МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
III МЕДИЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ
КАФЕДРА ПРОПЕДЕВТИКИ ТА ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ № 2
ТА МЕДСЕСТРИНСТВА

Освітня кваліфікаційна робота на здобуття звання магістр за спеціальністю "Сестринська справа"

На тему: «Покращення якості життя хворих на обструктивне захворювання легень»

Виконала:
студентка 2 курсу групи МС-18-маг
223 Медсестринство (сестринська справа) магістр
Плис Юлія Павлівна
Керівник:
доц., к.мед.н. Веремієнко Оксана Володимирівна

ХАРКІВ 2020

ЗМІСТ

СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ……3

ВСТУП……4

РОЗДІЛ 1.

Огляд літератури……6

1.1 Поняття якості життя ……6

1.2 Сучасні уявлення про хронічні обструктивні захворювання легень…….8

1.3 Значення дихальної гімнастики в покращенні якості життя хворих на ХОЗЛ……10

1.3 Вплив стресу на якості життя людини. Види антистресової терапії……..13

РОЗДІЛ 2.

2.1 Клінічна характеристика спостережуваних пацієнтів…….19

2.2 Матеріали і методи дослідження……20

РОЗДІЛ 3.

3.1 Статистична обробка отриманих результатів……22

РОЗДІЛ 4.

4.1 Аналіз отриманих результатів……27

ВИСНОВКИ……39

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ……....41

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ……42

ДОДАТОК 1……47

СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ХОЗЛ – хронічне обструктивне захворювання легень

АТ – артеріальний тиск

АГ – артеріальна гіпертензія

ГХ - гіпертонічна хвороба

ЯЖ - якість життя

ВООЗ - Всесвітня Організація Охорони Здоров'я

ЕГ - есенціальна гіпертензія

ССЗ – серцево-судинні захворювання

ССС – серцево-судинна система

ССУ – серцево-судинні ускладнення

САТ – систолічний артеріальний тиск

ДАТ – діастолічний артеріальний тиск

ЧСС - частота серцевих скорочень

ФР – фактор ризику

ФК – фізична культура

ФВ – фізичне виховання

ЛФК – лікувальна фізична культура

ЛГ – лікувальна гімнастика

ППЯЖ – програма покращення якості життя

ВСТУП

Актуальність теми. Хронічні обструктивні захворювання легень (ХОЗЛ) займають вагоме місце у структурі розповсюдженості хронічних захворювань легень, про що свідчать численні спостереження. Поширеність ХОЗЛ серед дорослого населення складає близько 5-9 %, а смертність через ускладнення з 1960 по 1996 роки зросла в 3,3 рази у чоловіків і в 15 разів у жінок [1]. Серед причин смерті, за прогнозами вчених, до 2020 року ХОЗЛ серед причин смерті займатимуть 3 місце, тоді як у 1990 році ХОЗЛ займали 6 місце [2]. У групі хворих, вік яких перевищує 45 років ХОЗЛ, вже сьогодні, займають 4 місце серед причин смерті [3]. Після госпіталізації хворих на ХОЗЛ з приводу загострень протягом 3 років, загальна летальність складає 49 % [4]. Виходячи із вищенаведеного, своєчасна діагностика та ефективне лікування ХОЗЛ стає все більш актуальною проблемою сучасної пульмонології.

Впроваджуються нові національні та локальні клінічні рекомендації відносно лікування та профілактики ХОЗЛ. Але за рівнем таких показників, як розповсюдженість та смертність, ця патологія продовжує займати перше місце серед усіх хронічних захворювань [5 ,6, 7, 8, 9, 10]. Як свідчать дані, отримані міжнародними експертами, у середньому, кожен рік на 30–45 випадків ХОЗЛ реєструється 5–7 нових випадків [11, 12]. Другою характерною закономірністю є те, що при зростанні тривалості життя громадян у розвинутих країнах, очікується й збільшення поширеності серед населення ХОЗЛ [11]. За прогнозами - до 2020 року за стандартизованим показником DALY (Disability Adjusted Life Years – сума років життя, втрачених з-за передчасної смерті і непрацездатності), ХОЗЛ займатимуть 5 місце серед всіх захворювань. При порівнянні із даними на 1990 рік вони знаходилося на 12 місці у світі [13]. За офіційними даними МОЗ України, серед всіх причин смертності після серцево – судинних захворювань, цукрового діабету та травм, ХОЗЛ вже сьогодні займають 5 місце [14].

Предмет дослідження: показники якості життя хворих на ХОЗЛ, згідно з вкороченою формою міжнародного загального опитувальника MOS SF – 36. Мета даної роботи: покращення якості життя у хворих на ХОЗЛ за допомогою дихальної гімнастики та програми психологічної підтримки «Антистрес».

Задачі дослідження.

1. Розробити комплексну методику покращення життя за рахунок психологічної підтримки пацієнтів «Антистрес».
2. Розробити комплексну методику покращення життя за рахунок різних видів дихальної гімнастики.
3. На тлі проведення дихальної гімнастики та психологічної підтримки пацієнтів «Антистрес», вивчити зміни зі сторони показників серцево – судинної системи у хворих на ХОЗЛ.
4. Оцінити рівень якості життя у хворих на ХОЗЛ до та після проведення дихальної гімнастики та програми «Антистрес» та порівняти ці показники.
5. Зробити висновки щодо ефективності програми покращення якості життя.

Практична значимість.

