

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
IV МЕДИЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ

Кафедра спортивної, фізичної та реабілітаційної медицини, фізичної терапії та
ерготерапії

*«Допущено до захисту
магістерської роботи»*

Завідувач кафедри спортивної,
фізичної та реабілітаційної медицини,
фізичної терапії, ерготерапії

_____ к.мед.н., доцент О.В. Марковська

**Магістерська робота
за спеціальністю 227 Фізична терапія**

на тему: ВПЛИВ ЛІКУВАЛЬНОГО МАСАЖУ НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ
СТАН ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМИ ПРИ БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ

Виконала: студентка 2 курсу, групи № 311

IV медичний факультет, фізична терапія

Хроленко Софія Миколаївна

Керівник: доцент, к.мед.н. Білецька О.М.

Рецензент: доцент, к.мед.н. Латоогуз С.І.

У Екзаменаційній комісії

« ____ » _____ 2026

З оцінкою _____

Голова Екзаменаційної комісії,
доктор медичних наук, професор
_____ / М.О. Корж /

ЗМІСТ

ВСТУП		4
РОЗДІЛ 1	Огляд літератури щодо проблеми ефективності використання у комплексній реабілітації хворих на бронхіальну астму курсів лікувального масажу.....	6
	1.1. Основні клінічні положення у захворюванні на бронхіальну астму.....	6
	1.2. Особливості перебігу бронхіальної астми.....	9
	1.3. Механізми та фізіологічний вплив масажу на організм.....	12
РОЗДІЛ 2	Матеріали та методи дослідження.....	17
	2.1. Методи теоретичного аналізу.....	17
	2.2. Організація дослідження.....	18
	2.3. Загальна характеристика обстежених осіб.....	19
	2.4. Характеристика методів дослідження.....	19
	2.5. Вплив лікувального масажу на організм людини при бронхіальній астмі.....	23
	2.6. Методи статистичної обробки отриманих даних.....	28
	2.7. Загальна кількісна характеристика проведених досліджень.....	29
РОЗДІЛ 3	Результати дослідження і їх обговорення.....	30
ВИСНОВОК		38
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ		40
ДОДАТОК		44

ВСТУП

Відповідно до міжнародних стандартів, астма є хронічним запальним захворюванням дихальних шляхів. У розвитку цього процесу активну участь беруть різні клітини імунітету, зокрема огрядні клітини, еозинофіли та Т-лімфоцити.

Бронхіальну астму стверджують такі положення:

1. В основі бронхіальної астми лежить запалення бронхів, яке може бути алергічним (вплив різних груп алергенів), інфекційним та нейрогенним.
2. Виникнення бронхіальної астми пов'язане зі спадковою схильністю до бронхіальної астми та інших алергічних захворювань.
3. Перебіг бронхіальної астми може виявлятися нападами ядухи і бути безприступним.
4. Для хворих на бронхіальну астму характерні повна або часткова оборотність обструкції, що настає в процесі лікування.
5. Основними клітинами, що беруть участь у патогенезі бронхіальної астми, є опасисті клітини, еозинофіли та Т-лімфоцити.

Поширеність бронхіальної астми коливається в широких межах від 12,2% у Новій Зеландії до 1% у Нігерії. Максимальне поширення бронхіальної астми у країнах з теплим та сирим кліматом, мінімальне – у зоні пустель та у Заполяр'ї. В Україні поширеність бронхіальної астми серед чоловіків становить 6,4% та серед жінок – 6,0%. Останні 2-3 десятиліття поширеність бронхіальної астми зросла особливо серед дітей та молодих людей. Наростає тяжкість перебігу бронхіальної астми. За деякими даними, частка хворих з тяжким перебігом бронхіальної астми досягає 25-30%.

Актуальність дослідження. За всіх варіантів перебігу бронхіальної астми необхідним є застосування методів, що сприяють зменшенню бронхообтураційного синдрому, серед яких виділяється метод масажу. Метод масажу на цій фазі госпітального етапу лікування бронхіальної астми застосовують у повному обсязі зі зростаючим дозуванням. Масаж сприяє

розсмоктуванню запальних змін у бронхах та легенях та нормалізації акту дихання. У комплекс комплексної реабілітації бронхіальної астми включено основні фізіотерапевтичні та інші методи немедикаментозного лікування, у тому числі масаж грудної клітини та комірної зони, класичний, сегментарний, точковий показаний особливо при поєднанні бронхіальної астми з емфіземою легень.

Метою дослідження є дослідження ефективності використання у комплексній реабілітації хворих на бронхіальну астму курсів лікувального масажу.

Виходячи з мети, були поставлені такі **завдання дослідження** :

1) Вивчити літературу, що розкриває та описує сутність захворювання: бронхіальна астма та можливість використання у комплексній реабілітації хворих курсів лікувального масажу;

2) Скласти план та провести курс лікувального масажу у складі комплексної реабілітації хворих на бронхіальну астму;

3) Оцінити ефективність використання в комплексній реабілітації хворих на бронхіальну астму курсів лікувального масажу, за результатами дослідження подати математико- статистичну обробку даних.

Об'єкт дослідження. Процес впливу курсів масажу на стан хворих на бронхіальну астму.

Предмет дослідження. Ефективність використання у комплексній реабілітації хворих на бронхіальну астму курсів лікувального масажу.

Гіпотеза дослідження: передбачається, що лікувальний масаж ефективно впливає на стан хворих на бронхіальну астму.

РОЗДІЛ 1

ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ ЩОДО ПРОБЛЕМИ ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ У КОМПЛЕКСНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ КУРСІВ ЛІКУВАЛЬНОГО МАСАЖУ

1.1. Основні клінічні положення у захворюванні на бронхіальну астму

Клінічна картина, діагностика. Найбільш поширеним симптомом захворювання є напади ядухи. У розвитку нападу розрізняють три періоди: період провісників, розпалу та зворотного розвитку.

За кілька хвилин, а іноді й годин до початку астматичного нападу, може виникати так званий попереджувальний етап, який сигналізує про наближення загострення.

У розпал нападу задуха часто має експіраторний характер і супроводжується відчуттям стиснення, здавлення у грудній клітці. Відчуття задишки та ядухи може виникнути раптово, серед ночі або в інший час доби і за кілька хвилин досягти дуже великої сили без періоду провісників. Напад може закінчитися швидко без будь-яких залишкових явищ. Купірування нападу може затягнутися на кілька годин, перейти в астматичний стан, при якому обструкція надзвичайно виражена і проявляється формуванням так званого «німого легкого» стану вкрай важкого, при якому при аускультатії не визначаються дихальні шуми та хрипи. На висоті нападу чи астматичного стану може настати смерть хворого [1, 2].

Після усунення нападу відзначається загальне нездужання, слабкість, сонливість, психічні розлади. При безприступному варіанті проявом хвороби є різного ступеня дихальний дискомфорт, що включає кашель, задишку, дистантні сухі, свистячі, хрипи, що дзижчать при диханні, мова переривчаста, роздування крил носа при диханні, участь в диханні допоміжної дихальної мускулатури. У деяких хворих основним симптомом є кашель, який часто виникає вночі і зазвичай не

супроводжується дистантними хрипами. Діагноз бронхіальної астми при її безприступному перебігу може бути поставлений при виключенні інших захворювань, що супроводжуються дихальним дискомфортом і за наявності у хворого спадкової схильності до бронхіальної астми або інших алергічних захворювань, проявів позалегенової алергії (алергічний риніт , кропив'янка, кропив'янка, набряки та ін.).

Діагностика клініко-патогенетичних варіантів хвороби Діагностика атопічного варіанта передбачає наявність непереносимості пилоквих, побутових, епідермальних, харчових, лікарських, виробничих алергенів.

Діагностика інфекційно-залежного варіанта дуже важка і заснована на наявності зв'язку між загостреннями бронхіальної астми та активною інфекцією органів дихання (гостра пневмонія, гнійний бронхіт, активний інфекційний запальний процес у верхніх дихальних шляхах (грип, респіраторна вірусна інфекція органів дихання). лабораторних, бактеріологічних та рентгенологічних методів дослідження.

Аутоімунний варіант зустрічається рідко і спостерігається у хворих з вкрай тяжким перебігом інфекційно-залежної, атонічної та змішаної бронхіальної астми. У цих хворих є ознаки васкуліту судин легень і погана курабельність навіть при прийомі глюкокортикоїдних препаратів через рот [3, 4].

Дисгормональний (гормонозалежний) варіант проявляється неможливістю не тільки відмінити, але й суттєво зменшити дозу глюкокортикоїдних гормонів, що застосовуються. Підвищена потреба у цих препаратах може бути обумовлена не лише недостатньою секрецією глюкокортикоїдів корою надниркових залоз хворого, а й тканинною резистентністю до кортизолу. Як правило, хворі з гормонозалежним варіантом перебігу хвороби в різні терміни приймали глюкокортикоїдні гормони, причому формування гормональної залежності суттєво не пов'язане з тривалістю прийому та дозою цих препаратів.

Дизоваріальний варіант проявляється у деяких жінок загостренням бронхіальної астми у різні фази менструального циклу, особливо часто у перші

дні менструального циклу, що зумовлено підвищенням впливу естрогенів за абсолютного або відносного зниження дії прогестерону.

Холінергігський варіант пов'язаний із значно підвищеною активністю парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи, що зустрічається переважно у літніх хворих. Формується через кілька років після початку бронхіальної астми. Провідним клінічним симптомом є задишка при фізичному навантаженні та у спокої [5, 6].

Нервово-психічний клініко-патогенетичний варіант перебіг бронхіальної астми діагностується у тих випадках, коли нервово-психічні фактори сприяють провокації та фіксації астматичних симптомів, а зміни функціонування нервової системи стають механізмами патогенезу бронхіальної астми.

У деяких хворих бронхіальна астма є своєрідною формою патологічної адаптації хворого до довкілля. При цьому симптоми бронхіальної астми можуть бути використані як засіб патологічної адаптації та вирішення життєвих проблем. Такий стереотип уникнення конфронтації із конфліктами сприяє прогресуванню симптомів бронхіальної астми. Нервово-психічний клініко-патогенетичний варіант бронхіальної астми діагностується у тих хворих, у яких нервово-психічні фактори сприяють загостренню та фіксації астматичних симптомів, формуючи один із механізмів патогенезу бронхіальної астми [7, 8].

Є чотири нервово-психічні варіанти бронхіальної астми: неврастеноподібний, істероподібний, психостеноподібний і «шунтовий».

Хворі з неврастеноподібним варіантом характеризуються зниженою самооцінкою, завищеними вимогами до себе та обтяжливою свідомістю своєї неспроможності, захистом від якої стає напад бронхіальної астми [9, 10].

При істероподібному варіанті хворих відрізняє підвищений рівень домагань до значних осіб мікросоціального оточення (родина, виробничий колектив), коли бажаного результату хворий «досягає» за допомогою нападу.

Пацієнтів із психостенічним варіантом перебігу бронхіальної астми відрізняє підвищена тривожність, залежність від осіб значущого оточення та низька здатність до самостійних рішень.

«Умовна приємність» нападу полягає в тому, що він «позбавляє» хворих необхідності приймати відповідальні рішення.

У разі «шунтового» механізму напад необхідний для розрядки невротичної конфронтації членів сім'ї та для отримання уваги та турботи під час нападу з боку значущого оточення. Нервово-психічний варіант перебігу бронхіальної астми може бути діагностований на підставі анамнестичних та тестових даних.

Основною ознакою аспіринового клініко-патогенетичного варіанта перебігу бронхіальної астми (аспіринової астми) є зв'язок нападів ядухи з прийомом ацетилсаліцилової кислоти та інших нестероїдних протизапальних засобів. Вона часто поєднується з поліпозом носа, і тоді позначається як астматична тріада [11, 12, 13, 14].

