять. Якщо хворий сповільнений, насилу підбирає слова, не цілком адекватний у своїх думках і поведінці, не охайний в одязі, апатичний, байдужий або агресивний, негативно ставиться до медичного огляду, необхідно поглиблене дослідження когнітивних функцій. Є досить швидкі тести для ефективного оцінювання проблем комунікації, наприклад шкали Гудгласа і Каплана.

Інтегральне оцінювання когнітивних функцій за допомогою шкали Гудгласа і Каплана

Інтегральне оцінювання когнітивних функцій за допомогою шкали Гудгласа і Каплана є швидким шестибальним тестом, що спрямований на оцінювання порушень комунікації. Оцінюють афазію та якість життя, що дає змогу спланувати реабілітаційне лікування. Водночас оцінюють афазичні синдроми. Значення є в межах від 0 до 5 балів (табл. 6).

Таблиця 6 – Інтегральне оцінювання когнітивних функцій (шкала Гудгласа і Каплана)

| Бал | Порушення комунікації |
|------------|---|
| 0 | Відсутнє зрозуміле мовлення і немає розуміння мови |
| 1 | Комунікація лише у фрагментарних виразах: слухач повинен доскіпуватися до інформації, детальніше запитувати або здогадуватися про значення того, що сказано. Кількість інформації, яку може бути передано, обмежена, і співрозмовник отримує основне комунікативне навантаження |
| 2 | Розмова на знайому тему можлива за допомогою співрозмовника. Часто буває неможливо висловити думку. Пацієнт і співрозмовник, як і раніше, приблизно однаково сприяють розмові |

Продовження таблиці 6

| Бал | Порушення комунікації |
|-----|--|
| 3 | Пацієнт може розмовляти практично на будь-яку повсякденну тему, потребуючи водночас незначної або загалом не потребуючи підтримки, хоча мова і порушення розуміння впливає на розмову на певні теми або може навіть зробити їх неможливими |
| 4 | Плинність мови помітно знижується або розуміння мови чітко обмежене. Проте немає жодних суттєвих порушень, що впливають на змістовність мови |
| 5 | Труднощі мови практично непомітні. Пацієнт може відчувати суб'єктивні труднощі, про які співрозмовник не знає |

Однією з провідних проблем сучасної медицини, насамперед у зв'язку з великою інвалідизацією та смертністю серед дорослого населення планети, є гострий інсульт. Переважно наслідками інсульту є рухові розлади, зазвичай, односторонні геміплегії і геміпарези, які спочатку мляві, а незабаром переходять у типовий для інсультів спастичний параліч зі згинальними контрактурами в суглобах руки і розгинальними – у нозі. Виникають зміни тону м'язів паретичних кінцівок, постінсультуральні трофічні порушення, пролежні, порушення чутливості, центральний больовий синдром, дисфагія, мовні та зорові порушення, розлади психіки [10].

Шкала оцінювання когнітивних розладів

Шкала оцінювання когнітивних розладів – враження клініциста про ступінь тяжкості на основі інтерв'ю (CIBIS).

Опитування ґрунтується, зокрема, на шкалі загального клінічного враження про зміну стану сумісного дослідження хвороби Альцгеймера. У ньому визначено чотири основні категорії для оцінювання: загальні відомості, психічний / когнітивний стан, поведінка і діяльність у повсякденному житті. Шкала CIBIS є першим етапом загального оцінювання стану, рекомендованою в матеріалах FDA, і вимагає абсолютного повного оцінювання ступеня тяжкості під час визначення стану за довільною 7-бальною шкалою, від дуже легкого до дуже важкого стану, стосовно повного діапазону симптоматики деменції.

Інструкція з оцінювання: базове опитування – це єдиний етап, який пацієнт і опікун проходять разом. Мета полягає в тому, щоб можна було провести оцінювання і підтвердження інформації, отриманої від одного респондента, порівняно з інформацією, отриманою від іншого респондента, для того щоб скласти найбільш надійне базове враження про тяжкість захворювання. Опитування проводять у напівдовільній формі. У ньому визначено чотири основні категорії для оцінювання: загальні відомості, психічний / когнітивний стан, поведінка та повсякденна діяльність. Кожна з цих категорій поділяється на групи (табл. 7). Бланки для оцінювання кожної категорії наведено в додатку Ж.

Таблиця 7 – Складові категорії шкали оцінювання когнітивних розладів

| Категорії | Групи |
|------------------------------|--|
| Загальні відомості | <ul style="list-style-type: none"> – відповідний анамнез; – спостереження / обстеження |
| Психічний / когнітивний стан | <ul style="list-style-type: none"> – пробудження / пильність / увага / концентрація; – орієнтація; – пам'ять; – мова / мовлення; – праксис; – судження / розв'язання проблем / критичність |
| Поведінка | <ul style="list-style-type: none"> – зміст думок; – галюцинації / хибні уявлення / ілюзії; – поведінка / настрої; – сон / апетит; – неврологічна / психомоторна активність |
| Повсякденна діяльність | <ul style="list-style-type: none"> – основна / із застосуванням інструментів; – соціальне життя |

Кожну групу оцінюють із використанням перевірочних засобів (зондів). Для всіх груп передбачені деякі запропоновані перевірочні дані. Інтерв'юєрові пропонують вибрати додаткові зонди для підвищення повноти опитування. Для оцінювання психічного / когнітивного стану на вибір інтерв'юєра може бути використаний психометричний тест (тест Рея на слухомовну пам'ять, тест Бушке на селективне запам'ятовування, субтест на логічну пам'ять, шкали пам'яті Векслера, тест Нью-Йоркського університету на семантичну пам'ять, тест на визначення функції руки Соллермана (Sollerman hand function test)). Обраний тест потрібно зазначити у відповідному місці у формі історії хвороби. Кількість часу для цього інтерв'ю не уточнюють. За статистикою може знадобитися від 30 до 45 хвилин.

Для оцінювання когнітивних функцій зондами можуть бути результати тестів ADAS-COG+, MMSE, NPI і DAD. Для оцінювання поведінки – Единбургська шкала післяпологової депресії EPDS, опитувальник здоров'я пацієнта RHQ-9, опитувальник із генералізованої тривоги GAD-2 або GAD 7, шкала оцінювання соціальної фобії Mini-SPIN, шкала BARHTEL, шкала NIHSS, Скандинавська шкала інсульту, шкала Хачінського, Європейська шкала інсульту, шкала Розена, шкала NRS, шкала денної сонливості Епворт (Epworth). Для оцінювання повсякденної діяльності – опитувальники SF-12 та SF-36, шкала функціональної незалежності (FIM).

Ступінь тяжкості захворювання (бали за шкалою CIBIS) оцінюють за 7-бальною шкалою, що подана у формі історії хвороби. Після визначення ступеня тяжкості захворювання клініциста просять указати за аналогічною шкалою, якою мірою інформація кожної з чотирьох категорій допомогла визначити оцінку CIBIS. На кожній шкалі в точці, яку лікар вважає найкращою відповід-

до, що найбільш точно відповідає істині, повинна бути намальована вертикальна помітка. Кожна категорія має бути оцінена незалежно одна від одної. Бали не додаються.

Коротка інструкція: базове інтерв'ю потрібно проводити у присутності і пацієнта, і опікуна. Показники можна оцінювати в будь-якому порядку. Проте важливо, щоб кожна категорія була розглянута і дані спостереження детально фіксувались, аби полегшити оцінювання змін за наступних обстежень. Крім того, варто провести певне оцінювання психічного / когнітивного стану. Ступінь тяжкості захворювання потрібно визначати за інформацією, отриманою з усіх відповідних джерел: пацієнта, опікуна, вихователя, членів групи навчання тощо. Крім того, результати всіх скринінгових тестів і даних основних психометричних досліджень повинні бути записані на останній сторінці цього розділу і враховуватися під час визначення кількості балів за шкалою CIBIS.

Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS)

HADS – шкала коротка і проста у використанні, була розроблена з метою виявлення стану депресії, тривоги й емоційних розладів. Використовують і в роботі з пацієнтами / клієнтами, які мають порушення серцево-судинної та/і дихальної системи. Переглядаючи бланк (додаток И) опитувальника, пацієнту / клієнту потрібно ставити відмітку поруч із відповіддю, яка є найближчою до того, як він почувався минулого тижня, не замислюючись довго над відповідями. Негайна відповідь є найкращою.

Тестування виконують близько 2–6 хвилин. Особа, що проводить опитування, підраховує результати згідно з назвою колонки (Д або Т).

Результат:

Норма – 0–7.

Пограничний стан – 8–10.

Патологія (розлад) – 11–21.

ОСОБЛИВОСТІ ОПИТУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СЕРЦЕВО-СУДИННИМИ ПАТОЛОГІЯМИ

Серцево-судинні патології класифікують так: ішемічна хвороба серця, дисліпідемії, артеріальна гіпертензія, кардіоміопатії, міокардити, перикардити, набуті вади серця, порушення ритму і провідності серця, хронічна серцева недостатність, нейроциркуляторна дистонія.

Під час опитування пацієнта з патологіями серцево-судинної системи потрібно враховувати сімейний анамнез серцево-судинних захворювань, ранній клімакс, малорухливий спосіб життя, психосоціальні та соціально-економічні чинники, частоту серцевих скорочень (значення в стані спокою > 80 уд./хв), коморбідні патології, цукровий діабет, цереброваскулярну патологію (гостре порушення мозкового кровообігу ішемічного або геморагічного характеру), захворювання серця (інфаркт міокарда, стенокардія, перенесені операції), патології нирок (ниркова недостатність, діабетична нефропатія, протеїнурія, ретинопатію (геморагії, ексудати, набряк диска зорового нерва).

Основним клінічним симптомом ІХС є стенокардія, переважно причиною її появи є обструкція коронарних судин атеросклеротичною бляшкою, що призводить до зменшення кровопостачання міокарда. Збирання анамнезу залишається основним елементом діагностики стенокардії. Здебільшого анамнез дозволяє встановити точний діагноз, а фізикальне обстеження та інструментальні методи дослідження необхідні для його підтвердження чи виключення альтернативної патології. Рекомендовано обов'язково запитувати пацієнтів як про біль, так і інший дискомфорт у грудях, оскільки достатньо часто стенокардію сприймають не як біль, а як відчуття стискання, тяжкості тощо (табл. 8) [14].

Характеристика болю та/або дискомфорту під час нападу стенокардії

Локалізація: за грудиною біль із можливою іррадіацією в нижню щелепу, ліве плече, епігастральну ділянку, спину або верхні кінцівки.

Характер: пекучий, стискальний, розпиральний; відчуття стискання, напруження, тяжкості, печії; не залежить від фази дихання та зміни положення тіла. Стенокардію може супроводжувати задишка, а також менш специфічні симптоми, такі як слабкість, нудота, відчуття тривоги, запаморочення. Задишка може бути єдиним симптомом стабільної ІХС, проте в такому разі необхідна диференційна діагностика з патологією органів дихання.

Тривалість: кілька хвилин (зазвичай не більше ніж 10).

Зв'язок із чинниками, які викликають дискомфорт або полегшують стан: виникає на фоні фізичного навантаження або емоційного стресу, минає упродовж кількох хвилин після припинення дії провокаційних чинників або вживання нітратів. Посилення симптомів за фізичної активності після переїдання чи в ранкові години одразу після сну також є класичною ознакою стенокардії.