Розроблена методика може бути впроваджена в практику роботи пульмонологічних відділень та відділень фізичної реабілітації, та частково може бути використана у будь-якому терапевтичному стаціонарі.

Програма психологічної підтримки «Антистрес» в подальшому може застосовуватись і в домашніх умовах, що сприятиме соціальній інтеграції та поліпшенню якості життя.

Розроблена методика становить практичний інтерес для пульмонологів, реабілітологів, психологів, інструкторів з лікувальної фізкультури, а також викладачів ВНЗ.

РОЗДІЛ 1. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ.

1.1. Поняття якості життя

В останні роки в усьому світі термін «якість життя» використовується надзвичайно широко. В індустріальних країнах зростання інтересу до якості життя є показником прагнення до розвитку цілісного погляду на індивіда в медицині і в соціальних науках [15]. Якість життя (ЯЖ) як медична категорія історично тісно пов'язана з визначенням здоров'я, прийнятим ВООЗ в 1948 р.: «Здоров'я – це стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб або фізичних дефектів » [16]. Тобто, добрий стан здоров'я індивідуума і його життєве благополуччя - є відображенням задоволення його потреб та його адаптації в фізичної, психологічної та соціальної сферах [17].

Всесвітня організація охорони здоров'я (1999) запропонувала розглядати це поняття як оптимальний стан і ступінь сприйняття окремими людьми і населенням в цілому того, як задовольняються їх потреби (фізичні, емоційні, соціальні та ін.) в досягненні благополуччя та самореалізації [18]. Якість життя відображає рівень комфортності людини в суспільстві і базується на трьох основних компонентах:

1. Умови життя, тобто об'єктивна, яка не залежить від самої людини сторона його життя (природна, соціальне середовище і ін.);
2. Спосіб життя, тобто суб'єктивна, створювана самим індивідуумом сторона життя;
3. Задоволеність умовами і способом життя [19].

ЯЖ залежить від різних чинників: житлових умов, роботи або навчання, сім'ї, соціально-економічного статусу, політичної обстановки в країні і т.д. На ЯЖ також впливають вік, стать, релігійні переконання, культурний рівень людини. Розглядаючи питання ЯЖ в медицині, прийнято зосереджуватися на пов'язаних з хворобою функціональних можливостях, а також на суб'єктивному сприйнятті пацієнтом стану здоров'я і вираженості симптомів

хвороби. У порівнянні з традиційним, суто об'єктивним підходом до хвороби,поява в практиці соматичної медицини такого поняття як ЯЖ можна вважати значним прогресом [20]. Сучасна концепція вивчення якості життя, пов'язаного зі здоров'ям, базується на трьох складових:

1. Багатомірність. Якість життя, пов'язане зі здоров'ям, оцінюється характеристиками, як асоційованими, так і не асоційованими з захворюванням, що дозволяє диференційовано визначити вплив хвороби і лікування на стан хворого.

2. Змінність в часі. Якість життя, пов'язане зі здоров'ям, змінюється в часі залежно від стану хворого. Дані про якість життя дозволяють здійснювати постійний моніторинг стану хворого і в разі необхідності проводити корекцію терапії.

3. Участь хворого в оцінці свого стану. Ця складова особливо важлива. Оцінка якості життя, пов'язаного зі здоров'ям, зроблена самим хворим, являє собою цінний показник його загального стану. Дані про якість життя, поряд з традиційним лікарським висновком, дозволяють скласти більш повну картину хвороби і прогноз її перебігу [21].

При ряді хронічних захворювань значно обмежується нормальне існування людини, і ці обмеження можуть стати важливіші для хворого, ніж сама хвороба. Хронічна хвороба накладає на психіку хворого сильний відбиток,загострюючи невротичні риси. ЯЖ в цьому випадку відображає здатність хворого адаптуватися до проявів своєї хвороби [22]. Можна використовувати критерій якості життя для оцінки ефективності проведеного лікування. Істотний вплив на якість життя надає адекватна програма реабілітації. Вона важлива як для хворих на хронічну серцево - судинну недостатність та інфаркт міокарда, так і іншими нозологіями, і від її правильної організації залежить подальша якість життя пацієнтів [23]. Встановлено, що ЯЖ змінюється в часі залежно від стану хворого, зумовленого низкою ендогенних і екзогенних факторів. Дані про ЯЖ

дозволяють здійснювати постійний моніторинг стану хворого і в разі необхідності проводити корекцію терапії [24].

В даний час якість життя, пов'язана зі здоров'ям, є важливим і в ряді випадків основним критерієм визначення ефективності лікування в клінічних дослідженнях. Протягом останнього десятиліття практично всі багатоцентрові дослідження, присвячені порівнянню ефективності різних програм терапії, поряд з традиційними клінічними критеріями вивчення ефективності лікування, включають оцінку ЯЖ. Залежно від результатів дослідження якість життя розглядають як додатковий або як основний критерій при визначенні переваг тієї чи іншої схеми лікування. У більшості робіт підкреслюється, що якість життя в клінічній медицині на сьогоднішній день є або головною, або додатковою метою лікування [25]. Експерти ВООЗ приділяють велику увагу розвитку науки про ЯЖ як важливого інструменту при прийнятті рішень щодо методів лікування, наукових досліджень і підготовки медичного персоналу [26].

Якість життя - поняття важливе не тільки для охорони здоров'я, а й для всіх сфер життя сучасного суспільства, так як кінцевою метою активності всіх інститутів суспільства є благополуччя людини.