У процесі прогресування астми приєднуються інші клініко-патогенетичні варіанти, які можуть ставати провідними. Згодом може відбуватися зміна провідного клініко-патогенетичного варіанту.

1.2. Особливості перебігу бронхіальної астми

Легкий перебіг

Частота загострень: Рідкісні - не частіше 2 разів на рік. Для зняття симптомів не потрібно вводити препарати парентерально (через уколи чи крапельниці).

Симптоми у фазі ремісії: Короткочасні труднощі з диханням виникають максимум 2 рази на тиждень, а нічні напади турбують не частіше 2 разів на місяць.

Показники дихання: Головні індикатори роботи легень (ПШВ та ОФВ1) залишаються високими - понад 80% від норми, а їхні коливання протягом доби не перевищують 20%.

Перебіг середньої тяжкості

Частота загострень: Трапляються від 3 до 5 разів на рік, є ризик розвитку небезпечних астматичних станів. Купірування загострень вимагає ін'єкційного введення ліків, зокрема глюкокортикоїдних гормонів.

Симптоми у фазі ремісії: Проблеми з диханням з'являються частіше ніж 2 рази на тиждень, а нічні напади стаються частіше 2 разів на місяць.

Показники дихання: Значення ПШВ та ОФВ₁ знижуються до 60–80% від належних величин, а їхня мінливість протягом доби становить понад 30%.

Тяжкий перебіг бронхіальної астми: безперервно рецидивуючий перебіг, астматичні стани, для усунення симптомів загострення потрібне парентеральне введення ліків, у тому числі глюкокортикоїдних гормонів. Нерідко стала глюкокортикоїдна (інгаляційна або пероральна) терапія. Максимально досяжні ПСВ, ОФВ₁ <60%, добова мінливість 20-30% [15, 16, 17, 18].

Найяскравішим і загрозливим для життя проявом важкого перебігу бронхіальної астми є астматичний статус. Найчастіші причини виникнення астматичного статусу:

- 1) безконтрольний прийом симпатоміметичних і кортикостероїдних препаратів, різке припинення тривалого прийому кортикостероїдних гормонів;
- 2) загострення хронічного чи гострого запального процесу в бронхолегеновому апараті;
- 3) застосування лікарських препаратів, які хворий не переносить (нестероїдні протизапальні препарати, антибіотики), зловживання снодійними та седативними засобами;
- 4) надмірний вплив причинно-значущих алергенів (пил, їжа) та неспецифічних впливів (фізичне навантаження, холодне повітря);
- 5) значний нервово-психічний стрес;
- 6) відсутність адекватної терапії при поступовому погіршенні стану: почастищення нападів ядухи, погана їх купірованість (так звана «нестабільна астма»).

Класифікація астматичного статусу:

I стадія - затяжний напад ядухи, резистентність до симпатоміметиків;

II стадія – наростання дихальної недостатності за обструктивним типом;

III стадія – гіпоксемічна, гіперкапнічна кома.

I стадія характеризується тривалим нападом ядухи, вимушеним становищем хворого, прискореним диханням, приступоподібним кашлем зі скупим харкотинням, що важко відходить, тахікардією, часто підвищеним АТ. Відзначається помірна артеріальна гіпоксемія (pO_2 60–70 мм.рт.ст.), нормо- або гіпокапнія (pCO_2 менше 35 мм.рт.ст.).

II стадія – стан хворого тяжкий, шкірні покриви блідо-сірі, виражена задишка, при аускультатії – «німа легень», хрипи та дихання майже не чути, прискорене поверхнєве дихання, частий пульс, м'якого наповнення, аритмія, зниження артеріального тиску. Періоди байдужості змінюються збудженням. Виражена гіпоксемія (pO_2 50-60 мм.рт.ст.) і наростаюча гіперкапнія (pCO_2 50-70 мм.рт.ст.).

III стадія - свідомість відсутня, тахіпное, виражений ціаноз, нерідко колапс. У III стадії розвивається важка артеріальна гіпоксемія (pO_2 40-55 мм.рт.ст.) і різко виражена гіперкапнія (pCO_2 80-90 мм.рт.ст.). Летальність на висоті астматичного статусу становить 5-20%.

Найчастішими причинами смерті є неможливість проведення ефективної вентиляції легень та асфіксія.

За своєчасно розпочатої інтенсивної терапії прогноз астматичного статусу може бути сприятливим [19, 20, 21, 22].

Фаза бронхіальної астми – невід'ємна частина діагнозу, необхідна вибору терапії на момент огляду хворого. Фаза загострення – відновлення, почастішання та посилення нападів, кашлю, задишки, дистантних хрипів, зниження ефективності бронхолітичних препаратів. Наростання ознак дихального дискомфорту може супроводжуватись клінічними (підвищення температури тіла, озноби, пітливість) та лабораторними (лейкоцитоз, еозинофілія) ознаками запалення.

Фаза нестабільної ремісії – стан, у якому ознаки дихального дискомфорту стали менш вираженими, але ще не досягнуто стабільна ремісія.

Ремісія бронхіальної астми діагностується в тих випадках, коли куповані ознаки дихального дискомфорту, можливе виникнення поодиноких нападів ядухи або інших ознак дихального дискомфорту відповідно до тяжкості перебігу бронхіальної астми. Стійка ремісія може бути діагностована у хворих, у яких ознак загострення хвороби був більше 2 років [23, 24].

1.3. Механізми та фізіологічний вплив масажу на організм

В основі масажу лежить дозований механічний вплив на тіло людини, який виконується руками фахівця або за допомогою спеціальних апаратів. Організм не залишається байдужим до цих маніпуляцій — усі його органи та системи активно реагують на механічне подразнення, що призводить до різноманітних функціональних змін.

Вплив масажу на людину базується на фундаментальних фізіологічних закономірностях (досліджених І.М. Сеченовим, І.П. Павловим, М.О. Ухтомським та іншими вченими) і забезпечується трьома основними чинниками: механічним, гуморальним та нервово-рефлекторним.

Як працює нервово-рефлекторний механізм?

Під час масажу відбувається стимуляція величезної кількості різноманітних нервових закінчень (рецепторів), розташованих у різних куточках нашого тіла:

Екстерорецептори - містяться у шкірі та першими приймають імпульси.

Пропріорецептори - закладені у м'язах, сухожиллях, зв'язках та фасціях.

Ангіорецептори - розташовані у стінках кровоносних і лімфатичних судин.

Інтерорецептори - знаходяться у внутрішніх органах.

Потік нервових імпульсів, що виникає внаслідок цього подразнення, спрямовується до центральної нервової системи (ЦНС). У відповідь мозок запускає складну ланцюгову реакцію, яка викликає позитивні функціональні зрушення у відповідних органах і системах.

Від чого залежить ефект від масажу?

Організм кожної людини реагує на масажні прийоми індивідуально. Характер і сила цієї реакції безпосередньо залежать від:

Функціонального стану вищих відділів ЦНС.

Стану та чутливості тієї зони (рецепторного поля), на яку діє масажист.

Обраної техніки, сили та методики виконання масажу.

Клінічних проявів і стадії захворювання (якщо масаж застосовується з лікувальною метою).

Поруч із цим в механізмі дії масажу велику роль грає гуморальний чинник. Під впливом масажу у тканинах утворюються високоактивні речовини, які покращують кровопостачання та обмінні процеси [25, 26, 27, 28].

Масаж надає також і безпосередній механічний вплив на пересування всіх рідких середовищ організму: крові, лімфи, міжтканинної рідини, на розтяг і зміщення тканин. Механічний фактор збільшує обмінні процеси, усуває застійні явища і підвищує температуру ділянки тіла, що масажується.

Шкіра - це складний багатофункціональний орган, який відповідає за захист, виділення, терморегуляцію та секрецію. Масаж має на неї потужний комплексний вплив, який поширюється на весь організм.

Основні ефекти масажу на шкіру можна розділити на кілька напрямків:

Очищення та оновлення: Механічна дія видаляє відмерлі клітини зовнішнього шару (епідермісу). Це покращує шкірне дихання та нормалізує роботу потових і сальних залоз.

Захисна функція: Стимуляція виділення шкірного сала створює природний бар'єр. Він захищає шкіру від пересихання на повітрі, а також від надмірного розмокання у воді (що вкрай важливо для плавців та представників водних видів спорту).

Покращення кровообігу та живлення: Під час масажу судини розширюються, а "сплячі" резервні капіляри відкриваються. Кров починає рухатися швидше, активніше доставляючи кисень і поживні речовини до тканин. Це сприяє швидкому відновленню після навантажень.

Лімфодренаж та детоксикація: Рухи масажиста механічно виштовхують венозну кров із капілярів та лімфу з міжтканинних просторів. Таке "спорожнення" судин прискорює циркуляцію рідин не лише в зоні впливу, а й на сусідніх ділянках, забезпечуючи швидке виведення продуктів розпаду.

Підвищення тону: Фізичні властивості шкіри суттєво змінюються - вона стає більш пружною, щільною та еластичною.

Розігрів та терморегуляція: Тертя і стимуляція кровообігу підвищують місцеву температуру, викликаючи приємне відчуття тепла. Цей ефект широко використовують у спорті перед стартами, щоб підготувати тіло до інтенсивної роботи.

Системний вплив: Шкіра містить величезну кількість нервових закінчень. Подразнюючи їх, масаж передає імпульси до центральної нервової системи, запускаючи каскад позитивних фізіологічних реакцій у всьому організмі.

Спокійне погладжування шкіри знімає підвищену збудливість центральної нервової системи, заспокоює масаж так, що він навіть може заснути. Погладжування шкіри в області ніг викликає розширення артерій та підвищення температури шкіри у віддалених точках тіла.

Масаж викликає не лише подразнення численних рецепторів шкіри; в ній під впливом масажу утворюються активно діючі (гістаміноподібні) речовини, які разносяться по організму струмом лімфи та крові, викликають розширення судин та посилення кровотоку в окремих органах та системах організму. Його вплив на нервову систему різнобічно. Аферентні імпульси, що виникають під час масажу в шкірі, м'язах і суглобах, дратують кінестетичні клітини кори великих півкуль головного мозку і стимулюють відповідні центри до діяльності.

Вплив масажу на центральну нервову систему (ЦНС)

Цікаво, що одні й ті самі масажні рухи можуть давати абсолютно протилежний ефект. Те, як центральна нервова система відреагує на масаж, залежить від трьох ключових параметрів методики: сили, темпу та тривалості.

Сила тиску: Поверхневий (легкий) масаж має збудливий ефект і стимулює нервову систему. Натомість глибокий (сильний) масаж запускає гальмівні процеси та сприяє розслабленню.

Темп і тривалість: Швидкі рухи тонізують та підвищують збудливість ЦНС. Середній та повільний темп діють заспокійливо, причому чим довший сеанс масажу, тим сильніше знижується нервова напруга.

Специфіка прийомів: Такі рухи, як погладжування, розтирання та пасивна гімнастика, заспокоюють нервову систему. А от струшування та ударні прийоми (побиття), навпаки, її стимулюють.

Дія на периферичну нервову систему

Масаж має потужний терапевтичний вплив на периферичні нерви:

Покращує провідність нервових імпульсів.

Ефективно зменшує або повністю усуває больові відчуття.

Стимулює регенерацію (відновлення) нервів після їх пошкодження.

Запобігає трофічним та судинним розладам (порушенню живлення тканин).

Цікавий факт: Спеціальні вібраційні прийоми здатні змусити скорочуватися навіть ті м'язи, які вже втратили здатність реагувати на електростимуляцію.