Таблиця 8 – Клінічна диференційна діагностика ангінозного та неангінозного болю

| Типи стенокардії | Характер болю |
|---------------------------|--|
| Типовий напад стенокардії | 1. Біль (дискомфорт) характерної локалізації, характеру та тривалості. 2. Причиною виникнення є фізичне навантаження або емоційний стрес. 3. Минає впродовж кількох хвилин після припинення дії провокаційних чинників або вживання нітратів |
| Атипова стенокардія | Дві з перерахованих ознак |
| Біль іншої етіології | Одна з перерахованих ознак або жодної |

Ретельний анамнез за **артеріальною гіпертензією** повинен ураховувати таке:

- час першої діагностики гіпертонії, зокрема записи про будь-які попередні медичні обстеження, госпіталізацію тощо;
- будь-які поточні та минулі значення АТ;
- поточні й минулі антигіпертензивні препарати;
- вживання інших ліків;
- сімейний анамнез гіпертонії, ССЗ, інсульту або ниркового захворювання;
- спосіб життя, зокрема рівні тренування, зміни маси тіла, історію дієти, історію куріння, вживання алкоголю, вживання наркотиків, розлади сну та вплив будь-якого лікування на статеву функцію;
- історія будь-яких супутніх чинників серцево-судинного ризику;
- деталі та симптоми минулих і нинішніх супутніх захворювань.

Під час збирання анамнезу в пацієнтів / клієнтів із **серцевою недостатністю** найбільш розповсюдженими симптомами будуть названі кардіалгія, задишка, напади ядухи, кашель, кровохаркання і периферичні набряки. Такі симптоми виникають, якщо є ураження серцевого м'яза, магістральних судин, клапанного апарату серця (ІХС, первинна і вторинна кардіоміопатія, дифузний міокардит, вроджені й набуті вади серця й великих судин, артеріальна гіпертензія) і тяжкі порушення серцевого ритму і провідності [13].

У сучасних клінічних дослідженнях одним з основних інструментів оцінювання стану пацієнта із серцево-судинними патологіями є стандартизовані опитувальники. Серед них – **опитувальники** якості життя (ЯЖ) зі специфікою щодо серцево-судинних патологій.

Для вивчення специфічних змін ЯЖ за стенокардії використовують опитувальник Seattle Angina Questionnaire (SAQ), за інфаркту міокарда – MacNew Heart Disease Health-related Quality of Life і MIDAS, за аритмій – Aquarel. Найбільше опитувальників розроблено для оцінювання ЯЖ хворих із серцевою недостатністю. Найінформативнішими є Minnesota Living with Heart Failure

Questionnaire, Kansas City Questionnaire, Chronic Heart Failure Questionnaire, Severe Heart Failure Questionnaire. З метою підвищення значущості оцінювання ЯЖ інколи поєднують загальні та специфічні опитувальники, а за необхідності використовують декілька специфічних опитувальників [5].

Опитувальник MacNew Heart Disease Health-related Quality of Life (MacNew) дозволяє оцінити вплив патологій серцево-судинної системи на повсякденну фізичну, емоційну і соціальну активність пацієнта протягом останніх двох тижнів. Існує модифікована і скорочена версія опитувальника «Якість життя після інфаркту міокарда» (QLMI – Quality of Life after Myocardial Infarction, 1991 г.). Цей опитувальник дає змогу визначити суб'єктивне сприйняття хворим проблем, пов'язаних із наявністю у нього ІХС, та їхнього впливу на повсякденну рухову діяльність і психоемоційний стан. Опитувальник містить 27 запитань, які розділені на 3 підгрупи, з яких 13 пунктів відображають фізичну, 13 пунктів – емоційну та 5 пунктів – соціальну підшкали. Аналіз проводять за бальною системою – від 1 (низька ЯЖ) до 7 балів (високий рівень ЯЖ). Валідизацію україномовної версії опитувальника MacNew було проведено у Волинському обласному центрі кардіоваскулярної патології та тромболізісу в межах Європейського проекту з оцінювання ЯЖ у хворих із патологією серця (HeartQoL Project).

Робочою групою Європейської асоціації з профілактики серцево-судинних захворювань і реабілітації розроблено новий специфічний для ІХС опитувальник оцінювання ЯЖ за різних клінічних форм ІХС, зокрема за серцевої недостатності, інфаркту міокарда та хронічної серцевої недостатності ішемічного походження. Цей опитувальник отримав назву HeartQoL. Він був створений у межах міжнародного багатоцентрового дослідження за участю 22 країн. Опитувальник HeartQoL заснований на трьох опитувальниках для оцінювання ЯЖ хворих на ІХС. Його основу становили Сієтлський опитувальник для стенокардії (SAQ), опитувальник MacNew для оцінювання ЯЖ хворих після ІМ та Міннесотський опитувальник про життя із серцевою недостатністю (MLHF) (додаток К) [22].

Опитувальник HeartQoL містить 14 пунктів, з яких формуються фізична (10 пунктів) та емоційна (чотири пункти) підшкали. Для кожної з підшкал опитувальника HeartQoL передбачено оцінювання від 0 (низька ЯЖ) до 3 (висока ЯЖ), можливе також інтегральне оцінювання. І інтегральна шкала, і підшкали розраховуються як середнє значення балів. Більш високий бал указує на кращий результат [20]. За даними робочої групи Європейської асоціації з профілактики серцево-судинних захворювань і реабілітації та ЕОК, опитувальник HeartQoL продемонстрував високу надійність, достатню дискримінантну валідність. Наявність універсального психометричного інструменту для оцінювання ЯЖ хворих на ІХС дає можливість виявити перехід однієї клінічної форми ІХС в іншу.

ОСОБЛИВОСТІ ОПИТУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ДИХАЛЬНИМИ ПАТОЛОГІЯМИ

Хвороби органів дихання класифікують так: гострі респіраторні захворювання верхніх дихальних шляхів, грип і пневмонія, інші гострі респіраторні інфекції нижніх дихальних шляхів, інші хвороби верхніх дихальних шляхів, хронічні хвороби нижніх дихальних шляхів, хвороби легень унаслідок зовнішніх чинників, інші респіраторні хвороби, які травмують інтерстиціальну тканину, гнійні захворювання нижніх дихальних шляхів, інші хвороби плеври, інші хвороби органів дихання.

Анамнез захворювання в разі ураження органів дихання суттєво допомагає визначити попередній діагноз. Серед скарг пацієнтів / клієнтів можна виділити основні: задишка, ядуха, кашель, кровохаркання, болі в грудній клітці й другорядні: підвищення температури тіла, пітливість, загальна слабкість. Тому опитування пацієнта можна проводити за таким планом:

1. Опитати про основні скарги хворого: кашель, задишка, кровохаркання, біль у грудній клітці.

2. Опитати про інші скарги: гарячка, загальна слабкість, втрата апетиту.

У пацієнта із підозрою на **ХОЗЛ** необхідно зібрати детальний анамнез:

– вплив чинників ризику (паління, вплив шкідливих чинників – професійних або навколишнього середовища);

– попередній медичний анамнез (астма, алергія, синусити, назальні поліпи, респіраторні інфекції в дитинстві, інші респіраторні захворювання);

– родинний анамнез ХОЗЛ або інших респіраторних захворювань;

– патерн розвитку симптомів: ХОЗЛ зазвичай розвивається в дорослому віці, більшість пацієнтів звертають увагу на збільшення задишки, більш часті та тривалі простуди, обмеження в соціальному житті;

– анамнез загострень і госпіталізацій через проблеми з диханням: пацієнти мають звертати увагу також на періодичне погіршення симптомів, навіть якщо ці епізоди не розцінюють як загострення ХОЗЛ;

– супутні захворювання: серцеві захворювання, остеопороз, захворювання опорно-рухового апарату, онкологічні захворювання;

– порушення якості життя пацієнта, зокрема обмеження щоденної активності, пропуски роботи, економічні збитки внаслідок захворювання, вплив захворювання на родинні стосунки, відчуття депресії або занепокоєння, загальне благополуччя, сексуальна активність.

Для оцінювання симптомів у пацієнтів із ХОЗЛ існує декілька валідизованих опитувальників. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Diseases (GOLD) пропонує застосовувати Модифіковану шкалу для оцінювання тяжкості задишки Медичної дослідницької ради (МДР) (табл. 9) Тест з оцінювання ХОЗЛ (ТОХ). Модифікована шкала для оцінювання тяжкості задишки МДР відображає один симптом – задишку, Тест оцінювання ХОЗЛ ширше відображає

вплив захворювання на повсякденну активність пацієнта та його самопочуття. Модифікована шкала задишки добре корелює з іншими інструментами для вимірювання статусу здоров'я та передбачає ризик смерті [17].

Таблиця 9 – Модифікована шкала Медичної дослідницької ради

| Оцінка задишки в балах | Опис |
|------------------------|---|
| 0 | Задишка виникає лише в разі дуже інтенсивного навантаження |
| 1 | Задишка за умови швидкого підйому на поверх або під час ходіння вгору |
| 2 | Задишка примушує мене ходити повільніше, ніж людей мого віку, або з'являється необхідність зупинення під час ходіння у своєму темпі рівною місцевістю |
| 3 | Задишка примушує робити зупинки під час ходіння на відстань близько 100 м або через декілька хвилин ходіння рівною місцевістю |
| 4 | Задишка робить неможливим вихід за межі свого будинку або з'являється під час одягання і роздягання |

Тест з оцінювання ХОЗЛ (ТОХ) містить 8 пунктів, які вимірюють погіршення статусу здоров'я за ХОЗЛ. Бланк ТОХ розміщено в додатку Л. Загальна сума балів може становити від 0 до 40. Загальний рахунок Тесту з оцінювання ХОЗЛ визначають як суму балів відповідей на кожне з восьми запитань. Оцінка задишки ≥ 2 та загальна сума балів Тесту з оцінювання ХОЗЛ ≥ 10 свідчать про вираження симптомів ХОЗЛ.

Клінічний опитувальник із ХОЗЛ (КОХ) існує у двох варіантах – за 24 години та за тиждень. Бланк КОХ розміщено в додатку М. Він дає змогу оцінити динаміку змін у стані пацієнта протягом 24 годин або тижня і разом з іншими методиками діагностики вказує на періоди загострень.

Загострення ХОЗЛ визначається як гостре погіршення респіраторних симптомів, яке потребує призначення додаткової терапії. Частота загострень значно варіює в пацієнтів. Найкращий предиктор частих загострень – анамнез попередніх загострень, що потребували додаткової терапії (наявність в анамнезі ≥ 2 загострень за рік). Погіршення обмеження прохідності дихальних шляхів асоціюються з частими загостреннями та ризиком смерті. Загострення ХОЗЛ, що потребувало госпіталізації, асоціюються з поганим прогнозом і збільшеним ризиком смерті.

Отже, Модифікована шкала Медичної дослідницької ради, Тест з оцінювання ХОЗЛ (ТОХ), Клінічний опитувальник із ХОЗЛ дають змогу з'ясувати, до якої групи можна віднести хворих із ХОЗЛ, і з'ясувати ризик загострень [1]:

1. **Хворі групи А** – низький ризик загострень, мало симптомів: ≤ 1 загострення (без госпіталізації) за рік і мМДР < 2 або ТОХ < 10 .

2. **Хворі групи В** – низький ризик загострень, багато симптомів: ≤ 1 загострення (без госпіталізації) за рік і мМДР ≥ 2 або ТОХ ≥ 10 .

3. **Хворі групи С** – високий ризик загострень, мало симптомів: ≥ 2 загострень за рік або 1 загострення з госпіталізацією та мМДР < 2 або ТОХ < 10 .

4. **Хворі групи D** – високий ризик загострень, багато симптомів: ≥ 2 загострень за рік або 1 загострення з госпіталізацією та мМДР ≥ 2 або ТОХ ≥ 10 .