Таким чином, концепція дослідження ЯЖ є принципово новим методом, що дозволяє вивчати багатопланову картину суб'єктивних переживань хворого, викликану хворобою, і стає важливим компонентом в сучасних клінічних дослідженнях та клінічній практиці [27].

1.2 Сучасні уявлення про хронічні обструктивні захворювання легень

Як доводять численні спостереження за розповсюдженістю хронічних захворювань легень, у їхній структурі все більше місце займають хронічні обструктивні захворювання легень (ХОЗЛ). За даними статистики, поширеність ХОЗЛ серед дорослого населення складає близько 5-9 %, а смертність через ускладнення з 1960 по 1996 роки зросла в 3,3 рази у чоловіків

і в 15 разів у жінок [1]. Якщо у 1990 році ХОЗЛ займали 6 місце серед причин смерті, то до 2020 року за прогнозами вона займатиме 3 місце [2]. У віковій групі старше 45 років ХОЗЛ вже сьогодні займає 4 місце серед причин смерті [3]. Протягом 3 років після госпіталізації хворих на ХОЗЛ з приводу загострень, загальна летальність складає 49% [4]. У зв'язку з цим, своєчасна діагностика та ефективне лікування ХОЗЛ стає все більш актуальною проблемою сучасної пульмонології. Звертає на себе увагу, що, незважаючи на зусилля по впровадженню нових національних та локальних клінічних рекомендацій відносно лікування та профілактики ХОЗЛ, за рівнем таких показників, як розповсюдженість та смертність, ця патологія продовжує займати перше місце серед усіх хронічних захворювань [5, 6, 7, 8, 9, 10]. Так, за даними міжнародних експертів, у середньому, кожен рік на 30–45 випадків ХОЗЛ реєструється 5–7 нових випадків [11, 12]. Другою характерною закономірністю є те, що при зростанні тривалості життя громадян у розвинутих країнах, очікується й збільшення поширеності серед населення ХОЗЛ [11]. Прогнозується, що до 2020 року за стандартизованим показником DALY (Disability Adjusted Life Years – сума років життя, втрачених з-за передчасної смерті і непрацездатності), ХОЗЛ займатиме 5 місце серед всіх захворювань, тоді як в 1990 році воно знаходилося на 12 місці у світі [13]. Вже сьогодні, за офіційними даними МОЗ України, ХОЗЛ займає 5 місце серед всіх причин смертності після серцево – судинних захворювань, цукрового діабету, травм [14].

Сформовано уявлення про ХОЗЛ як мультикомплексне хронічне запальне захворювання, що характеризується частково незворотним порушенням прохідності дихальних шляхів, неухильно прогресує, асоціюється з аномальною запальною реакцією легенів на шкідливі часточки або гази (переважно через тютюнокуріння), призводить до мукоциліарної дисфункції, структурних і функціональних змін у бронхах і паренхімі легенів [28]. Захворювання починається з набряку, гіперсекреції слизу, зміни

реологічних властивостей секрету бронхів (збільшується його в’язкість і адгезивність). Це зумовлює погіршення мукоциліарного кліренсу, мукостаз, а, отже, і мікробну колонізацію з розвитком інфекційного, частіше вірусно-бактеріального запалення, що супроводжується перебудовою секреторного апарату слизової оболонки бронхів, періодично загострюється і призводить до формування незворотного компонента бронхообструкції [29,30,31]. Окрім складної клітинної організації запальної реакції при ХОЗЛ, варто зазначити й те, що запалення є вкрай динамічним процесом, а тому перелік молекулярних і клітинних його складових постійно змінюється, що є відображенням комбінацій ефектів клітин, які перебувають у різному функціональному стані, та їх посередників (медіаторів), які мають неоднакові концентраційні та дифузійні характеристики [32].

1.3 Значення дихальної гімнастики в покращенні якості життя хворих на ХОЗЛ.

Лікувальна гімнастика (ЛГ) представляє собою основну форму застосування лікувальної фізкультури. При ГХ процедура лікувальної гімнастики зберігає свою стандартну структуру, тобто вона як завжди складається з трьох розділів: вступного, основного і заключного. Фізичні вправи в ході заняття повинні послідовно охоплювати різні м'язові групи. Вправи виконуються ритмічно, в спокійному, середньому темпі.

У вступному розділі використовують прості вправи, в основному для дрібних і середніх м'язових груп. Вступна частина складає 15-20% часу. Вправи сприяють підготовці до основної частини занять. Основний розділ складається з загальнозміцнюючих вправ. За часом основний розділ займає 65-70% часу. Заключний розділ характеризується зниженням загальнофізіологічного навантаження (15-20% часу). Крім загальнозміцнюючих вправ у ході гімнастики доцільно використовувати також і вправи дихальні, причому ефективність останніх стає вище, якщо «їх

поєднувати з загальнозміцнюючими вправами, масажем комірцевої області» [33].

В останні роки зріс інтерес до статичних вправ в ізометричному режимі. Гіпотензивну дію статичних навантажень зумовлено їх позитивним впливом на вегетативні центри з подальшою депрессорною реакцією. Так, через годину після виконання таких вправ АТ знижується більш ніж на 20 мм рт. ст. (Biermann L, Neumann Y., 1984). Вправи в ізометричному режимі виконують в положенні сидячи або стоячи, вони включають утримання у витягнутих руках гантелей (1-2 кг), набивних м'ячів і інших предметів. Вправи в ізометричному режимі обов'язково поєднують з довільним розслабленням м'язів і дихальними вправами. Зазвичай використовують навантаження для м'язів рук, плечового пояса, тулуба, ніг, рідше для м'язів шиї, черевного преса.