Роль кровообігу та гуморальна регуляція

Масажна дія нерозривно пов'язана з активізацією кровообігу, адже саме через кров реалізується системний вплив на організм:

Живлення та очищення: Кров безперебійно постачає клітинам кисень та необхідні поживні речовини, водночас забираючи та виводячи продукти обміну (відходи життєдіяльності).

Гуморальна регуляція: Кровотік розносить по всьому тілу гормони, які виділяють залози внутрішньої секреції, тим самим керуючи роботою різних органів і систем.

Терморегуляція: Активний і рівномірний рух крові допомагає підтримувати стабільну температуру тіла.

Вплив масажу на основні системи організму

1. Серцево-судинна та лімфатична системи

Прискорення крово- та лімфотоку: Механічні прийоми (погладжування, розминання) буквально вичавлюють рідину із судин, прискорюючи її рух. Водночас ударні техніки (поплескування, рубання) стимулюють нервові закінчення, змушуючи судини розширюватися.

Допомога серцю: Масаж діє як "друге серце". Він знижує опір в артеріях, полегшує відтік венозної крові та тонізує судинні стінки. Завдяки цьому серцевому м'язу стає набагато легше перекачувати кров, що є критично важливим для відновлення після важкої фізичної чи розумової праці.

Усунення застоїв: Рідина починає активніше циркулювати не лише в зоні безпосереднього масажу, а й у віддалених тканинах.

2. М'язи, суглоби та зв'язки

Екстрене відновлення м'язів: Посилений кровообіг насичує м'язи киснем і миттєво виводить продукти розпаду. Дослідження показують вражаючий результат: 5 хвилин правильного масажу знімають м'язову втому ефективніше, ніж 20 хвилин пасивного відпочинку на дивані.

Гнучкість і міцність: Масаж підвищує еластичність зв'язок та збільшує амплітуду рухів у суглобах. Це робить його незамінним інструментом для спортсменів, людей літнього віку та пацієнтів на етапі реабілітації після травм.

3. Дихальна система

Поглиблення дихання: Енергійний масаж грудної клітки та спини (особливо розтирання міжреберних проміжків) рефлекторно змушує людину дихати рідше, але набагато глибше.

Покращення газообміну: Якщо провести сеанс перед фізичним навантаженням, газообмін зростає на 10–20%. Якщо ж зробити масаж після тренування, цей показник злітає на 95–130%, допомагаючи організму швидше відновити кисневий баланс.

4. Обмін речовин (метаболізм)

Очищення (детоксикація): Під дією масажних рухів посилюється

виділення поту та сечі. Організм активніше позбавляється солей, зайвого азоту та молочної кислоти.

Кисневе живлення: Загальне споживання кисню тканинами зростає на 10–15%. Завдяки цьому суттєво прискорюється процес окислення та виведення молочної кислоти, яка накопичується у м'язах після інтенсивної роботи.

ГЛАВА 2

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Методи теоретичного аналізу

1. Методи теоретичного аналізу – науково-теоретичний аналіз джерел літератури

2. Діагностичні методи:

- аналіз історій хвороби. Проводиться на основі вивчення даних анамнезу, згідно з історією хвороби: на підставі ознайомлення із документацією респондента, аналізу медичних карток;

- аналіз обстежень, антропометричних вимірів, функціональних досліджень. Важлива роль функціональної діагностики належить інформації, одержуваної з допомогою різноманітних проб;

- тестування біологічних функцій: серцево-судинної, дихальної, нервово-м'язової (функціональні проби Генчі, Штанге, Гарвардський степ-тест, пульсометрія, тонометрія, вимірювання АТ.

- тестування. Тестування дозволяє оцінювати функціональний стан організму загалом, його готовність до активної діяльності, рівень загальної фізичної працездатності.

Методика «Супровід»

- анкетування, опитування

- спостереження

3. Експериментальні методи

- виконання курсів лікувального масажу, при бронхіальній астмі

- від мети: констатуючий

- за умовами проведення: природний (стаціонарний)

- за спрямованістю: порівняльний

4. Методи математичної обробки та аналізу результатів дослідження.

2.2. Організація дослідження

Тестування та психокорекційна програма, та курси лікувального масажу проводилися на базі університетської клініки ХНМУ, у період червень та вересень місяць 2025 року.

З метою вивчення ефективності використання в комплексній реабілітації хворих на бронхіальну астму курсів лікувального масажу було запрошено 22 пацієнти (15 жінок та 7 чоловіків), середній вік яких $46,41 \pm 2,27$ року, проте було 12 відмов. Свої відмови хворі пояснювали схожими причинами - браком вільного часу для відповідей на ці методики або відсутністю бажання брати участь в обстеженні. У дослідженні взяли участь 10 пацієнтів, з яких 5 жінок та 5 чоловіків. Дослідження проводилося в індивідуальному порядку, після невеликої розмови з хворими.

Час обстеження було обрано з урахуванням лікування та вимогами режиму хворого.

Дослідження проводилось після кожного курсу масажу. 1 курс масажу (початковий) проводився у червні, проміжний курс проводився у липні, і остаточний проводився у серпні – вересні.

Дослідження проводилося протягом п'яти етапів.

На першому етапі було складено план проведення курсу лікувального масажу для хворих на бронхіальну астму, підготовлені бланки протоколів дослідження. Затверджено час для процедури дослідження та місце зручне для обстеження хворих.

Було проведено роз'яснювальну профілактичну бесіду з хворими, після якої присутні були запрошені на обстеження. Хворим, які висловили згоду на обстеження, були видані методики для відповіді у будь-який зручний для них час.

На другому етапі було проведено первинне обстеження для подальшого порівняння та оцінки змін.

На третьому етапі було проведено 3-х кратний курс лікувального масажу (початковий, проміжний та остаточний) для хворих на бронхіальну астму, що складається з 10 сеансів.

На четвертому етапі було проведено повторне обстеження хворих на бронхіальну астму, після проміжного та остаточного курсів.

На п'ятому етапі були проаналізовані отримані дані з наступними висновками про ефективність використання в комплексній реабілітації хворих на бронхіальну астму курсів лікувального масажу.

2.3 Загальна характеристика обстежених осіб

Таблиця 1

№	Ім'я	Вік	Тривалість перебігу	Діагноз
1.	Валентина С.	47	20	бронхіальна астма, інфекційно-залежний варіант, середнього ступеня тяжкості.
2.	Юлія Ф.	52	21	бронхіальна астма, аутоімунний варіант, середнього ступеня тяжкості.
3.	Інга Ст.	39	25	бронхіальна астма, інфекційно-залежний варіант, середнього ступеня тяжкості.
4.	Марія Ч.	41	23	бронхіальна астма, атопічний варіант, середнього ступеня тяжкості.
5.	Каріна До.	50	15	бронхіальна астма, інфекційно-залежний варіант, середнього ступеня тяжкості.
6.	Олег М.	58	32	бронхіальна астма, дисгормональний варіант, середнього ступеня тяжкості.
7.	Петро А.	38	30	бронхіальна астма, інфекційно-залежний варіант середнього ступеня тяжкості.
8.	Микола О.	29	12	бронхіальна астма, дисгормональний варіант, середнього ступеня тяжкості.
9.	Проход Л.	60	40	бронхіальна астма, атопічний варіант, середнього ступеня тяжкості.
10.	Володимир П.	47	22	бронхіальна астма, дисгормональний варіант, середнього ступеня тяжкості.

2.4. Характеристика методів дослідження

Штанге - Генча проба (син. Генча проба) - функціональна проба для оцінки стану серцево-судинної та дихальної систем, що полягає у визначенні максимальної тривалості довільної затримки дихання після вдиху (проба Штанге) або після видиху (проба Генча).

Тест розроблений в Гарвардському університеті в США (Брау, Ділл) 1942 р.

За допомогою Гарвардського степ-тесту кількісно оцінюються відновлювальні процеси після дозованої м'язової роботи.

Тест полягає у повторних підйомах на сходинку заввишки 50 см. для чоловіків та 43 см. для жінок і спусках із них протягом $t = 5$ хв із частотою 30 підйомів за хвилину. Кожен підйом спуску складається з чотирьох кроків: 1-й крок - праву ногу поставити на сходинку, 2-й - ліву, 3-й - праву ногу поставити на підлогу, 4-й крок - ліву.

Після закінчення вправи сидячи підрахуйте пульс протягом перших 30 с., 2, 3 і 4-й хвилин відновлення відповідно (f_1 , f_2 , f_3). За отриманими даними знаходимо індекс степ-тесту.

$$\text{ІГТС} = \frac{t * 100}{(f_1 + f_2 + f_3)} * 2$$

У цьому виразі t - час сходження на сходинку в секундах (якщо випробуваний повністю виконав програму тесту, то $t = 300$ с, якщо він припинив роботу раніше, наприклад, на 4-й хвилині, то $t = 240$ с);

f_1 , f_2 , f_3 – сума пульсу за перші 30 з 2, 3 та 4-ї хвилини відновлювального періоду; множник 100 служить для вираження ІГСТ у цілих числах.

За повного виконання тесту, тобто за підтримки протягом 5 хв. частоти підйомів 30 за хвилину, загальний час дорівнює 300 с. Якщо ж ви не змогли підтримати необхідну частоту підйомів, то робота припиняється, і тоді величину складе час роботи до цього моменту.

Оцінка результатів Гарвардського степ-тесту

Таблиця 2

Індекс тесту	Оцінка
менше 55	погана
55-64	нижче середнього
65-79	середня
80-89	гарна
90 і більше	відмінна

У таблиці № 2 наводяться оціночні критерії величин індексу Гарвардського степ-тесту здорових осіб.

Для виконання **проби Штанге** пацієнти підраховують у себе частоту пульсу роблять 3 глибоких вдиху і на неповному 4-му вдиху затримують дихання, затиснувши ніс затискачем. Час затримки дихання реєструють. Після закінчення проби знову реєструють частоту пульсу.

Норми: час затримки 40-90 с, підвищення частоти пульсу - не більше 10-20 хв.

Пробу Генча пацієнти виконують, зробивши 3 глибокі видихи і на неповному 4-му затримують дихання. Час затримки реєструють.

Норми: понад 40 секунд – добре; 35-39 секунд. задовільно; менше 35 секунд - Незадовільно.

Спостереження - це ключовий інструмент, який дає змогу побачити повну картину поведінки пацієнта. Щоб об'єктивно оцінити психічний стан та риси характеру людини, за нею варто спостерігати в різних, іноді стресових, умовах.

Найбільш показові ситуації для спостереження:

Консультації та медичні огляди.

Етап підготовки та безпосереднє проведення складних чи болісних процедур.

Зустрічі та спілкування з родичами чи близькими.

Критичні моменти (наприклад, коли пацієнт стає свідком або дізнається про погіршення стану інших хворих із таким самим діагнозом).

Що саме допомагає виявити спостереження?

Аналіз реакцій у цих обставинах яскраво розкриває особистість пацієнта. Він демонструє:

Рівень комунікабельності: відкритість або, навпаки, схильність до замкнутості.

Емоційний фон: життєрадісність та оптимізм чи схильність до пригніченості й зневіри.

Особливості спілкування: підкреслену тактовність або втрату почуття дистанції; балакучість або обережність у висловлюваннях.

Темперамент та дії: неквапливу розсудливість або надмірну метушливість; емоційну стриманість чи імпульсивність.

Уся зібрана інформація забезпечує лікаря надзвичайно цінним матеріалом для розуміння характеру хворого та його поточного психологічного стану (бланк для фіксації цих даних - «Аркуш спостереження» - наведено в додатку № 1).