Нападоподібна задишка, переважно експіраторна (інколи – відчуття стискання у грудній клітці), яка минає самостійно або під впливом лікування, сухий нападоподібний кашель є суб'єктивними симптомами **астми**. Вивчення якості життя за наявності астми – важлива складова ведення пацієнта. Questionnaire the quality of life of patients with bronchial asthma under standardized activities AQLA(S) – інструмент, який переважно застосовують у роботі з пацієнтами / клієнтами, у яких виявлено астму [<http://www.qoltech.co.uk/aqlq.html>].

Опитувальник якості життя за наявності астми (AQLQ) був розроблений для вимірювання функціональних проблем (фізичних, емоційних, соціальних і професійних), які найбільше турбують пацієнтів (17–70 років) з астмою.

У AQLQ 32 питання, і вони стосуються 4 доменів (симптоми, обмеження активності, емоційна функція та стимули навколишнього середовища). Домен активності містить 5 «специфічних для пацієнта» питань. Це дозволяє пацієнтам вибрати 5 дій, у яких вони найбільш обмежені, і ці дії оцінюватимуть за кожного наступного спостереження. Пацієнтів просять подумати про те, як вони почували себе протягом попередніх двох тижнів, і відповісти на кожне з 32 питань за 7-бальною шкалою (7 = відсутність порушень загалом – 1 = серйозні порушення). Загальне оцінювання AQLQ є середнім значенням усіх 32 відповідей, а оцінювання окремих доменів є середніми значеннями елементів у цих доменах. Існує і спрощена форма – мініопитувальник із якості життя за умови астми (AQLQ). Містить відповіді на 15 запитань із чотирьох галузей (симптоми, обмеження діяльності, емоційна функція та подразники навколишнього середовища). Бланк для відповідей повної версії AQLQ наведено в додатку Н.

Глобальна ініціатива боротьби з астмою (GINA) рекомендує контролювати БА за допомогою опитувальника Asthma Control Questionnaire (ACQ) [21]. Він містить сім питань, але є спрощена форма – на 5 питань Asthma Control Questionnaire-5 (ACQ-5) [19], кожне з яких оцінюється від 0 до 6 балів. Бланк опитувальника ACQ-5 і ACQ-7 наведено в додатку П. Усі бали сумують, потім суму ділять на кількість питань (5 або 7), тобто загальний індекс може бути від 0 до 6. Рівень контролю БА розраховують відповідно до кількості набраних балів (табл. 10).

Таблиця 10 – Інтерпретація результатів тесту ACQ-5 і ACQ-7

| Індекс | Рівень контролю над БА згідно з GINA | | |
|--------|--------------------------------------|--------------------|--------------------|
| | контроль | частковий контроль | неконтрольована БА |
| ACQ-5 | < 0,75 | 0,75–1,50 | > 1,5 |

Наразі збільшилася потреба в реабілітації для пацієнтів, які тяжко перенесли **COVID-19** і далі відчувають її довгострокові наслідки. Тривалий COVID-19 містить симптоматичний COVID-19 (від 4 до 12 тижнів) і постковідний синдром (≥ 12 тижнів). Для таких пацієнтів / клієнтів необхідно проводити фізичне, когнітивне та психологічне оцінювання з метою визначення потреби та обсягу реабілітаційних послуг [16].

Оцінювання потреб пацієнта в реабілітації можна провести у формі самозвіту за шкалою Post-COVID-19 Functional Status (PCFS) як частини первинної консультації, щоб допомогти виявити всі симптоми. Самозвіт варто застосовувати лише разом із клінічною оцінкою (табл. 11). Якщо в пацієнта є когнітивні чи інші обмеження, що заважають надавати відповіді, член сім'ї або опікун може відповісти від його імені. Терміни проведення оцінювання за шкалою PCFS визначаються категоріями пацієнтів (1–3), що підлягають реабілітації, та є такими.

Категорії пацієнтів / клієнтів, які потребують реабілітації:

1. Пацієнти, що ніколи не потрапляли до лікарні з гострою хворобою, тобто впоралися самостійно. Вони повідомляли про симптоми постковідного синдрому, але не потрапляли до лікарні під час гострої фази зараження.

2. Пацієнти, що, були госпіталізовані з COVID-19.

3. Пацієнти із COVID-19, які отримували лікування у відділенні реанімації та інтенсивної терапії (ВРІТ).

Опитування за шкалою PCFS проводять: на першому прийомі у клініці після COVID-19; через 4–8 тижнів після клініки. Лікар визначає обсяг реабілітаційних заходів залежно від рівня функціональних обмежень (рис. 1) [9].

Таблиця 11 – Анкета для самозвіту пацієнта за шкалою PCFS

| Примітки | Поле | Оцінка за PCFS |
|--|------|----------------|
| Наскільки постраждало ваше повсякденне життя від COVID-19? Будь ласка, укажіть, яке з наведених тверджень стосується вас найбільше. Поставте галочку лише в одному полі | | |
| Я не маю обмежень у щоденному житті, а також симптомів, болю, депресії чи тривоги | | 0 |
| У щоденному житті я маю незначні обмеження, оскільки можу виконувати всі звичні обов'язки / діяльність, хоча досі відзначаю постійні симптоми, біль, депресію або тривогу | | 1 |
| Я страждаю від обмежень у щоденному житті, оскільки час від часу мені потрібно уникати або зменшувати звичні обов'язки / діяльність або збільшувати («наздоганяти») їх із часом через симптоми, біль, депресію чи тривогу. Однак я можу виконувати всі дії без сторонньої допомоги | | 2 |
| Я страждаю від обмежень у щоденному житті, оскільки не можу виконувати всі звичні обов'язки / дії через симптоми, біль, депресію або тривогу. Однак я можу піклуватися про себе без сторонньої допомоги | | 3 |
| Я страждаю від серйозних обмежень у щоденному житті: я не у змозі піклуватися про себе, тому залежу від сторонньої допомоги через симптоми, біль, депресію чи тривогу | | 4 |

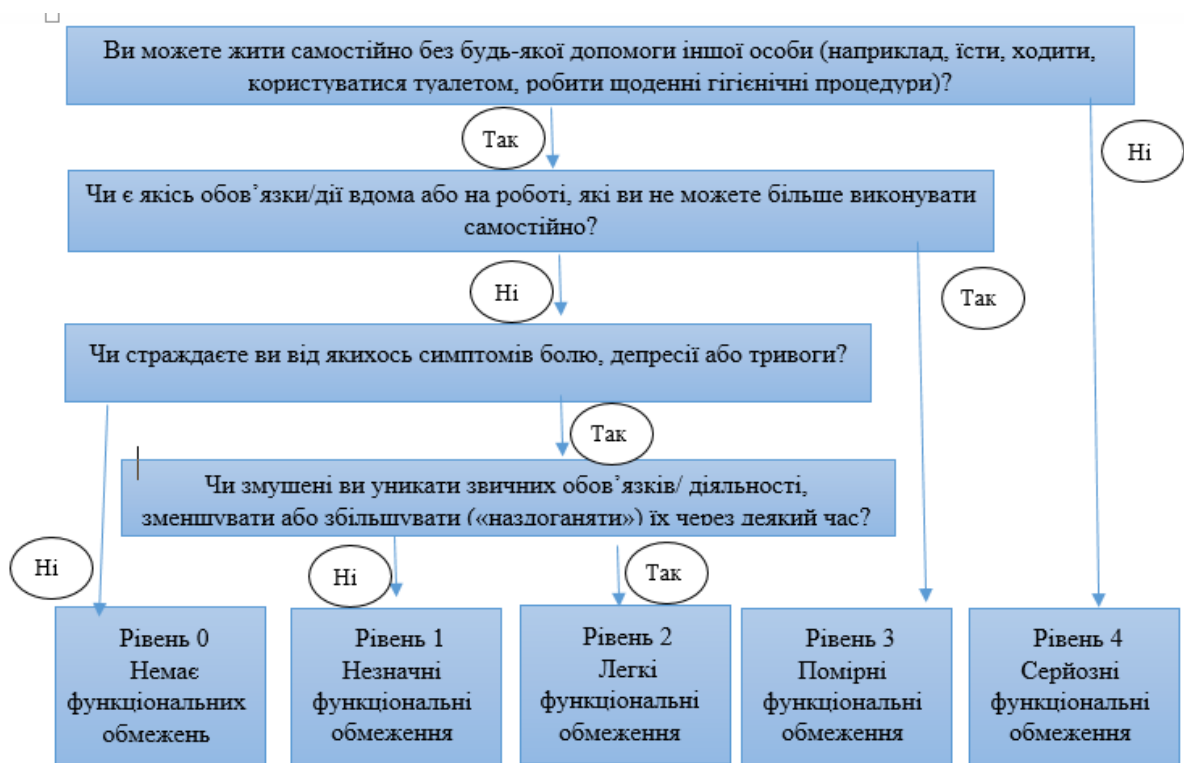


Рисунок 1 – Блок-схема для самозвіту пацієнта за шкалою функціонального стану Post-COVID-19

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Хронічне обструктивне захворювання легень». Видання офіційне. Київ : Національна академія медичних наук України, 2020. 70 с. URL: http://www.ifp.kiev.ua/ftp1/metoddoc/nastanova_hozl_2020.pdf.
2. Брошура шкал і тестів для оцінки стану пацієнта. Основні шкали клінічної оцінки – від гострого інсульту до нейрореабілітації. EVER Neuro Pharma GmbH. 2016. 132 с.
3. Ведення хворого з кровохарканням. Сучасна практика внутрішньої медицини з невідкладними станами : метод. вказ. для студентів та лікарів-інтернів / упоряд. О. Я. Бабак, І. І. Тверезовська, Н. М. Железнякова та ін. Харків : ХНМУ, 2021. 28 с.
4. Герцик А., Тиравська О. Обстеження як функціональна підсистема фізичної реабілітації / терапії при порушеннях діяльності опорно-рухового апарату. 2016. URL: <https://evnuir.vnu.edu.ua/bitstream/123456789/12025/1/Andrii%20Hertsyk%2C%20Oksana%20Tyravska.pdf>.
5. Оцінювання якості життя в пацієнтів зі стабільною ішемічною хворобою серця / О. А. Єпанчинцева, Ю. А. Борхаленко, О. Й. Жарінов, Б. М. Тодуров. *Український кардіологічний журнал*. 2016. № 2. С. 61–70.
6. Клініка доктора Довгого. URL: <http://clinic-dovgogo.com/index.php/book/itemlist/category/287>.
7. Методичні вказівки по написанню історії хвороби при курації хворих з ушкодженнями та захворюваннями системи опори та руху розглянуті й затверджені на засіданні Центральної методологічної ради ЗДМУ. URL: <http://dspace.zsmu.edu.ua/bitstream/123456789/2826/1/%D0%9C%D0%B5%D1%82%D0%BE%D0%B4.%20%D0%B2%D0%BA%D0%B0%D0%B7%D1%96%D0%B2%D0%BA%D0%B8%20%D1%96%D1%81%D1%82%D0%BE%D1%80%D1%96%D1%97%20%D1%85%D0%B2%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B1%D0%B8.pdf>.
8. Мілевська-Вовчук Л. С. *Український неврологічний журнал*. 2016. № 2. С. 96–100. URL: http://www.vitapol.com.ua/user_files/pdfs/neuro/neu39i17ineuro2i16.pdf.
9. Протокол надання реабілітаційної допомоги пацієнтам з коронавірусною хворобою (COVID-19) та реконвалесцентам. 2021. 60 с. URL: file:///D:/%D0%90%D0%BD%D0%B0%D0%BC%D0%BD%D0%B5%D0%B7/2021_771_covid19_rehabilit.pdf.
10. Рокошевська В. В. Фізична реабілітація хворих після перенесеного мозкового геморагічного інсульту в умовах стаціонару : методичний посібник. Львів : ПП Сорока Т. Б., 2010. 96 с.
11. Сайт кафедри нервових хвороб ВНМУ : URL: <http://www.vnmu.edu.ua/кафедра-нервових-хвороб-з-курсом-нейрохірургії>.