Методи дихальної гімнастики

У вступному етапі ЛГ для більшої ефективності ФВ проводиться дихальна гімнастика. В даний час найбільш популярними нетрадиційними методиками, які широко використовуються у лікувально-профілактичних закладах є: парадоксальне дихання по А.Н. Стрельніковій, поверхневе дихання по К.П. Бутейко, рідкісне і глибоке дихання за системою йогів та метод Фролова (тренажер Фролова).

Гімнастика за методом Стрельнікової включає в себе комплекс вправ з диханням, за допомогою яких організм збагачується киснем. Дихальна гімнастика Стрельнікової створювалася в тридцяті-сорокові роки минулого століття, і перш за все, як методика корекції голосу співака або актора.

Для зниження підвищеного АТ, хворим радять подихати десять хвилин за методикою Стрельнікової. Спочатку хворий робить різкий сильний вдих через ніс а потім пасивно видихає через рот. Рекомендується робити по 5-7 дихальних вправ, чергуючи їх з релаксацією - зручно розташувавшись в кріслі[34]. Проти різких вдихів по Стрельниковій виступають адепти дихання

по К. Бутейко (культивують подовжений видих). А Н. Месник. стверджує, що в обох випадках немає протиріччя - і там і там послаблюється сила серцевих скорочень, активізуються депресорні центри гіпоталамуса і кори головного мозку, завдяки чому відбувається зниження підвищеного артеріального тиску крові. Основна теоретична концепція методу Бутейко полягає в тому, що головною причиною багатьох хвороб є порушення дихання, що викликає хронічну гіпервентиляцію. Це порушення дихання К.П. Бутейко назвав хворобою глибокого дихання. Неправильне дихання призводить до розвитку гіпервентиляції в результаті якої відбувається порушення обміну речовин, зниження імунітету, поява алергії і т.д. [35]. Автор методики визначає спосіб ВЛГД як "спосіб ВЛГД, що полягає в поступовому зменшенні глибини дихання шляхом постійного розслаблення дихальної мускулатури, яких затримок дихання до появи відчуття легкого нестачі повітря".

Дихальна гімнастика на тренажері Фролова

Під час дихальної гімнастики на тренажері Фролова(патент РФ №1790417) здійснюється дихання через воду. Супротив диханню на видиху застосовується анестезіологами і реаніматологами в апаратах штучної вентиляції легенів. Ефект опору диханню на видиху в дихальних гімнастиках раніше традиційно застосовувався логопедами, фонопедами, фоніатрами, в дихальній системі Кофлера - Лобанової, частково - в методі А.Н. Стрельникової, а також, в дихальних вібраторах[36. Пацієнт дихає в трубку тренажера та за рахунок активного руху живота вперед пацієнт виконує вдих, це займає 1-2 секунди, далі без паузи починається видих, що складається з мікровидохів, на протязі 5-7 секунд. Останній видох виконується помірним м'язів живота і відразу ж починається вдих. Час тренувань –від 10 хвилин на рівні початківця і до 40 хвилин надалі.

Дихання за системою йогів

Дихальна гімнастика йогів з кожним роком стає все більш актуальною для пересічних громадян та науковців. Така методика пропонує укріпити здоров’я

та здійснити профілактику майбутніх захворювань. Щоб оволодіти Хатха-Йогою потрібна багаторічна наполеглива праця над оволодінням себе у духовному та фізичному сенсі [37].

Йога виділяє чотири основні способи дихання: верхнє дихання, середнє дихання, нижнє дихання, повне дихання йогів. На основі четвертого способу будується вся дихальна гімнастика йоги. В Україні та у Європі в акті дихання виділяють 2 фази- вдиху та видоху.

Jackson I. [38] багато років вивчав йогу і багато чого взяв звідти для своєї методики. Свою систему дихання він назвав "дихальні гри" і стверджує, що "трохи потренувавшись, ви зможете самі забезпечити безперешкодне надходження в легені потоку повітря, що зробить ваше життя набагато легше". Про свою методикою він написав книгу, яку назвав "Дихальні гри як новий підхід до якісного поліпшення життя".

Згідно з методикою,запропонованою Jackson I. [39] видихати потрібно не відразу, а поступово, у кілька ступенів, число яких може бути довільним для кожного. Jackson I. вважав, що багатоступінчате дихання допомагає поліпшити роботу легенів, серця.

1.4 Вплив стресу на якість життя людини. Історія розвитку теорії стресу.

Вперше термін «стрес» в фізіологію і психологію ввів Уолтер Кеннон в 1914 році. Він вважав що стресова реакція це нейроендокринний процес та займався дослідженням феномену, який згодом назвав реакцією «боротьби-втечі». Основну роль в цій реакції грає мозковий шар надниркових залоз. Реакція «боротьби-втечі» розглядалася ним як мобілізація всього організму, яка готує його, а особливо м'язові структури, до дії у відповідь на ситуацію, що виникла [40]. Відкриття закономірностей змін вищої нервової діяльності в ситуаціях підвищеного функціонування організму належить російському фізіологові Павлову. Згідно з його теорією експериментального неврозу, «при певних зовнішніх впливах, що вимагають максимального функціонального

напруги вищої нервової діяльності, відбувається зрив нервового процесу в бік гальмування або в сторону порушення» [41, 42].