План спостереження дозволяє фіксувати поведінкові реакції пацієнта під час розмови. Також доцільно використовувати методику оцінки зовнішніх вегетативних проявів, запропоновану В.Л. Марищуком, за допомогою якої здійснюється переведення якісних проявів фізіологічних реакцій у кількісні співвідношення.

Дані спостереження повинні систематизуватися та оброблятися з урахуванням інформації, отриманої за допомогою інших психодіагностичних методів.

Анкетування. Анкетування як метод інтроспекції – використовується для самоспостереження та самооцінки своїх внутрішніх станів. Як варіанти інтроспективного способу можна розглядати анкети суб'єктивних станів. Цілком зрозуміло, що цей метод характеризується суб'єктивністю оцінок. Справжнє обстеження показує суб'єктивний рівень стану хворого, і навіть вплив сестринського процесу на одужання хворого. За допомогою анкетування можна оцінити рівень впливу психологічних, соціальних та особистих причин на наявність захворювання.

Тестування. Методика «Супровід».

Методика «Супровід» розроблена у 1991 г. Овчинніковим Б.В., Решетніковим М.М., Чермяніним С.В. Опитувальник застосовується у процедурах диспансеризації та спрямований на виявлення осіб з дезадаптаційними порушеннями (у тому числі і прикордонних нервово-психічних розладів), які не досягли нозологічного рівня.

Методика містить 60 питань (додаток 10), спрямованих на виявлення порушень у комунікативній, діяльнісній та психосоматичній сферах пацієнтів. На запропоновані питання пацієнт може дати один із 4 варіантів відповіді: «Цілком вірно», «Правильно», «Мабуть, так», «Ні, це зовсім не так». Відповіді заносяться до реєстраційного бланку (додаток № 3).

Опрацювання результатів обстеження. Під час обробки результатів визначається сумарний бал у кожній сфері: комунікативної, діяльнісної, психосоматичної, і навіть інтегральна оцінка у всьому опитувальнику.

«Ключі» до опитувальника «Супровід».

Комунікативна сфера: 1, 4, 8, 9, 10, 13, 14, 19, 22, 26, 29, 31, 32, 33. 39, 40, 45, 48, 52, 55.

Діяльнісна сфера: 2, 5, 15, 16, 20, 23, 27, 28, 34, 35, 36, 41, 42, 46, 49, 51, 53, 56, 58, 59.

Психосоматичні прояви: 3, 6, 7, 11, 12, 17, 18, 21, 24, 25, 30, 37, 38, 43, 44, 47, 50, 54, 57, 60.

За кожну відповідь «Цілком вірно» ставиться 3 бали, за відповідь «Вірно» 2 бали, «Мабуть, так» 1 бал, «Ні, це зовсім не так» 0 балів.

Сумарний бал по кожній зоні, а також інтегральна оцінка по всьому опитувальнику переводять у стіни.

2.5. Вплив лікувального масажу на організм людини при бронхіальній астмі

Стандартний терапевтичний курс триває 10–12 днів. Для досягнення максимального ефекту пацієнт під час сеансу має перебувати в положенні лежачи, а процедура виконується за такою схемою:

1. Задня поверхня грудної клітки (спина):

Підготовче погладження.

Прийоми сегментарного масажу.

Класичний масаж.

Точковий вплив на біологічно активні точки (БАТ).

2. Передня (верхня) поверхня грудної клітки:

Класичний масаж.

Точковий масаж БАТ.

3. Верхні кінцівки (руки):

Класичний масаж.

Точковий масаж БАТ.

Методика проведення (на прикладі спини)

Етап 1: Підготовче погладжування

Сеанс починається з м'якого погладжування задньої стінки грудної клітки.

Поздовжні рухи: виконуються знизу вгору - від краю нижніх ребер (XI, XII) до потилиці, надпліч та пахвових западин.

Поперечні рухи: спрямовуються від хребта вздовж міжреберних проміжків до пахвових ліній і назад.

Етап 2: Сегментарний масаж

Після розігріву тканин масажист переходить до специфічних прийомів. Усі вони виконуються в межах від 8-го до 1-го грудного хребця:

Розтягнення довгого м'яза спини: Подушечками середніх та безіменних пальців (поставлених під кутом 30–35°, з додатковим обтяженням) спеціаліст проводить уздовж хребта. Рух повторюється 2–3 рази.

Перекочування шкірної складки: Великі пальці фіксуються паралельно хребту з легким натиском. Іншими пальцями масажист захоплює шкіру разом із підшкірною клітковиною і повільно "перекочує" цей валик у напрямку до задньої пахвової лінії. Цей прийом повторюють 4–5 разів.

Продовження прийомів сегментарного масажу (Спина)

Зміщення довгого м'яза спини: Кінчиками середніх та безіменних пальців (поставлених під кутом 85°) масажист заглиблюється між остистими відростками хребців і внутрішнім краєм м'яза, короткими рухами відсуваючи його вбік на 1–1,5 см. Після цього м'яз зміщують у зворотному напрямку — до хребта (при цьому великий палець слугує опорою з протилежного боку хребта). Кожен рух повторюють 2–3 рази в напрямку знизу вгору.

Розтягнення міжреберних м'язів: Виконується з додатковим обтяженням від грудини до хребта. Рух повторюють 6–8 разів.

Перехід до класичного масажу

Після сегментарних прийомів фахівець застосовує класичні техніки:

Масаж спини та надпліч: Включає розтирання та розминання м'язів як уздовж, так і впоперек. Додатково застосовують вібрацію. Важливо: для пацієнтів із підвищеною реактивністю бронхів найкраще підходить прийом безперервної вібрації.

Масаж передньої стінки грудної клітки: Виконується в положенні пацієнта лежачи на спині. Рухи спрямовані від нижніх ребер до ключиць, плечей та пахвових западин (у жінок — оминаючи молочні залози). Особливо ретельно опрацьовують грудину, а також зони над і під ключицями (за допомогою погладжування, кругового розтирання та поздовжнього розминання).

Основні правила виконання процедури (Методичні вказівки)

Принцип розтягування: Сегментарний вплив на м'язи відбувається саме шляхом їх м'якого розтягування.

Щадний режим: Усі масажні прийоми мають виконуватися без надмірної сили.

Послідовність: Під час сегментарного масажу спочатку опрацьовують одну половину спини, а потім — іншу.

Підготовка до точкового масажу (БАТ): Класичний масаж зон із біологічно активними точками має бути поверхневим і м'яким. Головна мета — досягти максимального розслаблення м'язів. Від глибини релаксації безпосередньо залежить ефективність подальшого точкового впливу на внутрішні органи.

Тривалість: Комплекс сегментарного та класичного масажу триває 8–10 хвилин.

Дії під час нападу астми: Стандартний масаж негайно припиняють. Дозволяються лише глибокі, заспокійливі погладження вздовж груднинно-ключично-соскоподібного м'яза, місця його кріплення до грудини та вздовж ключиць. Це допомагає розслабити напружену мускулатуру грудей.

Інтенсивний масаж асиметричних зон (Методика О. Кузнєцова)

Ця специфічна техніка розроблена спеціально для лікування хронічного бронхіту, пневмонії та астми. Вона виконується у двох варіантах, проте для пацієнтів із бронхіальною астмою рекомендований саме другий варіант, оскільки він найефективніше усуває бронхоспазм.

Зони впливу (2-й варіант): Масажують проекцію верхньої частки правої легені та середньої/нижньої часток лівої легені (перехресний вплив).

Техніка: 80–90% часу сеансу займають розтирання та розминання, 10–20% — вібрація.

Курс лікування: 3–5 сеансів тривалістю по 30–40 хвилин. Інтервал між процедурами становить 3–5 днів.

Абсолютні протипоказання до асиметричного масажу:

Гостре запалення в бронхолегеневій системі.

Астматичний статус.

Легенево-серцева недостатність (II–III ступеня).

Гіпертонічна хвороба (IIБ–III стадії).

Вікові обмеження: жінки старше 55 років, чоловіки старше 60 років.

Загальний лікувальний ефект та рекомендації

Для досягнення найкращого результату масаж варто робити за 1,5–2 години до лікувальної гімнастики — це суттєво підвищує функціональні можливості серця та дихальної системи.

Поєднання різних видів масажу дає комплексний результат: класичні прийоми забезпечують глибоку релаксацію, а сегментарні та точкові — через нервові рефлекси нормалізують саморегуляцію легень і бронхів. Завдяки цьому дихальні шляхи розширюються, мокротиння відходить легше, а загальний імунітет та опірність організму значно зростають. Додатково можна використовувати перкуторний та вібраційний види масажу.

Схема реабілітації хворих на бронхіальну астму

Перший етап. Завдання: зміна реологічних властивостей харкотиння.
Засоби розв'язання задачі:

1. Застосування відхаркувальних засобів.
2. Аерозольна терапія (паровологі та ультразвукові інгаляції).
3. Гідратація хворого (тепле питво або інфузійна терапія за показаннями).

Вибір відхаркувальних засобів та методик аерозольної терапії проводиться з урахуванням провідного механізму обструктивного синдрому.

4. Лікувальний масаж. Безперервна (стабільна) вібрація виробляється на одному місці, без відриву руки масажиста; лабільна виконується на всій протяжності масажованої ділянки. При цьому ділянку, що масажується, повинна бути фіксована, а рука масажиста не повинна «провалюватися» під час виконання вібрації.

Цей прийом виконується в поздовжньому, поперечному напрямках, зигзагоподібно.

Тривалість масажу – 10-15 хвилин.

Другий етап. Завдання: відділення мокротиння від стінки бронха.

Засоби розв'язання задачі:

1. Оптимальне дренажне положення для середніх і нижніх часток легень (лежачи на животі з опущеним головним кінцем або під таз підкладена подушка, лежачи на спині з опущеним головним кінцем).

2. Лікувальний масаж, прийом вібрації. Застосовують переривчасту та безперервну методику вібрації. Уривчасту вібрацію або лікувальну перкусію виконують долонями, складеними «човником», по грудній клітці в дренажному положенні з частотою 40-60 вібрацій протягом хвилини з наступною паузою. Виконують 3-5 циклів. Безперервну вібрацію (ручну або апаратну) виконують протягом 10-30 секунд з короткими паузами за стабільною або лабільною методикою. Хворим на бронхіальну астму з вираженою неспецифічною гіперреактивністю бронхів доцільно виконувати безперервну вібрацію, домагаючись мінімальної амплітуди, але максимальної частоти коливань.

3. Звукові вправи. Пацієнт вимовляє дзвінки та глухі, голосні та приголосні, шиплячі та інші звуки.

4. Застосування дихальних вібраторів (флаттерів) значно полегшує відділення мокротиння. Дихання через вібратор Інга проводять протягом 2-3 хвилин 2-3 рази під час однієї процедури постурального дренажу.

Тривалість масажу – 15-25 хвилин.

Третій етап. Завдання: мобілізація мокротиння та його проведення до зони кашльового рефлексу.

Засоби розв'язання задачі:

1. Правильний вибір дренажного положення.

2. Дренажна гімнастика.

3. Лікувальний масаж, прийом вібрації, ударні прийоми (побиття, поплескування).

4. Дихальні вправи з допомогою.

Тривалість масажу – 10 хвилин.

Четвертий етап. Завдання: виведення харкотиння. Засоби розв'язання задачі:

1. Навчання хворого на прийоми «кашльової дисципліни»: а) «кашель для себе» – пацієнт імітує кашлеві поштовхи; б) покашлювання, тобто виконання різких видихів з відкритою носовою щілиною – відпрацюванню таких дихальних маневрів допомагає виголошення на видиху звуків «хе», «кхе», «гхе»; в) «ступінчастий кашель» – пацієнт робить плавний глибокий вдих (бажано носом), але в видиху – 2–3–4 кашлевих поштовху.