12. Свиридова Н. К., Середа В. Г., Попов О. В., Павлюк Н. П., Усович К. М., Свистун В. Ю. Дегенеративно-дистрофічні захворювання хребта: особливості діагностики та лікування. *East european journal of neurology*. March – April. 2015. № 02 (02): URL: <https://profilbaru.com/uk/%D0%90%D0%BD%D0%B0%D0%BC%D0%BD%D0%B5%D0%B7>.
13. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування кардіологічних хворих / за редакцією проф. В. М. Коваленка, проф. М. І. Лутая, проф. Ю. М. Сіренка ; Асоціація кардіологів України. 2007. 128 с. URL: <https://strazhesko.org.ua/upload/2014/02/20/aboutheart.pdf>.
14. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Стабільна ішемічна хвороба серця. 2021. 58 с. URL: https://medplatforma.com.ua/files/15653/2021_2857_ukpmd_stabihs.pdf.
15. Фармацевтична енциклопедія. URL: <https://www.pharmencyclopedia.com.ua/article/2882/artralgia>.
16. Хаустова О. О. Реабілітація пацієнтів із коронавірусною інфекцією: місце натуропатичної терапії у відновленні психічного здоров'я. *Здоров'я України*. № 1. Березень. 2021. С. 30–32. URL: https://health-ua.com/multimedia/userfiles/files/2021/Nevro_1_2021/Nevro_2021_1_str_30_32.pdf.
17. Хронічне обструктивне захворювання легені. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах : наказ Міністерства охорони здоров'я від 27 червня 2013 року № 555 (зі змінами наказ від 16.04.2014 № 270). URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2013_555_hozl_kn.pdf.
18. Якість життя та прихильність до лікування в клініці внутрішніх хвороб : навчальний посібник. Запоріжжя : ЗДМУ, 2015. 80 с. URL: <http://dspace.zsmu.edu.ua/bitstream/123456789/940/1/QoL%2C%20TA%2C%20SM%20TiK%2C%202015.pdf>.
19. Avdeev S. N. ACQ questionnaire as a new tool for assessing control of asthma *Pulmonology*. № 2. 2011. P. 93–99.
20. Fattirolli F., Argirò A., Angelino, ME *et al.* Валидація італійського HeartQoL: краткий вопросник о качестве жизни, связанном со здоровьем, для пациентов с ишемической болезнью сердца. *Intern Emerg Med*. № 17. P. 123–134 (2022). URL: <https://doi.org/10.1007/s11739-021-02780-2>.
21. Juniper E. F., O'Byrne P. M., Guyatt G. H. et al. Development and validation of a questionnaire to measure asthma control. *Eur. Respir. J*. 1999. 14. P. 902–907.
22. Nana-Goar V. Pogosova, Boycharov I. H., Sokolova O. Y., Vygodin V. A. The New European Questionnaire for Assessment of Quality of Life of Patients With Ischemic Heart Disease: HeartQoL. August. 2016. *Kardiologija* 8_2016(8):66-72. DOI: 10.18565/cardio.2016.8.66-72.
23. Збір анамнезу у пацієнта з болем у грудях / ОСКІ рекомендації. URL: <https://clincasequest.academy/chest-pain-history-taking/>.

ДОДАТОК А

Таблиця А.1 – Збирання анамнезу за SOCRATES

| Символи анамнезу | | Напря́м питання | Приклад питання |
|------------------|---|--|--|
| S | Site (Локалізація) | Запитайте про локалізацію болю | <p>«Де болить?»</p> <p>«Чи можете ви вказати, де відчуваєте біль?»</p> <p>«Ви можете показати мені, де болить?»</p> <p>«Які частини тіла задіяні?»</p> <p>«Яка частина тіла уражена?»</p> <p>«Де зосереджується біль?»</p> |
| O | Onset (Початок) | Уточніть, як і коли виник біль | <p>«Біль виник раптово чи поступово?»</p> <p>«Коли вперше виник біль?»</p> <p>«Коли з'явилися симптоми?»</p> <p>«Біль з'явився у стані спокою чи під час фізичного навантаження?»</p> <p>«Як довго тривав біль?»</p> <p>«Як і коли це почалося?»</p> <p>«Коли почався біль, раптовий чи поступовий?»</p> <p>«Що ви тоді робили?»</p> <p>«Чи є щось особливе, що викликає біль?»</p> <p>«Коли з'являється біль?»</p> <p>«Чи ви знаєте, які провокаційні причини є причиною нападів?»</p> <p>«За яких умов напади стають гіршими?»</p> |
| C | Character (Характер) | Запитайте про конкретні характеристики болю | <p>«Як би ви описали цей біль?»</p> <p>«Ваш біль постійний чи він приходить і зникає?»</p> <p>«Який у вас біль?»</p> <p>«Ви можете описати мені біль?»</p> <p>«Біль безперервний чи приходить і зникає?»</p> <p>«Який характер болю?»</p> <p>«Чи зараз біль сильніший?»</p> <p>«Чи вас турбує безперервний біль?»</p> |
| R | Radiation (Іррадіація) | Запитайте, чи не іррадіює біль кудись ще | <p>«Чи поширюється біль деінде?»</p> <p>«Біль кудись розповсюджується / іррадіює / рухається далі?»</p> <p>«Біль тільки в одному місці чи він перемістився кудись іще?»</p> <p>«Якщо біль переміщається в іншу частину тіла, де це і чи постійно?»</p> <p>«Чи є біль постійним?»</p> <p>«У яку частину тіла раніше іррадіював біль?»</p> |
| A | Associated symptoms (Супутні симптоми) | Запитайте, чи є інші симптоми, пов'язані з болем | <p>«Чи є якісь інші симптоми, які, здається, пов'язані з болем?»</p> <p>«Чи є у вас якісь інші симптоми, крім болю?»</p> <p>«Чи відбувається ще щось, доки у вас біль?»</p> <p>«Які ще симптоми наявні та пов'язані з болем?»</p> <p>«Чи є інші симптоми?»</p> |

Продовження таблиці А.1

| Символи анамнезу | | Напрямок питання | Приклад питання |
|------------------|---|--|--|
| T | Time course (динаміка в часі) | Уточніть, як біль змінився з часом | «Як біль змінився з часом?» «Як довго у вас цей біль?» «Це відбувається в певний час доби чи постійно?» «Коли виникає / починається біль?» |
| E | Exacerbating or relieving factors (Чинники, що погіршують або полегшують біль) | Запитайте, чи є щось, що посилює чи полегшує біль | «Чи посилює щось біль?» «Чи щось полегшує біль?» «Чи щось змінює біль?» |
| S | Severity (Тяжкість) | Оцініть інтенсивність болю, попросивши пацієнта оцінити його за шкалою від 0 до 10 | «Наскільки сильний біль за шкалою від 0 до 10, якщо 0 – відсутність болю, а 10 – найсильніший біль, який ви коли-небудь відчували?» «Наскільки сильний біль за шкалою від 1 до 10?» «Чи можете ви описати свій біль за шкалою від 1 до 10?» «Чи достатньо це неприємно, щоб (розбудити вас)?» Це дозволяє оцінити реакцію пацієнта на лікування (наприклад, біль спочатку був 8/10 і покращився до 3/10 за допомогою спрею гліцерилу тринітрату) |

ДОДАТОК Б

Таблиця Б.1 – Основні характеристики найпоширеніших загальних опитувальників якості життя [5]

| Методика | Досліджувані аспекти якості життя | Спосіб і час заповнення |
|--|---|--|
| Sickness Impact Profile | Фізичні: здатність до самообслуговування, мобільність, незалежність від ліжкового режиму Психосоціальні: соціальні контакти, участь у громадському житті, рівень тривожності в поведінкових реакціях Інші аспекти: сон, відпочинок, вживання їжі, трудова діяльність, ведення домашнього господарства, дозвілля | Інтерв'ю або заповнення пацієнтом протягом 30 хв |
| McMaster Health Index Questionnaire | Фізичні: мобільність, самообслуговування, участь у громадському житті, загальне фізичне функціонування. Соціальні: загальне благополуччя, трудова діяльність, виконання соціальних ролей, соціальна підтримка, загальне соціальне функціонування. Емоційні: почуття самоповаги, оцінювання якості взаємин з іншими людьми, оцінювання особистих перспектив, негативні обставини життя, загальне емоційне функціонування | Заповнення пацієнтом протягом 20 хв |
| Nottingham Health Profile | Містить 6 основних розділів, що відображають такі аспекти: больові відчуття, фізичні здібності, сон, емоційні реакції, енергійність, соціальна ізоляція. Крім того, шість додаткових розділів відображають вплив стану здоров'я на трудову діяльність, ведення домашнього господарства, взаємини з іншими людьми, особисте життя, статеве життя, улюблені заняття, захоплення, активний відпочинок | Заповнення пацієнтом протягом 10 хв |
| Psychological General Well Being Index | Містить шість основних розділів, що відображають рівень стресу, спричиненого станом здоров'я, задоволення життям, енергійність, ступінь сприятливого стану від дистресу, ступінь розслаблення або тривоги, рівень самоконтролю | Інтерв'ю або заповнення пацієнтом протягом 12 хв |
| General Health Rating Index | Містить шість розділів, що відображають сприйняття свого здоров'я раніше і тепер, перспективи стану здоров'я, тривоги та неспокій із приводу стану здоров'я, ступінь стійкості до хвороби, тенденцію до сприйняття хвороби як частини свого життя | Інтерв'ю або заповнення пацієнтом протягом 7 хв |
| Quality of Well Being Scale | Вимірювання реальної активності і переваг пацієнтів. Розглядають ступінь самообслуговування, соціальну активність, найважливіші симптоми хвороби, основні психологічні показники. Складається з п'яти розділів, що охоплюють фізичну активність, ступінь самообслуговування, рухливість, повсякденну активність, наявність симптомів хронічних або гострих хвороб | Інтерв'ю, проведене спеціально навченим персоналом |

Продовження таблиці Б.1

| Методика | Досліджувані аспекти якості життя | Спосіб і час заповнення |
|-----------------------|--|-----------------------------------|
| Quality of Life index | Складається з п'яти розділів, що охоплюють якість життя загалом і в чотирьох основних сферах життя, таких як стан здоров'я, духовна сфера, соціально-економічні аспекти та сім'я | Інтерв'ю або заповнення пацієнтом |
| SF-36 | Психосоціальні: життєздатність, соціальна активність, рольове емоційне функціонування, соціальне функціонування. Фізичні: фізична активність, рольове фізичне функціонування, біль, загальне здоров'я | Інтерв'ю або заповнення пацієнтом |