Відомий дослідник стресу канадський фізіолог Ганс Сельє в 1936 році опублікував свою першу роботу в якій зазначив,що: «Стрес є неспецифічна відповідь організму на будь-яку пред'явлену йому вимогу» [43].

Ю.Г. Чирков визначає стрес як загрозу, біду, напасті.

Р. Лазарус розцінює загрозу як передбачення людиною майбутнього зіткнення з якоюсь небезпекою і вважає її ключовим механізмом розвитку емоційного стресу.

В.В. Суворова трактує стрес як надзвичайний стан, який необхідно подолати і з якого необхідно вийти.

Ю.Б. Абрамов і М.А. Уколова вважають, що стрес - це пристосувальна реакція по відношенню до сильних загрозливим життя подразників, і виникає він в конфліктних ситуаціях, в яких людина не може задовольняти свої потреби. А.В. Вальдман схильний розуміти емоційний стрес як реакцію організму на загрозу, яка сприймається дістантно, викликає відповідне емоційне ставлення до впливу, що є запускає процесом підготовки організму до можливих наслідків. Подібним же чином стрес визначається і в «Словнику фізіологічних термінів», в якому даним терміном називають тривогу, переживання, розлади, досаду, загрозу безпеці або невдачі, тобто емоційні стани, які проявляються у людини тоді, коли він стикається з психологічно важкою ситуацією або просто вважає, що зіткнувся з такою.

В 1934 році Д.М. Насонов відкрив, що вміст тваринної клітини (протоплазма) однаково реагує на зміну умов навколишнього середовища. К.І. Погодаев визначав стрес як стан напруги або перенапруги процесів метаболічної адаптації головного мозку, що ведуть до захисту або пошкодження організму на різних рівнях його організації за допомогою єдиних гуморальних і внутрішньоклітинних механізмів регуляції.

Відповідно до теорії Орбелі, іннервація симпатичної нервової системи призводить до зміни «функціональних властивостей і функціональних здібностей тканин і органів і, таким чином, пристосовує розмір виконуваної роботи і ступінь реактивності органів до умов даного моменту» [44,45].

Після подій Другої Світової війни термін «стрес» став настільки популярний, що було вирішено перейменувати його в «емоційний стрес». У зміст цього терміна включали так багато різних понять: і первинні емоційно-психічні реакції, і емоційно-психічні синдроми, що виникають на основі тілесних ушкоджень, і афективні стресові реакції, і що лежать в їх основі фізіологічні процеси - що це привело до змішання психофізіологічного і фізіологічного значень даного явища. Розмежувати ці поняття спробував Р. Лазарус, який висунув концепцію про розмежування фізіологічного стресу, пов'язаного з реальним (фізіологічним) подразником, і психічного (емоційного) стресу, при якому реакцію визначає суб'єктивна оцінка людиною ситуації як загрозливої. В даний час настільки явного розмежування немає, так як в основі будь-якого стресу лежать як фізіологічні, так і емоційні елементи.

Класифікація видів стресу.

Через багатовимірність поняття «стрес» єдиної класифікації цього поняття немає. Існує велика кількість різновидів стресу, але, в цілому, його вплив можна розділити на фізіологічний і психологічний. Фізіологічний стрес, характеризується напругою фізіологічних функцій, а психологічний стрес - порушенням гармонії особистості, її дисбалансом. В багатьох випадках буває спільне взаємодія цих видів на людину.

Психологічний стрес є більш складним внутрішнім станом. Тому тут потрібно обов'язковий аналіз значущості ситуації з врахуванням особливостей особистості індивіда і його інтелектуальних процесів [46]. Фізіологічний стрес являє собою деяке стереотипне реагування індивіда, а психологічний стрес-абсолютно непередбачуваний і залежить від особливостей особистості.

Устимов розділяє психологічний стрес на емоційний і інформаційний [47]. Інформаційний стрес виникає коли людина не встигає за темпом, який створила життєва ситуація, йому складно прийняти правильне рішення і, таким чином він не може впоратися з поставленою метою. Прикладом до цього може бути будь-яка аварійна ситуація. Стани емоційного стресу виникають в екстремальних ситуаціях, які несуть крайню небезпеку і вони більшою мірою травмують особистісні підвалини людини.

Китаєва-Смика пропонує класифікувати стрес на короткочасний та тривалий. Короткочасний стрес - це сильне витрачання, так званих,поверхневих адаптаційних резервів організму при порушенні глибоких. Тривалий стрес - це повільне, поступове витрачання як поверхневої, так і глибокої адаптаційної енергії. Цей вид стресу може проходити приховано, так що виявити можна тільки при спеціальному обстеженні. Також, Китаєв-Смик виділяє специфічний вид - рефлекторно-емоційний стрес, що характеризується відсутністю первинного пошкодження або перенапруги, первинного усвідомлення, обмірковування і розуміння ситуації небезпеки з переважанням фізіологічних або патофізіологічних проявів стресу. На думку В.В. Суворовой, в основі поділу видів стресу лежить «ступінь залученості різних відділів центральної нервової системи» [48]. Таким чином, стресові стани бувають двох класів: стрес периферичний і стрес церебральний, який, в свою чергу, ділиться на церебральний першосигнального типу і церебральний другосигнального типу. Під стресом периферичних розуміється класичний стрес.

Вплив стресу на діяльність внутрішніх органів

Першими дослідженнями впливу зміни емоційного стану на діяльність внутрішніх органів були експерименти Брунсвика.Вони показали що при негативних емоціях знижується рівень цукру в крові, а при позитивно пофарбованому порушення, навпаки, підвищується [49].