2. Хворим на трахеобронхіальну дискінезію доцільно на цьому етапі виконувати затримку дихання на висоті вдиху і після видиху через зімкнуті губи. Цій групі хворих також не показано виконання різких дихальних маневрів, особливо у поєднанні з активними прийомами переривчастої вібрації. Тривалість етапу – 5-10 хвилин.

3. Лікувальний масаж, прийом вібрації, ударні прийоми (побиття, поплескування).

Тривалість масажу – 10 хвилин.

2.6 . Методи статистичної обробки отриманих даних

Для математичного аналізу та інтерпретації даних використовувалася описова статистика: міра центральної тенденції, середня, стандартна помилка, стандартне відхилення, медіана, мода, дисперсія вибірки, асиметрія, ексцес. Результати оброблялися в програмі Excel за допомогою програми аналіз даних. Їхня обробка означає констатацію наявності деяких факторів. Для того, щоб ці результати мали наукове та практичне значення, вони повинні бути включені до будь-якої теоретичної концепції, як правило, до тієї, в рамках якої планувалося і проводилося дослідження. Інакше кажучи, його результати необхідно інтерпретувати (пояснити). Без інтерпретації вони марні. З пояснень робляться висновки.

Метод оцінки достовірності відмінностей середніх арифметичних оцінювався за досить ефективним параметричним критерієм Стюдента. Він обчислюється за такою формулою:

Формула для розрахунку критерію Стюдента:

$$t_{st} = \frac{M_1 - M_2}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}}$$

де M_1 і M_2 - значення порівнюваних середніх арифметичних двох порівнюваних вибірок;

t_{st} - величина обчисленого емпіричного критерію, який необхідно порівнювати з критичним; m_1 і m_2 - відповідні величини статистичних помилок середніх арифметичних.

Число ступенів свободи визначається за формулою:

$$d = V = n_1 + n_2 - 2,$$

де n_1 і n_2 - обсяги порівнюваних вибірок.

2.7. Загальна кількісна характеристика проведених досліджень

Таблиця 3

Кількість обстежених осіб	Кількість проведених досліджень	Кількість проведених занять	Кількість досліджених показників
10	3	30	42

Загалом у ході дослідження було обстежено 10 осіб.

Проведено 3 дослідження: 1 до проведення курсу лікувального масажу, друге після проведення курсу.

Усього під час дослідження було проведено 10 сеансів лікувального масажу.

Кількість досліджених показників: 7 до обстеження та 7 після обстеження.

РОЗДІЛ 3

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ І ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

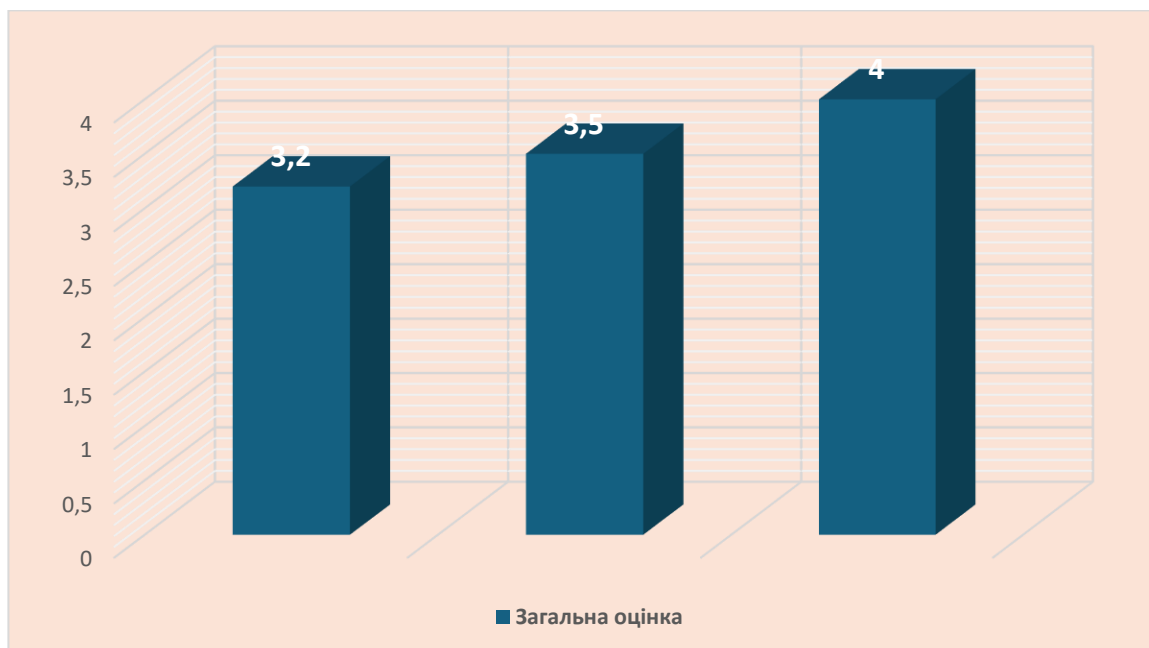
Оцінка результатів спостереження

Показник	До експерименту	Проміжний етап	Після експерименту	t - Стьюдента	p
Зовнішній вигляд	3,3±0,367	3,9±0,27	4,4±0,16	2,7405	p<0,05
Хода	3,3±0,33	3,6±0,23	4±0,15	1,90909	-
Одяг	3±0,3	3,6±0,31	4,1±0,28	2,70347	p<0,05
Поза	3,1±0,23	3,7±0,53	4±0,21	2,86199	p<0,05
Рухи тіла	3,1±0,28	3,3±0,58	3,7±0,26	1,5787	-
Поведінка	2,9±0,18	3,1±0,47	3,5±0,16	2,44949	p<0,05
Мова	3,1±0,18	3,6±0,78	3,8±0,2	2,60473	p<0,05
Вегетативні реакції	3,3±0,21	3,6±0,41	3,8±0,2	1,70941	-
Ставлення до обстеження	3,1±0,23	3,4±0,13	3,9±0,28	2,20938	-
Загальна оцінка	3,2±0,83	3,5±0,28	4,0±0,81	7,31837	-

За результатами спостереження було отримано такі результати: оцінка зовнішнього вигляду змінилася з 3,3±0,367 до 4,4±0,16. Показники оцінки ходи змінилися з 3,3±0,33 до 4±0,15. Показники оцінки одягу змінилися з 3±0,3 до 4,1±0,28. Показники оцінки пози змінилися з 3,1±0,23 до 4±0,21. Показники оцінки руху тіла змінилися з 3,1±0,28 до 3,7±0,26. Показники оцінки поведінки змінилися з 2,9±0,18 до 3,5±0,16. Показники оцінки мови змінилися з 3,1±0,18 до 3,8±0,2. Показники оцінки вегетативних реакцій змінилися з 3,3±0,21 до 3,8±0,2. Показники оцінки ставлення до обстеження змінилися з 3,1±0,23 до 4,0±0,81.

Аналіз достовірності відмінностей показав, що статистичні відмінності на рівні (p<0,05) за змінними: зовнішній вигляд (2,7405), одяг (2,70347), поза (2,86199), поведінка (2,44949), мова (2,60473). Отже, можна зробити висновок, що для хворих стали характерними товариськість, жива, весела вдача, відсутність схильності до зневіри, бажання стежити за зовнішнім виглядом, подібати оточуючим, акуратність у виборі одягу.

Порівняльний аналіз



Малюнок 1. Порівняльний аналіз результатів спостереження після проведення кожного курсу масажу.

Порівняльний аналіз показав, що результати спостереження після першого курсу зменшилися на 9%. Після проведеного дослідження наприкінці курсів масажу результати дослідження змінилися на 12%. Результати спостереження дозволяють зробити загальний висновок про ефективність використання комплексної реабілітації хворих на бронхіальну астму курсів лікувального масажу.

Оцінка результатів анкетування

При аналізі даних анкетування було отримано такі результати.

Таблиця 5

Зведена таблиця результатів анкетування пацієнтів із бронхіальною астмою до обстеження

Критерій		Кількість обстежень	Кількість у %
Стать	М	5	50%
	Ж	5	50%
Соціальний статус	Працюючий	3	30%
	Пенсіонер	5	50%
	Студент	-	0%
	Не працює	2	20%
Порушення потреб	Їжа	2	20%
	Сон	5	50%
	Дихання	10	100%

	Рух	5	50%
	Секс	6	60%
	Виділення	1	10%
	Робота	9	90%
	Особиста гігієна	1	10%
	Інше	0	0%
Чи змінилося життя після діагнозу	Так	8	80%
	Ні	2	20%

Таблиця 6

Зведена таблиця результатів анкетування пацієнтів із бронхіальною астмою після проміжного курсу лікувального масажу

Критерій		Кількість обстежень	Кількість у %
Підлога	М	5	50%
	Ж	5	50%
Соціальний статус	Працюючий	3	30%
	Пенсіонер	5	50%
	Студент	0	0%
	Не працює	2	20%
Порушення потреб	Їжа	0	0%
	Сон	3	30%
	Дихання	7	70%
	Рух	3	30%
	Секс	5	50%
	Виділення	1	10%
	Робота	9	90%
	Особиста гігієна	0	0%
	Інше	0	0%
Чи змінилося життя після діагнозу	Так	8	80%
	Ні	2	20%

Таблиця 7

Зведена таблиця результатів анкетування пацієнтів із бронхіальною астмою після обстеження

Критерій		Кількість обстежень	Кількість у %
Підлога	М	5	50%
	Ж	5	50%
Соціальний статус	Працюючий	3	30%
	Пенсіонер	5	50%
	Студент	0	0%
	Не працює	2	20%
Порушення потреб	Їжа	0	0%

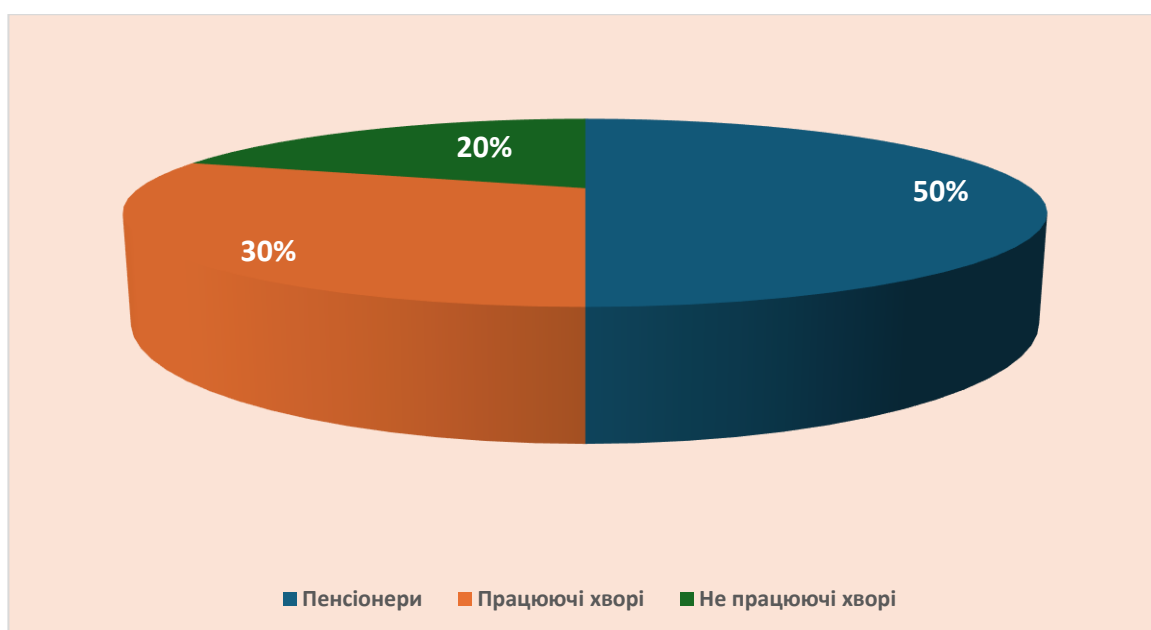
	Сон	3	30%
	Дихання	7	70%
	Рух	3	30%
	Секс	5	50%
	Виділення	1	10%
	Робота	9	90%
	Особиста гігієна	0	0%
	Інше	0	0%
Чи змінилося життя після діагнозу	Так	8	80%
	Ні	2	20%

Слід зазначити, що результати після остаточного курсу щодо проміжного не змінилися, що говорить про високий вплив комплексного лікування на стан хворих з бронхіальною астмою.