ДОДАТОК В

Бланк опитувальника SF-36

| Таблиця 1. Short Form-36 (SF-36) Health Status Questionnaire | | | |
|---|---------------------|---------------------------------|-----------------------|
| I. У цілому ви оцінили б стан вашого здоров'я (обведіть одну цифру) | | | |
| Відмінний | 1 | Задовільний | 4 |
| Дуже добрий | 2 | Поганий | 5 |
| Добрий | 3 | | |
| II. Як у цілому ви оцінили б своє здоров'я зараз порівняно з тим, що було минулого року? (обведіть одну цифру) | | | |
| Значно краще, ніж минулого року | 1 | Деяко гірше, ніж минулого року | 4 |
| Деяко краще, ніж минулого року | 2 | Значно гірше, ніж минулого року | 5 |
| Приблизно таке само, як минулого року | 3 | | |
| III. Наступні питання стосуються фізичних навантажень, з якими ви, ймовірно, стикаєтеся протягом дня. Чи обмежує вас стан вашого здоров'я під час виконання нижчеперерахованих фізичних навантажень? Якщо так, то наскільки? (обведіть одну цифру в кожному рядку) | | | |
| | Так, значно обмежує | Так, деяко обмежує | Ні, зовсім не обмежує |
| А. Важкі фізичні навантаження, такі як біг, піднімання вантажів, заняття силовими видами спорту | 1 | 2 | 3 |
| Б. Помірні фізичні навантаження, такі як пересування стола, робота з пиломосом, збирання грибів або ягід | 1 | 2 | 3 |
| В. Підняти або нести сумку з продуктами | 1 | 2 | 3 |
| Г. Піднятися пішки сходами на декілька прольотів | 1 | 2 | 3 |
| Д. Піднятися пішки сходами на один проліт | 1 | 2 | 3 |
| Е. Нахилитися, встати на коліна, присісти навпочіпки | 1 | 2 | 3 |
| Є. Пройти відстань більше одного кілометра | 1 | 2 | 3 |
| Ж. Пройти відстань у декілька кварталів | 1 | 2 | 3 |
| З. Пройти відстань в один квартал | 1 | 2 | 3 |
| И. Самостійно вийти, одягнутися | 1 | 2 | 3 |
| IV. Чи було, що за останні 4 тижні ваш фізичний стан викликав труднощі у вашій роботі або іншій повсякденній діяльності внаслідок чого: (обведіть одну цифру у кожному рядку) | | | |
| | | Так | Ні |
| А. Довелося скоротити кількість часу, що витрачається на інші справи | | 1 | 2 |
| Б. Виконували менше, ніж хотіли. | | 1 | 2 |
| В. Ви були обмежені у виконанні певної роботи або іншого виду діяльності. | | 1 | 2 |
| Г. Були труднощі при виконанні роботи або інших справ (наприклад, вони потребували додаткових зусиль). | | 1 | 2 |
| V. Чи викликав труднощі у вашій роботі або повсякденній діяльності ваш емоційний стан за останні 4 тижні, внаслідок чого (обведіть одну цифру в кожному рядку) | | | |
| | | Так | Ні |
| А. Довелося скоротити кількість часу, що витрачається на роботу чи інші справи. | | 1 | 2 |
| Б. Виконували менше, ніж хотіли. | | 1 | 2 |
| В. Виконували свою роботу або інші справи не настільки вправно, як зазвичай. | | 1 | 2 |

Продовження додатка В

| | | | | | | |
|---|------------------|---------------------|--------------|-------------------|--------------------|--------------|
| VI. Наскільки ваш фізичний та емоційний стан протягом останніх 4 тижнів заважав вам проводити час з родиною, друзями, сусідами або в колективі? (обведіть одну цифру) | | | | | | |
| Зовсім не заважав | 1 | | Сильно | 4 | | |
| Незначно | 2 | | Дуже сильно | 5 | | |
| Помірно | 3 | | | | | |
| VII. Наскільки сильний фізичний біль ви відчували за останні 4 тижні? (обведіть одну цифру) | | | | | | |
| Зовсім не відчував (ла) | 1 | | Помірний | 4 | | |
| Дуже слабкий | 2 | | Сильний | 5 | | |
| Слабкий | 3 | | Дуже сильний | 6 | | |
| VIII. Наскільки біль протягом останніх 4 тижнів заважав вам займатися вашою роботою (включаючи роботу вдома або поза домом)? (обведіть одну цифру) | | | | | | |
| Зовсім не заважав | 1 | | Сильно | 4 | | |
| Незначно | 2 | | Дуже сильно | 5 | | |
| Помірно | 3 | | | | | |
| IX. Наступні питання стосуються того, як ви себе почували і яким був ваш настрій протягом останніх 4 тижнів. На кожне запитання дайте одну відповідь, яка найбільше відповідає вашим відчуттям (обведіть одну цифру) | | | | | | |
| | Весь час | Більшу частину часу | Часто | Іноді | Рідко | Жодного разу |
| A. Ви відчували себе бадьорим (ою)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| B. Ви скільки нервували? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| V. Ви відчували себе настільки пригніченим (ою), що ніщо не могло вас підбадьорити? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Г. Ви відчували себе спокійним (ою)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Д. Ви відчували себе повним (ою) сил та енергії? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Е. Ви занепадали духом і були сумним (ою)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Є. Ви відчували себе змученим (ою)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Ж. Ви відчували себе щосливим (ою)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| З. Ви відчували себе втомленим (ою)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| X. Як часто за останні 4 тижні ваш фізичний чи емоційний стан заважав вам активно спілкуватися з людьми (відвідувати друзів, родичів і т.д.)? (обведіть одну цифру) | | | | | | |
| Весь час | 1 | | | Рідко | | 4 |
| Більшу частину часу | 2 | | | Жодного разу | | 5 |
| Іноді | 3 | | | | | |
| XI. Наскільки вірно або невірно стосовно вас кожне з нижче перерахованих суджень? (обведіть одну цифру в кожному рядку) | | | | | | |
| | Безперечно вірно | Переважно вірно | Не знаю | Переважно невірно | Безперечно невірно | |
| A. Мені здається, що я більше схильний (а) до захворювань, ніж інші | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| B. Моє здоров'я не гірше, ніж у більшості моїх знайомих | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| V. Я очікую, що моє здоров'я погіршиться | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Г. У мене відмінне здоров'я | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |

ДОДАТОК Г

Будь ласка, виберіть відповідь, яка здається вам найбільш відповідною. Якщо ви не впевнені, як відповісти на питання, перша відповідь, яка прийде на думку, часто буває найкращою.

Ми запитуємо про те, яким ви вважаєте своє життя протягом *останніх чотирьох тижнів*.

Короткий опитувальник ВООЗ для оцінювання якості життя (WHOQOL-BREF)

| № пор. | Питання | Дуже погано | Погано | Не погано, і не добре | Добре | Дуже добре |
|--------|--|--------------------|----------------|-----------------------|-------------|------------------|
| 1 | Як ви оцінюєте якість свого життя? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| № пор. | Питання | Дуже незадоволений | Не задоволений | Ні те, ні інше | Задоволений | Дуже задоволений |
| 2 | Наскільки ви задоволені станом свого здоров'я? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

У відповідях на наступні питання вкажіть, якою мірою ви відчували певні стани протягом останніх чотирьох тижнів.

| № пор. | Питання | Зовсім ні | Трохи | Помірно | Достатньо | Надмірно |
|--------|--|-----------|-------|---------|-----------|----------|
| 3 | На вашу думку, якою мірою фізичний біль заважає вам виконувати свої обов'язки? | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4 | Якою мірою ви потребуєте якоїсь медичної допомоги для нормального функціонування у своєму повсякденному житті? | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5 | Наскільки ви задоволені своїм життям? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | Наскільки, на вашу думку, ваше життя наповнене змістом? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | Наскільки добре ви можете концентрувати увагу? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | Наскільки безпечно ви відчуваєте себе в повсякденному житті? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | Наскільки здоровим є фізичне середовище навколо вас? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

У наступних питаннях йдеться про те, наскільки повно Ви відчували або були в змозі виконувати певні функції протягом останніх чотирьох тижнів.

| № пор. | Питання | Зовсім ні | Трохи | Помірно | Здебільшого | Повністю |
|--------|--|-----------|-------|---------|-------------|----------|
| 10 | Чи достатньо у вас енергії для повсякденного життя? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | Чи здатні ви змиритися зі своїм зовнішнім виглядом? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | Чи достатньо у вас грошей для задоволення ваших потреб? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 | Наскільки доступна для вас інформація, яка необхідна у вашому повсякденному житті? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 | Якою мірою у вас є можливості для відпочинку і розваг? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Продовження додатка Г

| № пор. | Питання | Дуже погано | Погано | Ні погано, ні добре | Добре | Дуже добре |
|--------|--|-----------------------|----------------|---------------------|-------------|------------------|
| 15 | Наскільки легко ви можете дістатися до потрібних вам місць? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| № пор. | Питання | Зовсім не задоволений | Не задоволений | Ні те, ні інше | Задоволений | Дуже задоволений |
| 16 | Наскільки ви задоволені своїм сном? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 | Наскільки ви задоволені здатністю виконувати свої повсякденні обов'язки? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 | Наскільки ви задоволені своєю працездатністю? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 | Наскільки ви задоволені собою? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 | Наскільки ви задоволені особистими відносинами? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 | Наскільки ви задоволені своїм сексуальним життям? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 | Наскільки ви задоволені підтримкою, яку ви отримуєте від своїх друзів? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23 | Наскільки ви задоволені умовами в місці вашого проживання? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24 | Наскільки ви задоволені доступністю медичного обслуговування для вас? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25 | Наскільки ви задоволені транспортом, яким ви користуєтеся? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Наступні питання стосуються того, наскільки часто ви відчували або переживали певні стани протягом останніх чотирьох тижнів.

| № пор. | Питання | Ніколи | Рідко | Досить часто | Дуже часто | Завжди |
|--------|---|--------|-------|--------------|------------|--------|
| 26 | Як часто у вас бувають негативні переживання, наприклад поганий настрій, відчай, тривога, депресія? | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

У Вас є якісь зауваження щодо обстеження (оцінювання)? _____

Продовження додатка Г

Наступну таблицю потрібно заповнювати після завершення інтерв'ю.

| № пор. | Сфера | Рівняння для підрахунку балів за кожну сферу | «Сирий» показник | Перетворені показники | |
|--------|-------|---|------------------|-----------------------|-------|
| | | | | 4–20 | 0–100 |
| 27 | 1 | $(6 - Q3) + (6 - Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ | a.= | б: | в: |
| 28 | 2 | $Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6 - Q26)$ | a.= | б: | в: |
| 29 | 3 | $Q20 + Q21 + Q22$ | a.= | б: | в: |
| 30 | 4 | $Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ | a.= | б: | в: |

This translation was not created by the World Health Organization (WHO). WHO is not responsible for the content or accuracy of this translation. In the event of any inconsistency between the English and the translated version, the original English version shall be the binding and authentic version.