За результатами досліджень Акса було виявлено що у стані гніву більш значно збільшувалася діастолічний тиск, частіше спостерігалися випадки

тимчасового уповільнення роботи серця і різкі зміни провідності шкіри, більше підвищувався м'язову напругу. Емоція ж страху супроводжувалася більш значним підвищенням провідності шкіри, великим числом різких стрибків (збільшення) м'язової напруги, великим збільшенням швидкості дихання. Акс висловив припущення, що емоція гніву супроводжується викидом в кров гормону норадреналіну, а емоція страху - адреналіну, що й обумовлює цю різницю [48]. Найбільш помітні при виникненні емоційного збудження - зміни системи кровообігу. В основному, це стосується кров'яного тиску, просвіту судин та ЧСС. Неочікуваність, здивування, очікування,зазвичай,викликають короткочасне підвищення кров'яного тиску, звуження судин в області живота, розширення судин скелетної мускулатури і мозку та прискорення пульсу. Емоції, що супроводжують критичні або загрозливі індивіду ситуації, а також больові подразники викликають підвищення кров'яного тиску. Сильні позитивні емоції можуть стати причиною помітного підвищення пульсу, а стан апатії і пригніченості, навпаки, знизити його.

В системі дихання змінам піддаються частота і амплітуда дихання, а також співвідношення між вдихом і видихом. Сильне емоційне збудження будь-якої модальності призводить до почастішання дихання, а також робить його більш глибоким. Різкі подразники викликають короткочасну затримку дихання, що згодом може супроводжуватися деякою його нерегулярністю. Скелетні м'язи реагують на збільшення емоційної напруги збільшенням тонусу м'язів. Більшою мірою це характерно для м'язів шиї, області носа, рота. Також, під впливом стресогенних факторів відбуваються значні зміни складу крові: збільшується вміст глобуліну, фібриногену, багатоядерних лімфоцитів, зменшується - лімфоцитів і гемоглобіну. До іншим, нелокалізованих змін, викликаним тривалою стресовій реакцією, відносяться зміна температури тіла, розширення зіниць, збільшення електропровідності шкіри, зменшення кількості і зміна складу слини.

За результатами досліджень теорії «реакції мобілізації» У. Кеннона [49], функцію мобілізації виконує симпатична нервова система. Її збудження тягне за собою цілий ряд фізіологічних змін :

- збільшення частоти серцебиття, а також сили серцевих скорочень, звуження кровоносних судин в органах черевної порожнини, розширення периферичних судин (судин кінцівок), розширення коронарних судин, підвищення кров'яного тиску;
- зниження тонусу м'язів шлунково-кишкового тракту, припинення діяльності травних залоз, гальмування процесів травлення і виділення;
- розширення зіниць, напруга м'язів, що забезпечують піломоторну реакцію;
- посилення потовиділення;
- посилення секреторної функції мозкової речовини надниркових залоз, внаслідок чого збільшується вміст адреналіну в крові. Адреналін робить досить різноманітний вплив на діяльність організму, подібно до впливу симпатичної нервової системи; таким чином, нервовий і гормональний фактори взаємодіють. Адреналін викликає посилення серцевої діяльності, гальмування перистальтики, збільшення вмісту цукру в крові, прискорення згортання крові.

РОЗДІЛ ІІ. МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1 Клінічна характеристика спостережуваних пацієнтів

Нами було обстежено 34 пацієнта, середній вік яких складав 61,85±2,71 рік, з них 14 жінок та 20 чоловіків. Всім пацієнтам був встановлений діагноз ХОЗЛ групи В. Всі пацієнти мали супутню патологію у вигляді гіпертонічної хвороби.

У усіх випадках ступінь підвищення АТ визначали з урахуванням критеріїв, рекомендованих наказом МОЗ України від 24.05.2012 № 384 року. Згідно з показниками АТ, у 50% пацієнтів була виявлена ГХ у початковій стадії, у 45% - виявлена ГХ ІІ ступеня, і лише у 5% хворих мала місце ГХ ІІІ ступеня.

У 15% хворих відзначалося зниження настрою, небажання спілкуватися про власне здоров’я. У 13% хворих відзначалася зайва тривожність, через недовіру до проведення для них нового дослідження та небажання вірити у його користь. У 56,6% випадків була спадкова схильність щодо розвитку ГХ. Було виявлено, що у 100 % хворих спостерігається недостатня рухова активність. Всі пацієнти зовсім не займаються фізичною культурою та не відвідують спортивні секції взагалі. За суб'єктивними оцінками пацієнтів у 4-13% пацієнтів було підвищення АТ під час (після) фізичного навантаження.

Крім роботи, у вільний час пацієнти відвідують міські свята, займаються домашнім господарством, супроводжують своїх дітей, онуків до школи, в різні гуртки, що говорить про значну завантаженість хворих та низький ступінь цікавості до власних інтересів. 67% пацієнтів проводять вільний час за

комп’ютером або переглядаючи телевізійні передачі та шоу що безсумнівно сприяє зниженню рухової активності.

Не всі пацієнти вважали за необхідне відвідування занять. Щоб заохотити до відвідування занять в індивідуальному порядку проводилися бесіди щодо необхідності та важливості підняття якості життя у випадку їх захворювання, а також про користь занять фізичними вправами. Наступного дня після бесіди незгодні пацієнти змінили свою точку зору та погодились прийняти участь у моєму дослідженні. Все це, на нашу думку, говорить про позитивну установку до участі в програмі покращення життя, також, це говорить про позитивне ставлення до власного здоров’я та високу мотивацію до позитивних змін у їх житті, що було підтверджено при подальших спостереженнях за пацієнтами в процесі реалізації розробленої нами програми.