Інтерпретацію результатів анкетування представлено на малюнках 2, 3 з подальшою інтерпретацією.

Результати дослідження соціального статусу хворих на бронхіальну астму

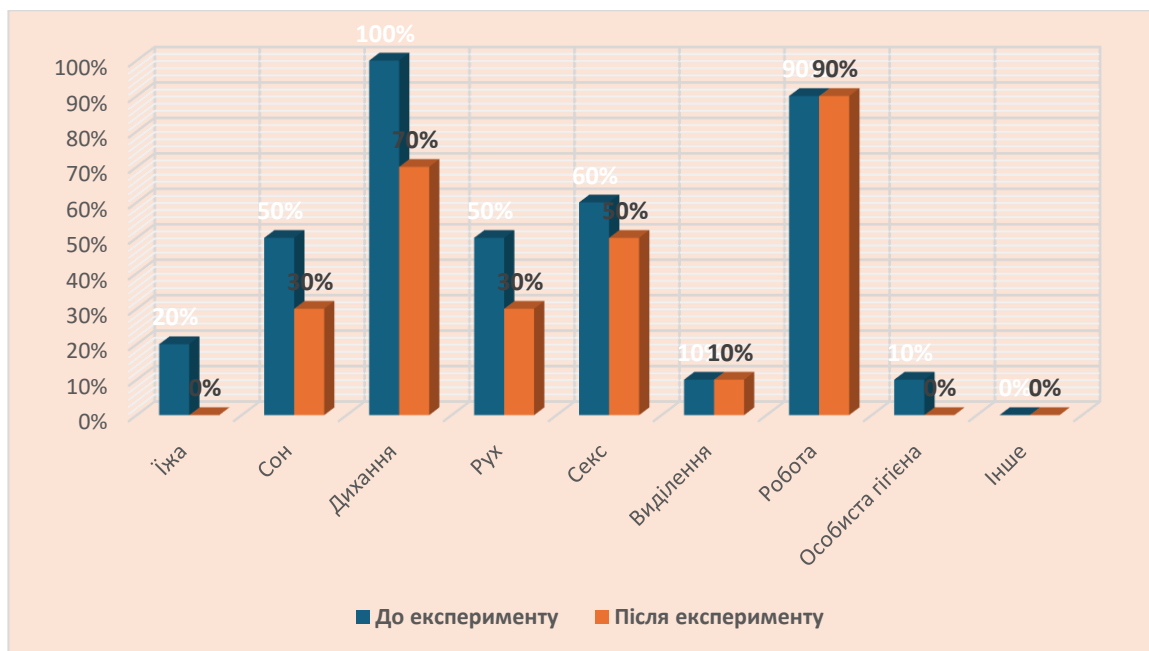
За результатами дослідження соціального статусу, представленим на малюнку 2, можна зробити такі висновки, що найбільшу частину вибірки представляє контингент пенсіонерів – 50%, далі друге місце за чисельністю працюючі хворі – 30%, і найменше – не працюючих хворих – 20%.



Малюнок 2. Аналіз результатів дослідження соціального статусу хворих на бронхіальну астму.

Порівняльний аналіз змін порушень основних потреб хворих на бронхіальну астму

За результатами дослідження хворих на бронхіальну астму з оцінки порушення потреб, представлених на малюнку 2 можна зробити такі висновки, що найбільшу частину порушення потреб становлять порушення дихання – 100%, порушення руху та сну – 50%, порушення у сексуальній сфері – 60%. Порушення, пов'язані з роботою, хворі відзначили 90% хворих.



Малюнок 3. Порівняльний аналіз змін порушень основних потреб хворих із бронхіальною астмою.

Порівняльний аналіз змін порушень основних потреб хворих на бронхіальну астму показав поліпшення показників порушення потреб у хворих на бронхіальну астму.

- порушення в їжі покращилися у 20% випадків.
- порушення уві сні покращали у 20% випадків.
- порушення дихання покращали у 30% випадків.
- порушення у сексуальній сфері покращилися у 10% випадків.
- порушення у видільній сфері та роботі не змінилися.
- порушення щодо особистої гігієни покращилися в 10% випадків.

Таким чином, слід відзначити значні покращення в оцінці змін порушень основних потреб хворих на бронхіальну астму і, отже, відзначити ефективність проведених сеансів лікувального масажу на стан хворих на бронхіальну астму.

За результатами відповідей хворих, питанням щодо ставлення до змін у житті після діагнозу можна дійти невтішного висновку, що ставлення до життя не змінилося, пацієнти відзначають колишнє ставлення до життя.

Таблиця 8

Результати тестування за методикою Гарвардський степ-тест

Показник	До експерименту	Проміжний етап	Після експерименту	t - Стьюдента	p
Гарвардський степ-тест	55,2±1,25	60,1±1,51	65,1±1,48	5,10478	p<0,001

Результати дослідження за методикою Гарвардський степ-тест представлені у додатку № 5

За результатами дослідження можна зробити висновок, що до проведення курсів лікувального масажу, були показані результати 55,2±1,25, що відповідає поганому ступеню індексу степ-тесту, проміжне дослідження показало результати 60,1±1,51, що відповідає ступеню «нижчий за середній» і 65,1±1,48 індексу степ-тесту

Таким чином, результати дослідження показали покращення результатів швидкості відновлювальних процесів у хворих на бронхіальну астму на 8%, після проміжного курсу та на 7% після остаточного курсу, що дозволяє судити про високу ефективність впливу курсу лікувального масажу на тренованість серцево-судинної системи.

Аналіз достовірності відмінностей показав відмінності у стані хворих на бронхіальну астму на абсолютному рівні статистичної значущості (p<0,001) за методикою Гарвардський степ-тест і дозволяє судити про високу ефективність впливу курсу лікувального масажу на тренованість серцево-судинної системи.

Результати дослідження за методикою «проба Штанге» та «проба Генча»

Показник	Критерій	До експерименту	Проміжний етап	Після експерименту	t -Ст'юдента	p
Проба Штанге	Затримка дихання	51,9±2,15	53±1,91	56,8±3,23	3,05595	p<0,05
	Підвищення частоти пульсу	22,6±0,54	16,3±0,31	15,0±0,76	0,75895	-
Проба Генча		37,3±0,47	37,3±0,47	39±0,58	0,12345	-

Оцінюючи фізичну працездатність було отримано такі результати:

До експерименту показники фізичної працездатності із затримки дихання були на рівні 51,9±2,15, а показники підвищення частоти пульсу – 22,6±0,54 вказують на значення на нижній межі середнього рівня, що дозволяє судити про середній рівень показників.

Оцінка проміжного етапу: показники фізичної працездатності із затримки дихання були лише на рівні 53±1,91, а показники підвищення частоти пульсу – 16,3±0,31, що свідчить про середньому рівні показників.

Після проведення курсу лікувального масажу, показники фізичної працездатності, засновані на затримці дихання – 56,8±3,23, та показники підвищення частоти пульсу 15,0±0,76 вказують на підвищення рівня фізичної працездатності до середнього рівня, що дозволяє судити про показники тренуваності серцево-серцевої системи.

Таким чином, можна зробити висновок щодо ефективності впливу курсів лікувального масажу на фізичну працездатність.

Аналіз достовірності відмінностей за Т-критерієм Ст'юдента показав високий рівень (p<0,05) значення 3,05595 і каже, що курси масажу мають високий вплив на стан хворих на бронхіальну астму.

При оцінці ефективності роботи за об'єктивними показниками необхідно виходити з уявлення про динамічну норму фізіологічних показників людини, враховуючи ступінь їхнього відхилення при роботі. Оцінюючи фізичну працездатність за методикою «проба Генча» було отримано такі результати:

Після проведення курсів лікувального масажу середній показник покращився з $37,3 \pm 0,47$ до $37,3 \pm 0,47$, та $39 \pm 0,58$, що є показником незначної зміни у фізіологічному стані.

Таблиця 9

Аналіз результатів тестування

Показник	До експерименту	Проміжний етап	Після експерименту	t -Ст'юдента	p
КС	$6,2 \pm 0,63$	$6,4 \pm 0,32$	$7,9 \pm 0,31$	2,41763	$p < 0,05$
ДС	$7,7 \pm 0,47$	$7,3 \pm 0,12$	$8,1 \pm 0,23$	0,75895	-
ПСП	$6,2 \pm 0,55$	$7,2 \pm 0,51$	$8,9 \pm 0,23$	4,49307	$p < 0,01$

*КС - Комунікативна сфера; ДС - діяльність сфери; ПСП – психосоматичні прояви.

За результатами тестування хворих на бронхіальну астму, представленим у таблиці № 9 можна зробити такі висновки, що в комунікативній сфері зміни відбулися з $6,2 \pm 0,63$ до $7,9 \pm 0,31$. У сфері діяльності зміни відбулися з $7,7 \pm 0,47$ до $8,1 \pm 0,23$. У сфері психосоматичних проявів зміни відбулися з $6,2 \pm 0,55$ до $8,9 \pm 0,23$.

У цьому аналізі слід зазначити, що найбільші зміни у бік покращення відбулися у сфері психосоматичних проявів.

Аналіз достовірності відмінностей показав, що статистичні відмінності на рівні ($p < 0,05$) за змінною: комунікативна сфера (2,41763). На рівні високої достовірності відмінностей були отримані дані щодо змінної психосоматичної прояви (4,49307).

За результатами тестування, можна зробити висновок, що для хворих відбулися зміни у комунікативній сфері, хворі почали більше спілкуватися, з'явилося бажання відвідати близьких та знайомих. За результатами зниження психосоматичних проявів, можна зробити висновок про вплив курсу масажу на зниження психосоматичних проявів.

Результати тестування дозволяють зробити загальний висновок про ефективність використання у комплексній реабілітації хворих на бронхіальну астму курсів лікувального масажу.

ВИСНОВОК

1) Аналіз літературних джерел показав, що з лікування бронхіальної астми ефективним є метод лікувального масажу. Процедура масажу залежить від варіанта і стадії захворювання, загального стану, статі, віку пацієнта, величини поверхні тіла, що масажується. Перша процедура масажу не повинна бути тривалою та інтенсивною, особливо у пацієнтів з підвищеною збудливістю, людей похилого віку. Тривалість однієї процедури при локальному (приватному) масажі становить 5-15 хв. Частота проведення масажу залежить від функціонального стану, статі, віку та завдань, поставлених при виконанні масажу.

2) У ході дослідження було складено план та проведено курс лікувального масажу у складі комплексної реабілітації хворих на бронхіальну астму;

3) За результатами були зроблені наступні висновки, аналіз достовірності відмінностей за результатами спостереження показав, що статистичні відмінності на рівні ($p < 0,05$) за змінними: зовнішній вигляд (2,7405), одяг (2,70347), поза (2,86199), поведінка (2,44949), мова (2, 4). Отже, можна зробити висновок, що для хворих стали характерними товариськість, жива, весела вдача, відсутність схильності до зневіри, бажання стежити за зовнішнім виглядом, подобатися оточуючим, акуратність у виборі одягу.