ДОДАТОК Д

Таблиця Д.1 – Можливий список питань пацієнтів / клієнтів із різними патологіями

| Патології | Можливі питання |
|--|---|
| Дихальної системи (плеврит, пневмонія) | <ul style="list-style-type: none"> – про біль у грудній клітці (локалізація та характер болю, зв'язок із диханням і зміною положення тіла); – наявність кашлю (постійний чи періодичний, більше зранку, вночі, ввечері чи протягом усього дня, чи супроводжується кашель виділенням мокроті); – кількість мокроті, колір, запах і консистенцію; – температуру тіла (який показник температури, чи змінювалася вона протягом доби); – задишку (у спокої, за навантаження, важче вдихнути чи видихнути) |
| Бронхіальна астма | <ul style="list-style-type: none"> – про задишку / ядуху, характер задишки / ядухи (експіраторна, інспіраторна, змішана); – чинники, що провокують задишку (фізичне навантаження, інгаляційні чинники, їжа, хімічні речовини, ліки), тривалість і частоту нападів ядухи, зв'язок із часом доби (денні, нічні), ступінь обмеження фізичної активності; – чинники, що зменшують або купірують задишку (елімінація провокаційного чинника, стан спокою, положення у просторі); – кашель (сухий, вологий, постійний, нападами); – умови появи кашлю (напад ядухи, фізичне навантаження, інгаляційні чинники, хімічні речовини, ліки); – характер мокроті (кількість, колір, консистенція, термін з'явлення, кровохаркання); – біль у грудній клітці, її зв'язок з актом дихання, кашлем, положенням тіла; лихоманку та її характер (рівень (субфебрильна, помірна, висока, надмірна), тип температури (правильна, неправильна; постійна, ремітуюча, інтермітуюча, гектична, хвилеподібна, поворотна, спотворена) |
| Серцево-судинної системи (гіпертонія) | <ul style="list-style-type: none"> – уточнити рівні підвищення артеріального тиску, у який час доби переважно підвищується, що провокує підйоми артеріального тиску, дії пацієнта для зниження артеріального тиску; – якими симптомами супроводжується підвищення артеріального тиску (головний біль, болі в ділянці серця, запаморочення); – наявність болю в ділянці серця, його характер; – характеристику головних болів; – з'ясувати наявність периферичних набряків і їхній характер |
| ІХС (стенокардія, інфаркт міокарда) | <ul style="list-style-type: none"> – запитати про локалізацію болю; – уточнити про інтенсивність болю; – запитати про тривалість болю; – запитати про характер болю; – уточнити про іррадіацію болю; – запитати, що провокує та усуває біль; – уточнити зв'язок болю з фізичним навантаженням; – деталізувати інтенсивне фізичне навантаження (ходіння рівною поверхнею в метрах, піднімання сходами) |

Продовження додатка Д

| Патології | Можливі питання |
|---|--|
| Травної системи (виразкова хвороба, гастрит) | <ul style="list-style-type: none"> – про біль у животі (інтенсивність, характер, локалізація болю, зв'язок із харчуванням); – іррадіацію болю; – наявність епізодів випорожнень чорного кольору; – зменшення ваги за період хвороби; – наявність нудоти, блювоти |
| Системи крові (анемії) | <ul style="list-style-type: none"> – про загальні слабкість і втому; – запаморочення (що провокує, зв'язок із положенням тіла, часом доби, артеріальним тиском, вживанням їжі); – задишку (у спокої, за навантаження, важче вдихнути чи видихнути); – серцебиття (зв'язок із диханням, фізичним навантаженням, артеріальним тиском, вживанням їжі); – супутні симптоми (сухість шкіри, ламкість нігтів, койлоніхії, випадіння волосся, астенізація, ангулярний стоматит, глосит, дисфагія, відчуття швидкого насичення, тяжкості в епігастрії після їжі, мелена) |
| Патології видільної системи | <ul style="list-style-type: none"> – про сечовипускання (частота, особливо вночі, одночасно болі, характер, вказівки на зміст крові і каламуті в сечі); – наявність набряків, особливо на обличчі; – головні болі; – болі в ділянці попереку |
| Патології ендокринної системи (діабет) | <ul style="list-style-type: none"> – про відчуття спраги (коли виникає, як проявляється); – кількість випитої води (приблизно) протягом доби; – кількість сечі, що виділяється за добу (приблизно); – переваги в їжі (чи любить солодке, борошняне); – динаміку змін апетиту і ваги тіла за рік; – сухість шкіри, наявність і локалізації свербіжів; – слабкість, болі, задишку, прискорене серцебиття, підвищення тиску |
| Патології суглобів (ревматоїдний артрит) | <ul style="list-style-type: none"> – про ознак стійкого синовіту: накопичення рідини в синовіальній оболонці суглоба / суглобів; – дискомфорт за рухів у суглобі / суглобах у повсякденній діяльності і за фізичних навантажень; – визначити уражені суглоб / суглоби; – інтервал між виникненням симптомів і зверненням за медичною допомогою; – ранкову скутість; – здатність стискати руку в кулак або згинати пальці; – наявність підшкірних вузликів; – зміни температури тіла протягом дня / тижня / місяця; – сімейний анамнез захворювання на РА чи є інше системне ревматичне захворювання |

ДОДАТОК Е

Таблиця Е.1 – Альгофункціональний індекс Лекена для гонартрозу
(за М. G. Lequesne, 1997)

| Показник | Характеристика показника / питання | Варіанти відповіді | Бал |
|---|--|--|-----|
| 1. Біль або дискомфорт | Нічний біль | Тільки під час рухів або в певному положенні | 1 |
| | | Навіть у спокої | 2 |
| | Ранкова скутість або біль після сну | < 15 хв | 1 |
| | | ≥ 15 хв | 2 |
| | Посилення болю | Після стояння протягом 30 хв | 1 |
| | Біль виникає під час ходіння | Тільки після проходження певної дистанції | 1 |
| Відразу, а потім посилюється | | 2 | |
| 2. Подолання дистанції | Максимальна відстань, яку проходять без болю | > 1 км, але з відпочинком | 1 |
| | | Близько 1 км | 2 |
| | | Від 500 м до 900 м | 3 |
| | | Від 300 м до 500 м | 4 |
| | | Від 100 м до 300 м | 5 |
| | | < 100 м | 6 |
| | З однією тростиною або милицею | +1 | |
| Із двома тростинами або милицями | +2 | | |
| 3. Наявність труднощів у повсякденному житті | Чи можете ви піднятися на один прогін сходів? | Легко | 0 |
| | | Із зусиллям | 1 |
| | | Неможливо | 2 |
| | Чи можете ви спуститися на один прогін сходів? | Легко | 0 |
| | | Із зусиллям | 1 |
| | | Неможливо | 2 |
| Чи можете ви покласти що-небудь на нижню полицю шафи, стоячи на колінах? | Легко | 0 | |
| | Із зусиллям | 1 | |
| Чи можете ви йти нерівною дорогою? | Легко | 0 | |
| | Із зусиллям | 1 | |
| Чи з'являється у вас стріляючий біль і/або раптове відчуття втрати опори в ураженій кінцівці? | Іноді | 1 | |
| | Часто | 2 | |
| | | Результат | |

Джерело: <https://compendium.com.ua/uk/clinical-guidelines-uk/osteartroz-praktichna-nastanova/glava-13-standarti-otsinki-artrologichnogo-statusu-ta-diferentsijnoyi-diagnostiki/>.

Тяжкість гонартрозу: 1–4 – слабо виражена;
5–7 – середня;
8–10 – виражена;
11–12 – значно виражена;
> 12 – різко виражена.

Продовження додатка Е

Таблиця Е.2 – Альгофункціональний індекс Лекена для коксартрозу за М. G. Lequesne, 1997)

| Показник | Характеристика показника / питання | Варіанти відповіді | Бал |
|--|--|---|--------|
| 1. Біль або дискомфорт | Нічний біль | Тільки за рухів або в певному положенні | 1 |
| | | Навіть у спокої | 2 |
| | Ранкова скутість або біль після сну | < 15 хв | 1 |
| | | ≥ 15 хв | 2 |
| | Посилення болю | Після стояння протягом 30 хв | 1 |
| | Біль виникає під час ходіння | Тільки після проходження певної дистанції | 1 |
| | | | 2 |
| Біль у положенні «сидячи» протягом 2 год, не встаючи | Відразу, а потім посилюється | 1 | |
| 2. Подолання дистанції | Максимальна відстань, яку проходять без болю | > 1 км, але з відпочинком | 1 |
| | | Близько 1 км | 2 |
| | | Від 500 м до 900 м | 3 |
| | | Від 300 м до 500 м | 4 |
| | | Від 100 м до 300 м | 5 |
| | | < 100 м | 6 |
| | | 3 однією тростиною або милицею | +1 |
| Із двома тростинами або милицями | +2 | | |
| 3. Наявність труднощів у повсякденному житті | Чи можете ви, нахилившись, вдягти шкарпетки? | Легко | 0 |
| | | Із зусиллям | 1 |
| | | Неможливо | 2 |
| | Чи можете ви спуститися на один прогін сходів? | Легко | 0 |
| | | Із зусиллям | 1 |
| | | Неможливо | 2 |
| | Чи можете ви підняти річ із підлоги? | Легко | 0 |
| | | Із зусиллям Неможливо | 1 2 |
| Чи можете ви самостійно сісти в автомобіль? | Легко | 0 | |
| | Із зусиллям | 1 | |
| | Неможливо | 2 | |
| | | Результат | |

Джерело: <https://compendium.com.ua/uk/clinical-guidelines-uk/osteoartroz-praktichna-nastanova/glava-13-standarti-otsinki-artrologichnogo-statusu-ta-diferentsijnoyi-diagnostiki/>.

Тяжкість коксартрозу: 1–4 – слабо виражена;
5–7 – середня;
8–10 – виражена;
11–12 – значно виражена;
> 12 – різко виражена.

Продовження додатка Е

Таблиця Е.3 – Функціональний індекс Драйзера для ОА суглобів кистей
<https://doi.org/10.1053/joca.2000.0332>

| Показник | Без утруднень | З невеликим утрудненням | З великим утрудненням | Не можу |
|---|------------------|----------------------------|--------------------------|---------|
| 1. Чи можете ви повернути ключ у замку? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Чи можете ви різати м'ясо ножем? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Чи можете ви розрізати тканину або папір ножицями? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Чи можете ви підняти в руці повну пляшку? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Чи можете ви стиснути кулак? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Чи можете ви зав'язати вузол? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Чи можете ви шити (для жінок)? Чи можете ви керувати автомобілем (для чоловіків)? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Чи можете ви застібати гудзики? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Чи можете ви писати тривалий час? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Змогли б ви охоче прийняти рукожаття? | 0 | 1 | 2 | 3 |

Рекомендації до використання: п'ять балів відрізняють безсимптомних і симптоматичних пацієнтів; тому можна використати мінімальний рівень – шість. Мінімальний рівень інвалідності залежатиме від досліджуваного втручання (модифікація симптомів чи структурна модифікація) (<https://doi.org/10.1016/j.joca.2015.03.007>).

ДОДАТОК Ж
Шкала оцінювання когнітивних розладів (CIBIS)
(методичний матеріал для проведення опитування та оцінювання результатів)

Таблиця Ж.1 – Бланк для оцінювання загальних відомостей

| Категорія | «Зонди» | Примітки |
|----------------------------|---|----------|
| Відповідний анамнез | Нещодавні відповідні клінічні події, захворювання пацієнта, опікуна або інших членів родини, значні соціальні або особисті події | Пацієнт |
| | | Опікун |
| Спостереження / обстеження | Зовнішній вигляд – загальна чистота і гігієна, одяг (відповідність одягу сезону, охайність, відповідність кольору / принтів, весь одяг правильно застібнутий) | Пацієнт |
| | | Опікун |

Таблиця Ж.2 – Бланк для оцінювання психічного / когнітивного стану (якщо використовують, то який саме структурований тест _____)

| Категорія | «Зонди» | Примітка |
|--|--|----------|
| Пробудження / Пильність / Увага / Концентрація | Плутанина / ясність свідомості. Хвилювання / реактивність. Стан усвідомлення. Відволікання | Пацієнт |
| | | Опікун |
| Орієнтація | Час (година, день, тиждень). Місце знаходження. Особистість. Впізнання себе / інших | Пацієнт |
| | | Опікун |
| Пам'ять | Фіксація. Згадування. Довгострокова / віддалена пам'ять. Згадування минулих подій. Імена людей. Знання про нещодавні події | Пацієнт |
| | | Опікун |
| Мова / Мовлення | Вільна / виразна мова. Сприйняття мови. Розуміння. Парафазія / підбирання слова. Називання назв. Повторення. Слідування за розмовою | Пацієнт |
| | | Опікун |
| Праксис | Конструкційна здатність (тобто малювання 3-вимірного куба, циферблата із заданим часом). Ідеаторний праксис. Ідеомоторний / імітація | Пацієнт |
| | | Опікун |
| Судження / Розв'язання проблем / Критичність | Поведінка пацієнта в ситуаціях, що вимагають судження (тобто в разі вимкнення електрики в будинку, коли забув ключі в будинку, перебування поза будинком за неможливості потрапити всередину та ін.) Усвідомлення себе (тобто помилок, неприйнятної поведінки, недалекоглядності). Спроби виправити хибності (наприклад, суджень, помилок) | Пацієнт |
| | | Опікун |