2.2. Методи дослідження

Дослідження проводилось впродовж 2018-2020 рр. на базі КНП МКЛ №7 ХМР у терапевтичному відділенні.

Для досягнення мети цієї роботи були поставлені наступні **задачі дослідження:**

1. Розробити комплексну методику покращення життя за рахунок психологічної підтримки пацієнтів «Антистрес».
2. Розробити комплексну методику покращення життя за рахунок різних видів дихальної гімнастики.
3. На тлі проведення дихальної гімнастики та психологічної підтримки пацієнтів «Антистрес», вивчити зміни зі сторони показників серцево – судинної системи у хворих на ХОЗЛ.
4. Оцінити рівень якості життя у хворих на ХОЗЛ до та після проведення програми «Антистрес» та дихальної гімнастики, та порівняти ці показники.

5. Зробити висновки щодо ефективності програми покращення якості життя.

I. Психологічні методи дослідження:

1.Основним методом дослідження якості життя хворих був MOS SF-36 (Додаток 1). Результати були опрацьовані за допомогою програми Microsoft Office Excel та STATISTICA 7.0.

2.Спостереження за психологічним станом пацієнта.

II. Медико-біологічні методи дослідження:

1. Контроль АТ за допомогою методики вимірювання АТ на основі рекомендацій від 2007 року Європейського товариства кардіологів АТ вимірювався на обох руках пацієнта. Перед кожним виміром АТ пацієнт знаходився 5 хвилин у стані повного спокою. Далі з інтервалом 1-2 хв. Проводилися 2 замірювання АТ за допомогою механічного сфінгоманометру зі стандартною манжетою, повітря з якої випускалося зі швидкістю 2 мм рт.ст./с. При появі перших тонів (перша фаза тонів Короткова) визначався САТ, при зникненні тонів визначався ДАТ. Після отримання показників АТ з обох рук вираховувалися середні арифметичні значення дослідження тиску.

2. Дослідження пульсу 1 раз до заняття, 2 рази впродовж заняття, 1 раз після заняття впродовж 30-ти секундних інтервалів.

3. Дані з «Медичної карти стаціонарного хворого».

Обробка даних за допомогою програм Microsoft Office Excel, STATISTICA 7.0 та методом звичайних математичних розрахунків.

Розробка програми покращення життя хворих на ХОЗЛ із ГХ

Пацієнти були розділені на 2 групи. До першої групи увійшли пацієнти (17 хворих), які відвідували групові заняття за програмою психологічної підтримки «Антистрес» та займалися дихальною гімнастикою. До другої групи увійшли пацієнти (14 хворих), які отримували лише базисну терапію.

1. Програма психологічної підтримки «Антистрес»

2. Заняття з дихальної гімнастики 1 раз на день, тривалістю 15 хвилин

Заняття проводились впродовж 5 тижнів, 1 раз на 7 днів.

РОЗДІЛ ІІІ. Статистична обробка отриманих результатів

3.1 Оцінка якості життя у хворих на ХОЗЛ за допомогою міжнародного опитувальника SF-36.

Основним інструментом для вимірювання якості життя зазвичай є опитувальники. Опитувальник - це спеціально розроблений і протестований документ, який відображає здатність людини функціонувати відповідно до звичайних життєвих завдань. Показники якості життя, так само, як і характеристики картини захворювання, змінюються в часі в залежності від стану пацієнта, що дозволяє здійснити моніторинг проведеного лікування, і в разі необхідності, проводити його корекцію. Участь пацієнта в оцінці свого стану також є цінним і надійним показником його загального стану. Як інструмент дослідження якості життя пацієнтів в кардіології, а саме з артеріальною гіпертензією використовується найбільш поширений в клінічних дослідженнях, міжнародний загальний опитувальник SF – 36 (див. додаток 1). Він дозволяє оцінювати якість життя, як в цілому, так і за окремими шкалами, що відображає стан фізичного, психічного здоров'я та соціальної активності. Дані результати представляються у вигляді 8 шкал (більш висока оцінка вказує на більш високий рівень якості життя):

Фізичне функціонування (PF).

Рольове функціонування, обумовлене фізичним станом (RP).

Інтенсивність болю (BP).

Загальний стан здоров'я (GH).

Життєва активність (VT).

Соціальне функціонування (SF).

Рольове функціонування, обумовлене емоційним станом (RE).

Психічне здоров'я (MH).

Показники кожної шкали варіюють між 0 і 100, де 100 це повне здоров'я, всі шкали формують два показника: душевне і фізичне благополуччя. Таким чином, якість життя пацієнтів в кардіології можна визначити за допомогою опитувальника і наочно довести, що ХОЗЛ знижує якість життя пацієнтів, і ступінь зниження залежить від ступеня важкості захворювання, вікових особливостей і статі. Всього було вивчено 34 анкети хворих на ХОЗЛ із супутньою ГХ, які дали згоду на участь у дослідженні.