Аналіз результатів анкетування показав значні покращення в оцінці змін порушень основних потреб хворих на бронхіальну астму і, отже, відзначити ефективність проведених сеансів лікувального масажу на стан хворих на бронхіальну астму.

3) Аналіз результатів дослідження за методикою Гарвардський степ-тест показали поліпшення результатів швидкості відновлювальних процесів у хворих на бронхіальну астму на 8%, після проміжного курсу та на 7% після остаточного курсу, що дозволяє судити про високу ефективність впливу курсу лікувального масажу на тренованість серцево-судинної системи. Аналіз достовірності відмінностей показав відмінності у стані хворих на бронхіальну астму на

абсолютному рівні статистичної значущості ($p < 0,001$) за методикою Гарвардський степ-тест і дозволяє судити про високу ефективність впливу курсу лікувального масажу на тренованість серцево-судинної системи.

4) Аналіз достовірності відмінностей за Т-критерієм Стьюдента показав високий рівень ($p < 0,05$) значення 3,05595 і каже, що курси масажу мають високий вплив на стан хворих на бронхіальну астму.

5) За результатами тестування, можна зробити висновок, що для хворих відбулися зміни у комунікативній сфері, хворі почали більше спілкуватися, з'явилося бажання відвідати близьких та знайомих. За результатами зниження психосоматичних проявів, можна зробити висновок про вплив курсу масажу на зниження психосоматичних проявів.

Отже, результати дослідження дозволяють зробити загальний висновок про ефективність використання комплексної реабілітації хворих на бронхіальну астму курсів лікувального масажу.

В результаті проведених нами тестів, досліджень застосованих методик – ми можемо зробити висновок, що найбільший вплив має проведений лікувальний масаж у комплексній реабілітації хворих на бронхіальну в динаміці, та з використанням кількох сеансів лікувального масажу.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Белікова Н.О. Основи фізичної реабілітації в схемах і таблицях: [навч.-метод. посіб.] / Н.О. Белікова, Л.П. Сущено. – Київ : Козарі, 2009. – 74 с.
2. Богдановська Н.В. Фізична реабілітація різних нозологічних груп: навч. посіб. / Н.В. Богдановська. – Запоріжжя: ЗДУ, 2002. – 136 с.
3. Вакуленко Л.О., Клапчук В.В. Основи фізичної реабілітації: навч. посіб. Тернопіль: ТНПУ, 2010. 234 с.
4. Вовканич А.С. Вступ у фізичну реабілітацію (матеріали лекційного курсу) : навч. посіб. / А.С. Вовканич. – Львів: [Укр. технології], 2008. – 199 с.
5. Глиняна О.О. Основи кінезіотейпування: навчальний посібник / О.О. Глиняна, Ю.В. Копчинська; КПІ ім. Ігоря Сікорського. – Електронні текстові дані. – Київ : КПІ ім. Ігоря Сікорського, 2019. – 142с.
6. Григус І.М., Нагорна О.Б. Основи фізичної терапії / І.М. Григус, О.Б. Нагорна - Видавництво: Олді+, 2022 – 150 с.
7. Грязелікування (навч. посібник для самост. роботи): Бондаренко С.В., Калюжка А.А.- Харків: ТОВ «Друкарня Мадрид», 2018.- 42 с.
8. Іпотерапія: лікувально-реабілітаційні аспекти: метод. рек. / Вергун А.Р., Шелухова І.В. – Тернопіль: [б. в.], 2005. – 18 с.
9. Кобелев С. Фізична реабілітація осіб з травмою грудного та поперекового відділів хребта і спинного мозку: метод. посіб. / Степан Кобелев. – Львів : ПП Сорока Т.Б., 2005. – 88 с.
10. Костенко І.Ф. Обстеження та оцінювання стану здоров'я людини: підручник / І.Ф. Костенко. – К.: Медицина, 2014. – 278 с.
11. Заваріка Г.М. Курортна справа: Навчальний посібник. – К.: Центр учбової літератури, 2018. – 264 с.
12. Лікувальна фізкультура та спортивна медицина (Вибрані лекції для студентів) / Абрамов В.В., Клапчук В.В., Смирнова О.Л. та ін.; за ред. проф. В.В. Клапчука. – Дніпропетровськ: Медакадемія, 2006. – 179 с.

13. Ликов О.О., Середенко Л.П., Добровольська Н.О. Лікувальна фізкультура при внутрішніх хворобах: Практикум / О.О. Ликов, Л.П. Середенко, Н.О. Добровольська. – Донецьк: Дон. держ. мед. ун-т, 2002. – 163 с.
14. Магльована Г.П. Основи фізичної реабілітації / Магльована Г.П. – Львів: [Ліга-Прес], 2006. – 147 с. – ISBN 966-367-018-6.
15. Медична і соціальна реабілітація: підручник / В. Б. Самойленко, Н. П. Яковенко, І. О. Петряшев та ін.. - К.: ВСВ «Медицина», 2013. - 464 с.
16. Мухін В.М. Фізична реабілітація: підруч. для вузів / В.М. Мухін. – К.: Олімп, л-ра, 2003. – 358 с.
17. Мятига О.М. Клінічний реабілітаційний менеджмент при порушеннях постави, сколіозах та плоскостопості: Методичні рекомендації / О.М. Мятига. - Харків, 1998. - 36 с.
18. Окамото Г. Основи фізичної реабілітації: навч. посіб. / Гері Окамото; пер. Юрія Кобіва та Анастасії Добриніної. – Львів: [Галицька видавнича спілка], 2002. – 293 с. – ISBN 966-7893-17-0.
19. Ортопедія і травматологія / За ред. проф. О.М. Хвисюка. – Х., 2013. 656 с.
20. Основи реабілітації, фізіотерапії, лікувальної фізичної культури і масажу / За ред. В.В. Клапчука, О.С. Полянської. – Чернівці: Прут, 2006. – 208 с.
21. Основи внутрішньої медицини та фізичної реабілітації / за ред. Швед М.І. - Видавництво: Укрмедкнига, 2021 – 412 с.
22. Полянська О.С., Тащук В.К. Медична та соціальна реабілітація: Навчальний посібник / О.С. Полянська, В.К. Тащук. – Чернівці: Медакадемія, 2004. – 232с.
23. Примачок Л. Л. Історія медицини та реабілітації: навч. посіб./ Л.Л. Примачок. - Ніжин: НДУ ім. Гоголя, 2015. - 104 с.
24. Самойленко В.Б., Яковенко Н.П., Петряшев І.О. Медична і соціальна реабілітація: підручник / В.Б. Самойленко, Н.П. Яковенко, І.О. Петряшев та ін. – К.: Медицина, 2013. – 463 с.

25. Соколовський В.С. та ін. Лікувальна фізична культура: Підручник / В.С. Соколовський, Н.О. Романова, О.Г. Юшковська. – Одеса: Одес. держ. мед. ун-т. – 2005. – 234 с. – (Б-ка студента-медика).
26. Спортивна медицина і фізична реабілітація : навч. посіб. для студ. вищ. мед. закл. освіти IV рівня акредитації / В.А. Шаповалова, В.М. Коршак, В.М. Халтагарова та ін. - Київ : Медицина, 2008. - 248 с.
27. Терапевтичні вправи: навч. посіб. / [О. Єжова, К. Тимрук-Скоропад, Л. Ціж, О. Ситник]. – Житомир: ПП «Євро-Волинь», 2021. – 150 с.
28. Травматологія та ортопедія: підручник для студ. Вищих мед. навч. закладів / за ред.: Голки Г.Г., Бур'янова О.А., Климовицького В.Г. - Вінниця: Нова Книга, 2013. - 400 с.
29. Традиційні та нетрадиційні методи лікування в клінічній спортивній медицині / О.М. Хвистюк, В.Г. Марченко, І.С. Вітенко та інш. – Х.: Фоліо, 2007. – 409 с.
30. Фізичні чинники в медичній реабілітації. Підручник для студентів та лікарів / За заг.ред. В.М. Сокрута, В.М. Казакова. – Донецьк: ДонНМУ: ДОКТМО, 2008. – 576 с.
31. Фізіотерапевтичні та фізіопунктурні методи і їх практичне застосування: Навчально–методичний посібник /Самосюк І.З., Парамончик В.М., Губенко В.П. та ін. – К.: Альтерпрес, 2001. – 316 с.
32. Яковенко Н.П. Фізіотерапія (Підручник) / Яковенко Н.П., Самойленко В.Б. - Київ. ВСВ «Медицина» - 2018.-255 с.
33. Alstrue Vidal A. New norms and advices in the evaluation of anthropometric parameters in our population // Med Clin. - 1988. - v.91, №6. - P. 223-236.
34. Associations of muscle strength and fitness with metabolic syndrome in men / R. Jurca [et al.] // Med. Sci. Sports. Exerc. – 2014. – P. 1301-1307.
35. Essentials of Physical Medicine and Rehabilitation: Musculoskeletal Disorders, Pain, and Rehabilitation, 2nd Edition by Walter R. Frontera MD PhD, Julie K. Silver MD, Thomas D. Rizzo Jr. MD: Saunders, Elsevier, 2008 – 935 p.

36. Evangelista L.S., Stromberg A., Westlake C. et al. Developing a Web-based education and counseling program for heart failure patients // Prog. Cardiovasc. Nurs. – 2016. – P. 196-201.
37. Danielsson A.J. What .impact does spinal deformity correction for adolescent idiopathic scoliosis make on quality of life? // Spine. – 2007. – Vol. 32(19 Suppl). – S 101-8.
38. Janda V. Muscles, central nervous motor regulation and back problems.// Neuro biologic Mechanisms in Manipulative Therapy: Plenums Press. - New York-London, 1978.- P. 27-41.
39. McCarroll J.R., Shelbourne K.D., Patel D.V. Anterior cruciate ligament injuries in young athletes. Recommendations for treatment and rehabilitation // Sports Med. – London, 1995. - P. 117-127
40. Musselman K.E. Clinical significance testing in rehabilitation research: what, why and how / K.E. Musselman // Physical therapy reviews – Vol. 12. – № 4. – P. 287–296.
41. Physical Medicine & Rehabilitation. Fourth edition. Edited by Randall L. Braddom. Saunders Elsevier. – 2011. – 1506 p.
42. Physical Rehabilitation. – 6th Edition by Susan B. O'Sullivan, Thomas J. Schmitz T., George Fulk (Author): F.A. Davis Company, 2007 – 1383 p.