Продовження додатка Ж

Таблиця Ж.3 – Бланк для оцінювання поведінки

| Категорія | «Зонди» | Примітка |
|--|---|----------|
| Зміст думок | Організація. Адекватність, відповідність | Пацієнт |
| | | Опікун |
| Галюцинації / Хибні уявлення / Ілюзії | Слухові / зорові. Хибні уявлення. Викривлене сприйняття. Розвинені | Пацієнт |
| | | Опікун |
| Поведінка / Настрій | Впливовість / лабільність. Незвичний / дивний. Розкутий. Мотивація / енергійний. Блукаючий / розгублений. Збудження / агресивність. Ворожість. Зміни у зв'язку з депресією. Зміни у зв'язку з тривогою. Адекватність, відповідність. Взаємодопомога | Пацієнт |
| | | Опікун |
| Сон / апетит | Розлади сну. Безсоння (тип). Нічна активність. Гіпер-, гіпосомнія. Зміни апетиту / маси тіла. Надання переваги тим чи іншим харчовим продуктам | Пацієнт |
| | | Опікун |
| Неврологічна / психомоторна активність | Загальна рухова активність. Поза / хода. Порушення рухів. Незвичайна моторика. Поведінка / крокування. Моделі щоденної діяльності | Пацієнт |
| | | Опікун |

Продовження додатка Ж

Таблиця Ж.4 – Бланк для оцінювання повсякденної діяльності

| Категорія | «Зонди» | Примітка |
|--|---|----------|
| Основна / із застосуванням інструментів <i>(Для всіх перерахованих видів діяльності потрібно оцінити: ступінь самоініціації, частоту, швидкість і точність виконання кожного виду діяльності. Якщо застосовують спонукання або допомога, як часто це дійсно необхідно?)</i> | Рухливість (ходіння, водіння автомобіля, використання громадського транспорту, здатність знайти потрібний маршрут). Гігієна / догляд за зовнішністю. Одягання / вибір одягу. Самостійне вживання їжі, приготування їжі. Виконання доручень. Здатність робити покупки. Домашні господарські обов'язки. Хобі та індивідуальні заняття (тобто читання, садівництво, малювання, телебачення). Фінанси, обчислювання рахунків. Решта (гроші). Користування телефоном | Пацієнт |
| | | Опікун |
| Соціальне життя | Участь: в іграх з іншими людьми (карти, шахи, шашки). Соціальна взаємодія. Домашні справи (родина, зустрічі). Зовнішня діяльність (відвідування друзів, куховарство, гра в гольф із друзями). Громадська діяльність (релігійна, професійна). Культурні події (театр, спорт, кіно). Незалежність. Безпорадність | Пацієнт |
| | | Опікун |

Примітки, коментарі, загальне враження

Інформація з інших джерел

Скринінгова та основна тестова оцінка

| | Скринінг | Основна оцінка |
|------|----------|----------------|
| Тест | | |
| Тест | | |
| Тест | | |
| Тест | | |

Інтерпретація результатів:

Ступінь тяжкості захворювання:

З огляду на ваш загальний досвід роботи з цією конкретною популяцією, який психічний стан пацієнта на зараз?

Продовження додатка Ж

0 – не оцінили.

1 – нормальний стан, не хворий.

2 – хворий із граничним психічним станом.

3 – незначно порушений психічний стан.

4 – помірно порушений психічний стан.

5 – помітно порушений психічний стан.

6 – тяжкий стан хворого.

7 – належить до пацієнтів із дуже тяжким станом захворювання.

Якою мірою інформація наступних категорій вплинула на вашу оцінку? Будь ласка, проведіть вертикальну «позначку», де ви відчуваєте, що ваша відповідь є найбільш правдивою. Розгляньте кожен елемент незалежно один від одного.

Загальні відомості

Здоровий / _____ / Вкрай тяжкий стан

Психічний / когнітивний стан

Здоровий / _____ / Вкрай тяжкий стан

Поведінка

Здоровий / _____ / Вкрай тяжкий стан

Повсякденна діяльність

Здоровий / _____ / Вкрай тяжкий стан

ДОДАТОК И
Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS)

| Д | Т | |
|--|---|---------------------------------|
| Я почуваюся напруженим або «заведеним» | | |
| | 3 | Більшу частину часу |
| | 2 | Багато часу |
| | 1 | Час від часу, іноді |
| | 0 | Зовсім не відчуваю |
| Я все ще насолоджуюсь речами, якими я зазвичай насолоджувався | | |
| 0 | | Безумовно, так само |
| 1 | | Не так багато |
| 2 | | Тільки трохи |
| 3 | | Зовсім ні |
| Я маю відчуття страху, ніби щось страшне має відбутися | | |
| | 3 | Дуже виразно і досить сильно |
| | 2 | Так, але не так уже й сильно |
| | 1 | Трохи, але це мене не турбує |
| | 0 | Зовсім ні |
| Я можу сміятися і бачити кумедний бік речей | | |
| 0 | | Стільки, скільки і раніше |
| 1 | | Зараз не так багато |
| 2 | | Безумовно, не так багато зараз |
| 3 | | Зовсім ні |
| Тривожні думки не йдуть у мене з голови | | |
| | 3 | Більшість часу |
| | 2 | Багато часу |
| | 1 | Час від часу, але не дуже часто |
| | 0 | Лише зрідка |
| Я почуваюся веселим | | |
| 3 | | Зовсім ні |
| 2 | | Не часто |
| 1 | | Іноді |
| 0 | | Більшу частину часу |
| Я можу довго сидіти і почуватися спокійно | | |
| | 0 | Безумовно |
| | 1 | Зазвичай |
| | 2 | Не часто |
| | 3 | Зовсім ні |
| Я почуваюся ніби загальмованим | | |
| 3 | | Майже весь час |
| 2 | | Дуже часто |
| 1 | | Іноді |
| 0 | | Зовсім ні |

Продовження додатка И

| | | |
|--|---|--|
| Я маю відчуття страху, ніби «метелики» в животі | | |
| | 0 | Зовсім ні |
| | 1 | Час від часу |
| | 2 | Досить часто |
| | 3 | Дуже часто |
| Я втратив інтерес до своєї зовнішності | | |
| 3 | | Безумовно |
| 2 | | Я не приділяю стільки уваги, як потрібно |
| 1 | | Я можу не приділяти стільки само уваги |
| 0 | | Я приділяю стільки само уваги, як і раніше |
| Я почуваюся неспокійно, ніби я повинен бути напоготові | | |
| | 3 | Дуже часто |
| | 2 | Досить часто |
| | 1 | Не дуже часто |
| | 0 | Зовсім ні |
| Я з нетерпінням і задоволенням чекаю речей | | |
| 0 | | Стільки, скільки і раніше |
| 1 | | Імовірно менше, ніж раніше |
| 2 | | Безумовно, менше, ніж раніше |
| 3 | | Зовсім ні |
| У мене бувають раптові відчуття паніки | | |
| | 3 | Насправді дуже часто |
| | 2 | Досить часто |
| | 1 | Не дуже часто |
| | 0 | Зовсім ні |
| Я можу насолоджуватися гарною книгою або радіопередачею, або телевізійною програмою | | |
| 0 | | Часто |
| 1 | | Іноді |
| 2 | | Не часто |
| 3 | | Дуже рідко |

Загальний рахунок: Депресія (Д) _____ Тривога (Т) _____

ДОДАТОК К

Бланк «Опитувальник HeartQoL»

Дякуємо Вам за відповідь на питання, які дозволять нам зрозуміти, як проблеми із серцем впливають на ваше життя. Ми хотіли б знати, як проблеми із серцем заважали вам і як ви почували себе **ОСТАННІ ЧОТИРИ ТИЖНІ**. Будь ласка, у відповідь на кожне запитання обведіть число, яке найбільше відповідає вашій ситуації.

| За останні чотири тижні чи викликало у вас труднощі | Ні | Трохи | Значною мірою | Сильно |
|---|-----------|--------------|----------------------|---------------|
| 1. Ходити рівною поверхнею у приміщенні | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 2. Працювати на городі, працювати з пирососом чи носити продукти з магазину | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 3. Зійти на пагорб або піднятися на сходовий прогін без зупинення | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 4. Пройти більше ніж 100 метрів у швидкому темпі | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 5. Підняти чи пересунути важкі предмети | 3 | 2 | 1 | 0 |
| За останні чотири тижні вас турбувало | Ні | Трохи | Значною мірою | Сильно |
| 6. Відчуття нестачі повітря | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 7. Відчуття пригніченості | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 8. Фізичні обмеження | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 9. Відчуття втоми, відсутності енергії. Тривога | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 11. Неможливість розслабитися та позбутися напруги | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 12. Неможливість займатися спортом чи фізкультурою? | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 13. Неможливість реалізувати свої плани | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 14. Труднощі в роботі в саду чи дворі | 3 | 2 | 1 | 0 |

Загальний результат: _____

ДОДАТОК Л

Бланк тесту оцінювання ХОЗЛ (COPD Assessment Test (CAT)) [1]

Як проходить ваше хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ)?
Пройдіть тест оцінювання ХОЗЛ (COPD Assessment Test (CAT)). Ця анкета допоможе вам і вашому лікарю визначити вплив ХОЗЛ на ваше благополуччя й щоденне життя. Ваші відповіді та загальна кількість балів можуть бути використані вами або вашим лікарем для того, щоб удосконалити терапію ХОЗЛ і забезпечити найбільшу користь від лікування.

Приклад:

| | | | | | | | |
|---------------------|---|---|----------|---|---|---|-----------------|
| Я дуже щасливий(-а) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Мені дуже сумно |
|---------------------|---|---|----------|---|---|---|-----------------|

Тест оцінювання ХОЗЛ (COPD Assessment Test (CAT))

| | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| Я зовсім не кашляю | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Я кашляю постійно |
| У мене в грудях зовсім немає харкотиння (слизу) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Мої груди повністю заповнені харкотинням (слизом) |
| Мені зовсім не тисне в грудях | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Мені дуже сильно тисне в грудях |
| Коли я йду під гору або підіймаюся сходами на один марш, я не відчуваю задишки | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Коли я йду під гору або підіймаюся сходами на один прогін, я відчуваю дуже сильну задишку |
| Я займаюся будь-якими домашніми справами без обмежень | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Я займаюся домашніми справами з великими обмеженнями |
| Виходячи з дому, я почуваюся впевнено, незважаючи на захворювання легень | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Виходячи з дому, я почуваюся невпевнено через захворювання легень |
| Я міцно сплю | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Я погано сплю через захворювання легень |
| У мене багато енергії | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | У мене зовсім немає енергії |

ДОДАТОК М

Будь ласка, позначте цифру, що відповідає на запитання і яка найкраще описує ваше фізичне та емоційне самопочуття за останні 24 години та/або тиждень. Відмітьте лише ОДНУ відповідь на кожне запитання.

Клінічний опитувальник із ХОЗЛ [<http://www/ccq.nl>]

| <i>Загалом як часто за останні 24 години (тиждень) ви відчували</i> | Зовсім не відчував | Рідко | Час від часу | Іноді | Часто | Дуже часто | Майже постійно |
|---|---------------------------|--------------|---------------------|--------------|--------------|-------------------|-----------------------|
| 1. Задишку в стані спокою | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. Задишку за фізичного навантаження | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. Занепокоєння, що ви можете застудитись або що у вас стане гірше з диханням | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. Пригнічений настрій у зв'язку із проблемами з диханням | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Загалом за останні 24 години (тиждень) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. Ви кашляли | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. У вас виділялася мокрота | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Продовження додатка М

| <p><i>Загалом за останні 24 години (тиждень) наскільки ви були обмежені в наступних видах діяльності через проблеми з диханням</i></p> | <p>Не обмежений</p> | <p>Зовсім трохи обмежений</p> | <p>Трохи обмежений</p> | <p>Помірно обмежений</p> | <p>Дуже обмежений</p> | <p>Надто сильно обмежений</p> | <p>Абсолютно обмежений чи не був здатний це робити</p> |
|--|---------------------|-------------------------------|------------------------|--------------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| <p>7. Тяжкі фізичні навантаження (наприклад, піднімання сходами, пришвидшення, заняття спортом)</p> | <p>0</p> | <p>1</p> | <p>2</p> | <p>3</p> | <p>4</p> | <p>5</p> | <p>6</p> |
| <p>8. Помірні фізичні навантаження (наприклад, ходити, виконувати роботу по дому, переносити речі)</p> | <p>0</p> | <p>1</p> | <p>2</p> | <p>3</p> | <p>4</p> | <p>5</p> | <p>6</p> |
| <p>9. Повсякденна активність по дому (наприклад, одягання, умивання)</p> | <p>0</p> | <p>1</p> | <p>2</p> | <p>3</p> | <p>4</p> | <p>5</p> | <p>6</p> |
| <p>10. Спілкування з людьми (наприклад, бесіда, перебування з дітьми, відвідування родичів)</p> | <p>0</p> | <p>1</p> | <p>2</p> | <p>3</p> | <p>4</p> | <p>5</p> | <p>6</p> |

ДОДАТОК Н

Таблиця Н.1 – Опитувальник контролю над астмою (Asthma Control Questionnaire – ACQ-5)

| Питання | Бал | Результат |
|--|--|-----------|
| 1. Загалом за останній тиждень як часто ви прокидалися вночі через напад БА? | 0 – ніколи; 1 – майже ніколи; 2 – дуже рідко; 3 – декілька разів; 4 – багато разів; 5 – дуже багато разів; 6 – не можу спати через БА | |
| 2. Загалом за останній тиждень наскільки вираженими були симптоми БА під час пробудження вранці? | 0 – відсутність симптомів; 1 – дуже легкі симптоми; 2 – легкі симптоми; 3 – помірні симптоми; 4 – досить тяжкі симптоми; 5 – тяжкі симптоми; 6 – дуже тяжкі симптоми. | |
| 3. Загалом за останній тиждень наскільки ви були обмежені в повсякденній діяльності через БА? | 0 – зовсім не обмежений; 1 – обмежено зовсім незначно; 2 – злегка обмежений; 3 – обмежено помірно; 4 – дуже обмежений; 5 – надзвичайно обмежений; 6 – повністю обмежений | |
| 4. Загалом за останній тиждень опишіть ступінь задишки, пов'язаної з БА | 0 – відсутня; 1 – дуже невелика; 2 – невелика; 3 – помірна; 4 – досить виражена; 5 – значна; 6 – дуже виражена | |
| 5. Загалом за останній тиждень скільки часу ви відчували утруднення дихання? | 0 – анітрохи; 1 – практично не відчував; 2 – невеликий період часу; 3 – помірна кількість часу; 4 – велика кількість часу; 5 – велику частину часу; 6 – увесь час | |
| Усього | | |

ДОДАТОК П

Таблиця П.1 – Опитувальник контролю над астмою (Asthma Control Questionnaire – ACQ-7)

| Питання | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---------------------|-----------------------|--------------------|-------------------|------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Загалом як часто впродовж останнього тижня ви прокидалися внаслідок симптомів астми? | не прокидався | дуже рідко | рідко | декілька разів | багато разів | дуже багато разів | не міг спати через астму |
| Загалом за останній тиждень наскільки вираженими були симптоми БА після пробудження вранці? | симптомів не було | дуже слабкі симптоми | слабкі симптоми | помірні симптоми | доволі сильні симптоми | сильні симптоми | дуже сильні симптоми |
| Загалом наскільки ви були обмежені у своїх професійних і повсякденних заняттях? | зовсім не обмежений | трохи обмежений | незначно обмежений | помірно обмежений | значно обмежений | дуже обмежений | повністю обмежений |
| Загалом чи була у вас задишка через астму впродовж останнього тижня? | задишки не було | дуже невелика задишка | невелика задишка | помірна задишка | доволі сильна задишка | сильна задишка | дуже сильна задишка |
| Загалом який проміжок часу впродовж останнього тижня у вас були хрипи у грудях? | хрипів не було | дуже рідко | рідко | іноді | значний проміжок часу | переважний проміжок часу | увесь час |

Продовження додатка П

| Питання | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|----------|-------------------|-------------------|------------------|-------------------|--------------------|------------------------|
| Загалом упродовж останнього тижня скільки доз бронхолітика короткої дії ви робили щодня (1 доза = 1 інгаляція)? | жодної | зазвичай 1–2 дози | зазвичай 3–4 дози | зазвичай 5–8 доз | зазвичай 9–12 доз | зазвичай 13–15 доз | зазвичай ≥ 16 доз |
| Об'єм форсованого видиху за 1-шу секунду (ОФВ1) від належних величин (заповнює лікар) | 0 > 95 % | 95–90 % | 89–80 % | 79–70 % | 69–60 % | 59–50 % | 6 < 50 % |

Продовження додатка П

Будь ласка, дайте відповіді на всі запитання, обвівши номер, який найкраще відповідає вашому стану за останні 2 тижні внаслідок астми.

Таблиця П.1 – Опитувальник якості життя хворих на астму AQLQ для самостійного використання

| Наскільки ви були обмежені впродовж останніх двох тижнів у цих видах діяльності внаслідок астми? | | | | | | | |
|---|---------------------------|------------------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------------|------------------------|----------------------------|
| Вид діяльності | Повністю обмежений | Надзвичайно обмежений | Дуже обмежений | Помірно обмежений | Дещо обмежений | Трохи обмежений | Зовсім не обмежений |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Напружені види діяльності (наприклад, швидке ходіння, фізичні навантаження, швидке піднімання або біг вгору сходами, заняття спортом) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Помірні види діяльності (наприклад, ходіння, хатня робота, робота на присадибній ділянці, відвідування магазинів, сходження сходами) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Соціальні види діяльності (наприклад, спілкування, ігри з домашніми тваринами або дітьми, відвідини друзів або родичів) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Продовження таблиці П.1

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|--|---------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------|------------------------------|---------------------|------------------|
| Професійні види діяльності (завдання, які вам доводиться виконувати на роботі*) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| * Якщо ви не працюєте або працюєте на себе, це ті завдання, які вам доводиться виконувати більшу частину часу | | | | | | | |
| Сон | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Наскільки сильний дискомфорт або страждання ви відчували впродовж останніх двох тижнів? | | | | | | | |
| Питання | Дуже сильний | Сильний | Значний | Помірний | Деякий | Дуже малий | Зовсім ні |
| Наскільки сильний дискомфорт або страждання ви відчували впродовж останніх двох тижнів внаслідок стиснення в грудях? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Загалом, яку частину часу впродовж останніх 2 тижнів? | | | | | | | |
| Питання | Увесь час | Більшу частину часу | Значну частину часу | Деяку частину часу | Невелику частину часу | Майже ніколи | Зовсім ні |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Відчували занепокоєння внаслідок астми | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Продовження таблиці П.1

| | | | | | | | |
|--|---------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------|------------------------------|---------------------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Відчували задишку внаслідок астми | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Мали симптоми астми внаслідок вдихання цигаркового диму | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Відмічали хрипи в грудях | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Відчували, що ви повинні уникати ситуації або оточення через цигарковий дим | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Наскільки сильний дискомфорт або страждання ви відчували впродовж останніх двох тижнів? | | | | | | | |
| Питання | Дуже сильний | Сильний | Значний | Помірний | Деякий | Дуже малий | Зовсім ні |
| Наскільки сильний дискомфорт або страждання ви відчували впродовж останніх двох тижнів унаслідок кашлю | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Загалом, яку частину часу впродовж останніх двох тижнів? | | | | | | | |
| Питання | Увесь час | Більшу частину часу | Значну частину часу | Деяку частину часу | Невелику частину часу | Майже ніколи | Зовсім ні |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Відчували себе засмученим через захворювання на астму | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Продовження таблиці П.1

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|--|------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------|------------------------------|---------------------|------------------|
| Мали відчуття тяжкості у грудях | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Відчували занепокоєння через необхідність користуватися ліками проти астми | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Відчували необхідність прокашлятися | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Мали симптоми астми внаслідок вдихання пилу | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Відчували утруднення видиху внаслідок астми | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Відчували, що потрібно уникати ситуації або оточення через пил | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Прокидалися вранці із симптомами астми | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Загалом, яку частину часу впродовж останніх двох тижнів? | | | | | | | |
| Питання | Увесь час | Більшу частину часу | Значну частину часу | Деяку частину часу | Невелику частину часу | Майже ніколи | Зовсім ні |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Відчували побоювання не мати ваших ліків проти астми під рукою | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Продовження таблиці П.1

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| Відчували стурбованість через утруднене дихання | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Мали симптоми астми внаслідок погодних умов або забруднення повітря надворі | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Прокидалися вночі внаслідок астми | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Уникали виходу надвір або обмежували перебування там через погодні умови або забрудненість повітря | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Мали симптоми астми внаслідок вдихання сильних запахів або парфумів | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Відчували побоювання нападів ядухи | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Продовження таблиці П.1

| Загалом яку частину часу впродовж останніх двох тижнів? | | | | | | | |
|--|--------------------|-----------------------|---------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------|
| Питання | Увесь час | Більшу частину часу | Значну частину часу | Деяку частину часу | Невелику частину часу | Майже ніколи | Зовсім ні |
| Відчували, що ви повинні уникати ситуацій або оточення через сильні запахи або парфуми | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Ваша астма заважала мати повноцінний нічний сон | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Мали відчуття, що дихання вимагає великих зусиль | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Наскільки обмеженими ви були впродовж останніх двох тижнів? | | | | | | | |
| Питання | | | | Більшість не зроблено | Багато не зроблено | Дуже мало не зроблено | Не було обмежень |
| Пригадайте всі види діяльності, якими вам хотілося б займатися впродовж двох останніх тижнів. Яку кількість із них ви не змогли зробити внаслідок астми? | | | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Наскільки обмеженими ви були впродовж останніх двох тижнів? | | | | | | | |
| Питання | Повністю обмежений | Надзвичайно обмежений | Дуже обмежений | Помірно обмежений | Деяко обмежений | Трохи обмежений | Зовсім не обмежений |
| Загалом наскільки ви були обмежені внаслідок астми в усіх видах діяльності, якими ви займалися впродовж останніх двох тижнів | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Продовження додатка П

Джерело: https://zakononline.com.ua/documents/show/12588__540743.

ГАЛУЗЕВИЙ КОД: симптоми: 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 29, 30.

Обмеження діяльності: 1, 2, 3, 4, 5, 11, 19, 25, 28, 31, 32.

Емоційні функції: 7, 13, 15, 21, 27.

Зовнішні подразники: 9, 17, 23, 26.

Електронне навчальне видання

Ситник Ольга Андріївна

ОПИТУВАННЯ ПАЦІЄНТА В ДІЯЛЬНОСТІ ФІЗИЧНОГО ТЕРАПЕВТА

Навчально-методичний посібник

Відповідальний за випуск Ю. О. Атаман
Редактор І. О. Кругляк
Комп'ютерний набір і верстання О. А. Ситник

Формат 60×84/8. Ум. друк. арк. 8,37. Обл.-вид. арк. 2,78

Видавець і виготовлювач
Сумський державний університет,
вул. Римського-Корсакова, 2, м. Суми, 40007
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3062 від 17.12.2007.