ДОДАТОК

Додаток 1

План спостереження

Оцінювані ознаки	Поведінкові реакції	Оцінка в балах
Зовнішній вигляд	1. відповідає віку 2. виглядає молодше 3. виглядає старшим	1 2 3 4 5
Хода	1. швидка 2. непримітна 3. повільна 4. нестійка 5. скована 6. манерна	1 2 3 4 5
Одяг	1. непримітна 2. підкреслено акуратна 3. неохайна 4. привертає увагу 5. дивна 6. невідповідна для випадку 7. дуже модна	1 2 3 4 5
Поза	1. непримітна 2. застигла 3. дивна 4. дискоординована 5. театральна 6. самовпевнена, із втратою почуття дистанції 7. зсутулена (прагнення зайняти менше місця)	1 2 3 4 5
Рухи тіла	1. непримітні 2. тремтіння пальців рук 3. постукування пальцями об стіл 4. стискання та розтискання кистей рук 5. чухання вуха голови 6. перебирає пальцями одяг, предмети тощо.	1 2 3 4 5
Поведінка	1. непримітне 2. театральне 3. агресивне 4. імпульсивне 5. пасивне 6. замкнене 7. наслідувальне 8. залежне 9. пригнічене 10. догодливе 11. втрачає відчуття дистанції 12. суєтливe 13. прагнення бачити себе лише з позитивного боку.	1 2 3 4 5

Мова	1. швидка 2. звичайна 3. повільна 4. робить паузи	
1. за темпом		
2. по емоційному забарвленню	1. яскрава 2. натхненна	
3. за логічністю	3. тьмяна 4. млява 5. звичайна 6. тиха 1. ясна 2. чітка 3. звичайна 4. розпливчаста 5. збивчаста 6. неясна 7. перестрибування з думки на думку 8. дивні висловлювання	1 2 3 4 5
Вегетативні реакції	1. почервоніння 2. збліднення 3. прискорене дихання 4. плями на обличчі, грудях 5. піт на скронях, долонях 6. «гусяча шкіра»	1 2 3 4 5
Ставлення до обстеження	1. позитивне 2. негативне	1 2 3 4 5
Разом		

1. Стать _____
2. Вік _____
3. Освіта _____
4. Соціальний статус (пенсіонер, студент, працюєте, не працюєте) _____
5. Сімейне становище _____
6. Ставлення до захворювання _____

7. Вкажіть які з наведених нижче потреб порушені у зв'язку з Вашим захворюванням:

Їжа

Сон

Дихання

Рух

Секс

Виділення

Робота

Особиста гігієна

8. Чи змінилося Ваше життя після постановки діагнозу

ТАК НІ ЗАВАЖАЮСЯ ВІДПОВІСТИ

9. Яким чином Ваше захворювання вплинуло на зміну у Вашому житті

10. Вкажіть зміни, що відбулися у Вашому житті

Дуже дякую за Ваші щирі відповіді на запитання.

Текст опитувальника «Супровід»

Інструкція: «Анкета призначена для оцінки Вашого стану у поточний період. Уважно прочитайте кожне з запропонованих питань і підбирати до нього одну з чотирьох відповідей, що найбільше відповідає Вашому самопочуттю. Вибрану відповідь позначте знаком «+» у відповідній графі реєстраційного листа».

1. Останнім часом я став рідше зустрічатися зі своїми друзями, телефонувати їм, писати листи.
2. Я відчуваю, що мене все частіше і частіше стали хвилювати можливі промахи та невдачі.
3. Останнім часом я відчуваю якусь внутрішню напругу, безпричинну тривогу, і це проявляється в моїй поведінці.
4. Іноді буває такий настрій, що весь ранок чи навіть цілий день ні з ким не хочеться розмовляти.
5. Я помічаю, що часто почав упускати багато важливих дрібниць (зустрітися з ким-небудь, зателефонувати, купити що-небудь та ін.)
6. Вранці мені важко прокинутися у призначену годину.
7. Сон у мене уривчастий, неспокійний з неприємними сновидіннями.
8. Якщо товариші по роботі висловлюють нові перспективні ідеї чи пропозиції, я зазвичай ставлюся до них з великим сумнівом.
9. Останнім часом я уникаю компаній, мені просто хочеться побути на самоті.
10. Якщо я поганої думки про людину або навіть зневажаю її, я мало намагаюся приховати це від неї.
11. Я став помічати, що часом відчуваю почуття несвідомої туги і печалі, і в мене опускаються руки.
12. Останнім часом ночами мені сниться один і той же неприємний сон.
13. Мені часто кажуть, що останнім часом я став нестриманим та запальним.
14. Якщо хтось намагається пролізти в чергу попереду мене, я відразу ж висловлюю цій людині все, що про неї думаю.

15. Останнім часом я став помічати, що на роботі буваю дуже неуважним та неуважним. Рішуче все відволікає мене.
16. Мені часто думається: «Тепер уже важко сподіватися на те, що я чогось зможу досягти цього життя».
17. Останнім часом мене не залишає почуття, що скоро має статися щось неприємне та непоправне.
18. Я часто буваю настільки розвиненим, що коли лягаю спати, то довго не можу заснути.
19. Я уникаю громадської роботи, вважаючи її марною та стомлюючою. 20. Робота, якою я займаюся, стала мені неприємною. Часто виникає почуття незадоволеності.
21. Останнім часом мене часто мучить вдень сонливість, і це заважає мені працювати.
22. Коли мої товариші жартують з мене, я часто не розумію цього, злюся і ображаюся на них.
23. Останнім часом майбутнє здається мені дуже похмурим і невизначеним.
24. Я помічаю, що останнім часом мене часто знобить, а руки та ноги стають холодними.
25. Зараз я став більш розбірливим у їжі, і не хочу вживати деяких страв.
26. Я помічаю, що стосовно мене особливо часто почали чинити несправедливо.
27. Я настільки втомлююся на роботі, що часом просто не вистачає сил на інші важливі та потрібні справи.
28. Останнім часом я відчуваю все більше і більше розчарувань щодо моєї професії.
29. Кожному, хто звертається до мене через дрібниці чи відволікає від роботи, мені просто хочеться часом нагрубити.
30. У мене часто з'являються болі або неприємні відчуття в животі.
31. Останнім часом я став частіше конфліктувати і сваритися з товаришами по службі та начальниками через дрібниці.

32. Дуже часто хочеться сказати всім оточуючим: «Відмовтеся від мене, дайте, будь ласка, спокій».
33. Я не можу спокійно слухати критику на свою адресу, це відразу виводить мене з рівноваги.
34. Мені досить важко зосередитися, і я часто не розумію зміст прочитаного.
35. Останнім часом я відчуваю якусь слабкість, втому, розбитість, і це заважає мені працювати.
36. Буває, що я цілими днями і навіть тижнями нічого не хочу робити, тому що не можу змусити себе по-справжньому взятися за роботу.
37. Останнім часом я ні з того ні з цього покриваюсь холодним та липким потом.
38. Зараз я значною мірою втратив інтерес до всього оточення, часто відчуваю, що мені все байдуже.
39. Останнім часом мені нікого не хочеться бачити, ні з ким не хочеться зустрічатись.
40. Я помічаю, що останнім часом часто і незаслужено ображаю своїх рідних та друзів.
41. Мені зовсім не хочеться йти на роботу, настільки там все остогидло.
42. Останнім часом у мене часто виникає бажання розслабитися і взагалі нічого не робити.
43. У мене часто бувають болі та інші неприємні відчуття в голові, які заважають мені працювати.
44. Останнім часом мене іноді турбує почуття тиску чи стиснення у сфері серця.
45. Друзі мені кажуть, що я перестав розуміти жарти і часто ображаюся на них через дрібниці.
46. Останнім часом я помічаю, що почав багато курити. Це якось допомагає мені, відволікає від турбот та тривог.
47. Я погано переносю задуху. Не можу довго перебувати в задушливих приміщеннях, оскільки виникає відчуття нестачі повітря.
48. Останнім часом мене зачіпають необдумані вчинки та висловлювання моїх приятелів на мою адресу.

49. На роботі у мене нічого не клеїться. Я часто думаю: «Дарма я зайнявся цією справою».
50. Останнім часом у мене буває почуття оніміння пальців рук і стоп чи відчуття повзання «мурашок» по шкірі.
51. Я помічаю, що мені стало важко приймати рішення. Я зазнаю тривалих коливань навіть при прийнятті простих рішень.
52. Останнім часом, щоб «не зірватися», я змушений приймати валеріану, еленіум чи інші заспокійливі ліки.
53. Часом у мене виникає відчуття непотрібності та нікчемності своєї роботи.
54. Часто я помічаю сам або мені кажуть оточуючі, що я був блідим.
55. Останнім часом мені набридають і дратують сусіди по кімнаті та товариші по службі.
56. Зараз я настільки втомлююсь від своєї роботи, що постійно хочеться відпочити, і відчувати лише почуття спокою.
57. Досить часто я відчуваю раптові припливи жару у всьому тілі, у мене «горить» обличчя, шия покривається червоними плямами.
58. У мене часто буває такий настрій, що хочеться сказати: «Пропади все пропадом, як це мені набридло».
59. Я помічаю, що останнім часом став менше стежити за своїм зовнішнім виглядом.
60. Останнім часом я відчував себе гірше. Хворію частіше звичайного, і це мене турбує.

Сума	6 і менше	7-11	12-14	15-21	22-28	29-41	42-55	56-68	69-80	81 і більше
Стіни	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1

Зведена таблиця результатів спостереження до реабілітаційного лікування

П.І.Б	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Загальна оцінка
Валентина С.	3	2	5	4	3	3	3	4	4	33
Юлія Ф.	2	4	2	3	2	4	3	3	2	28
Інга Ст.	4	5	2	2	4	3	3	2	3	33
Марія Ч.	3	3	3	4	4	2	4	4	4	33
Каріна До.	2	2	4	3	2	3	3	3	2	28
Олег М.	4	4	3	2	3	3	2	3	3	32
Петро А.	5	4	2	4	4	3	3	4	3	34
Микола О.	3	2	3	3	2	3	3	3	3	28
Прохор Л.	2	3	3	3	3	3	3	4	3	31
Володимир П.	5	4	3	3	4	2	4	3	4	35
Разом за групу	33	33	30	31	31	28	31	33	31	31,2

* 1 – зовнішній вигляд; 2 – хода; 3 – одяг; 4 – поза; 5 – рухи тіла; 6 – поведінка; 7 – оцінювані ознаки; 8 – мова; 9 – вегетативні реакції; 10 – ставлення до обстеження.

Зведена таблиця результатів спостереження проміжний етап

П.І.Б	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Загальна оцінка
Валентина С.	3	2	5	4	3	4	5	4	4	33
Юлія Ф.	2	4	3	3	2	4	4	3	2	28
Інга Ст.	4	5	3	4	4	4	4	2	3	33
Марія Ч.	3	3	3	4	4	4	4	4	4	33
Каріна До.	2	2	4	3	4	3	5	3	2	28
Олег М.	4	4	4	4	3	3	2	3	3	32
Петро А.	5	4	4	4	4	3	3	4	5	34
Микола О.	3	4	3	4	4	3	3	3	3	28
Прохор Л.	2	3	3	3	3	3	3	4	5	31
Володимир П.	5	4	3	3	4	4	4	3	4	35
Разом за групу	34	35	35	36	36	35	38	34	35	35

* 1 – зовнішній вигляд; 2 – хода; 3 – одяг; 4 – поза; 5 – рухи тіла; 6 – поведінка; 7 – оцінювані ознаки; 8 – мова; 9 – вегетативні реакції; 10 – ставлення до обстеження.

Зведена таблиця результатів спостереження після реабілітаційного лікування

П.І.Б	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Загальна оцінка
Валентина С.	4	4	5	4	5	3	5	4	4	44
Юлія Ф.	4	4	5	3	4	4	4	4	4	41
Інга Ст.	4	5	4	4	4	4	3	4	3	38
Марія Ч.	5	3	3	4	4	4	4	4	4	39
Каріна До.	4	4	4	5	2	3	3	3	2	34
Олег М.	4	4	3	4	3	3	4	3	4	38
Петро А.	5	4	4	4	4	4	4	4	4	41
Микола О.	5	4	3	3	4	3	4	5	5	41
Прохор Л.	4	4	5	5	3	3	3	4	5	42
Володимир П.	5	4	5	4	4	4	4	3	4	42

Зведена таблиця результатів за методикою Гарвардський степ-тест

ПІБ	До експерименту	Проміжний етап	Після експерименту
Валентина С.	55	57	63
Юлія Ф.	58	61	68
Інга Ст.	59	60	69
Марія Ч.	63	65	71
Каріна До.	50	52	70
Олег М.	56	59	68
Петро А.	54	59	63
Микола О.	51	58	62
Прохор Л.	52	55	58
Володимир П.	54	56	59