Після обробки усіх анкет першої групи (17 пацієнтів), відповіді на запитання були занесені до таблиці програми Excel, а потім розраховані за допомогою програми STATISTICA 7.0. Маємо наступні результати (табл. 1,2):

Табл. 1 До початку проведення програми покращення життя:

Variable	Група=1, Time=1 Descriptive Statistics (COMPARE.sta)					
	Valid N	Mean	Median	Lower Quartile	Upper Quartile	Std.Dev.
I_PF1	16	75,62500	77,50000	70,00000	85,0000	11,81454
I_RF1	16	65,62500	75,00000	50,00000	100,0000	32,75541
I_P1	16	21,87500	20,00000	5,00000	40,0000	17,21191
I_GH1	16	52,50000	52,50000	47,50000	60,0000	7,52773
I_VT1	16	51,87500	55,00000	42,50000	57,5000	12,36595
I_SF1	16	50,00000	50,00000	50,00000	50,0000	7,90569
I_RE1	16	54,16667	50,00000	33,33333	66,6667	29,50204
I_MH1	16	45,00000	48,00000	40,00000	54,0000	13,26650

Табл. 2 Після курсу програми покращення життя:

Variable	Група=1, Time=2 Descriptive Statistics (COMPARE.sta)					
	Valid N	Mean	Median	Lower Quartile	Upper Quartile	Std.Dev.
I_PF1	16	90,9375	90,0000	90,0000	95,0000	6,38194
I_RF1	16	100,0000	100,0000	100,0000	100,0000	0,00000
I_P1	16	8,1250	10,0000	0,0000	10,0000	9,10586
I_GH1	16	48,4375	50,0000	50,0000	50,0000	4,36606
I_VT1	16	68,1250	70,0000	65,0000	72,5000	9,10586
I_SF1	16	48,4375	50,0000	50,0000	50,0000	4,26956
I_RE1	16	97,9167	100,0000	100,0000	100,0000	8,33333
I_MH1	16	75,5000	78,0000	76,0000	80,0000	10,00000

Після обробки усіх анкет другої групи (15 чол.), відповіді на запитання були занесені до таблиці програми Exel, а потім розраховані за допомогою програми STATISTICA. Маємо наступні результати:

Перше опитування хворих на ХОЗЛ з ГХ, які не були на програмі покращення життя (Табл. 3):

Табл. 3

Variable	Група=2, Time=1 Descriptive Statistics (COMPARE.sta)					
	Valid N	Mean	Median	Lower Quartile	Upper Quartile	Std.Dev.
I_PF1	14	80,35714	77,50000	70,00000	85,00000	10,27774
I_RF1	14	44,64286	50,00000	0,00000	75,00000	36,92322
I_P1	14	30,00000	35,00000	20,00000	50,00000	19,21538
I_GH1	14	55,00000	55,00000	50,00000	60,00000	7,07107
I_VT1	14	55,71429	60,00000	50,00000	65,00000	13,84768
I_SF1	14	50,00000	50,00000	37,50000	50,00000	12,97186
I_RE1	14	57,14286	50,00000	33,33333	66,66667	27,51401
I_MH1	14	52,57143	56,00000	48,00000	60,00000	13,66475

Табл. 4 Перед випискою з лікарні:

Variable	Група=2, Time=2 Descriptive Statistics (COMPARE.sta)					
	Valid N	Mean	Median	Lower Quartile	Upper Quartile	Std.Dev.
I_PF1	14	83,57143	82,50000	75,00000	90,00000	10,27105
I_RF1	14	62,50000	75,00000	50,00000	75,00000	33,61261
I_P1	14	23,57143	30,00000	10,00000	30,00000	13,92681
I_GH1	14	54,64286	55,00000	50,00000	60,00000	6,34407
I_VT1	14	58,21429	60,00000	50,00000	70,00000	14,08861
I_SF1	14	53,57143	50,00000	50,00000	50,00000	15,05484
I_RE1	14	52,38095	50,00000	33,33333	66,66667	21,54021
I_MH1	14	47,71429	48,00000	36,00000	56,00000	14,07359

3.2 Зміна показників пульсу під впливом дихальної гімнастики та програми «Антистрес» у хворих на ХОЗЛ з ГХ

Пацієнти	№1	№2	№3	№4	№5	№6	№7	№8
Хвилини	Пульс							
0	80	85	92	81	87	85	86	95

3	106	109	105	90	100	95	95	100
6	116	120	123	116	121	112	128	135
8	100	97	105	105	97	110	97	105
11	110	105	110	100	112	115	90	97
15	139	110	117	112	130	113	115	126
21	109	144	161	150	159	150	154	152
25	85	115	129	97	122	117	110	125
30	76	100	90	88	100	94	95	100

Таблиця 5. Показники пульсу хворих впродовж першого заняття.

Пацієнти	№1	№2	№3	№4	№5	№6	№7	№8
Хвилини	Пульс							
0	74	84	92	79	85	84	85	93
3	104	108	101	89	98	98	95	97
6	116	120	122	115	120	110	128	133
8	98	96	105	103	95	105	96	104
11	104	102	110	98	110	115	89	96
15	138	108	115	110	127	114	115	125
21	108	144	160	148	158	145	150	150
25	84	102	128	96	120	115	110	120
30	75	96	90	87	98	90	92	98

Таблиця 5. Показники пульсу хворих по закінченню занять.

Після внесення цих даних у програму STATISTICA, був визначений показник ЧСС на початку заняття - 0 хв.(begin), у середині – 3,6,8,11,15,21 хв.(middle) та у кінці – 25,30 хв.(end).

	Time=1 Descriptive Statistics (Spreadsheet1)	
Variable	Valid N	Mean
Begin	8	86,3750
Middle	8	115,9800
End	8	102,6875

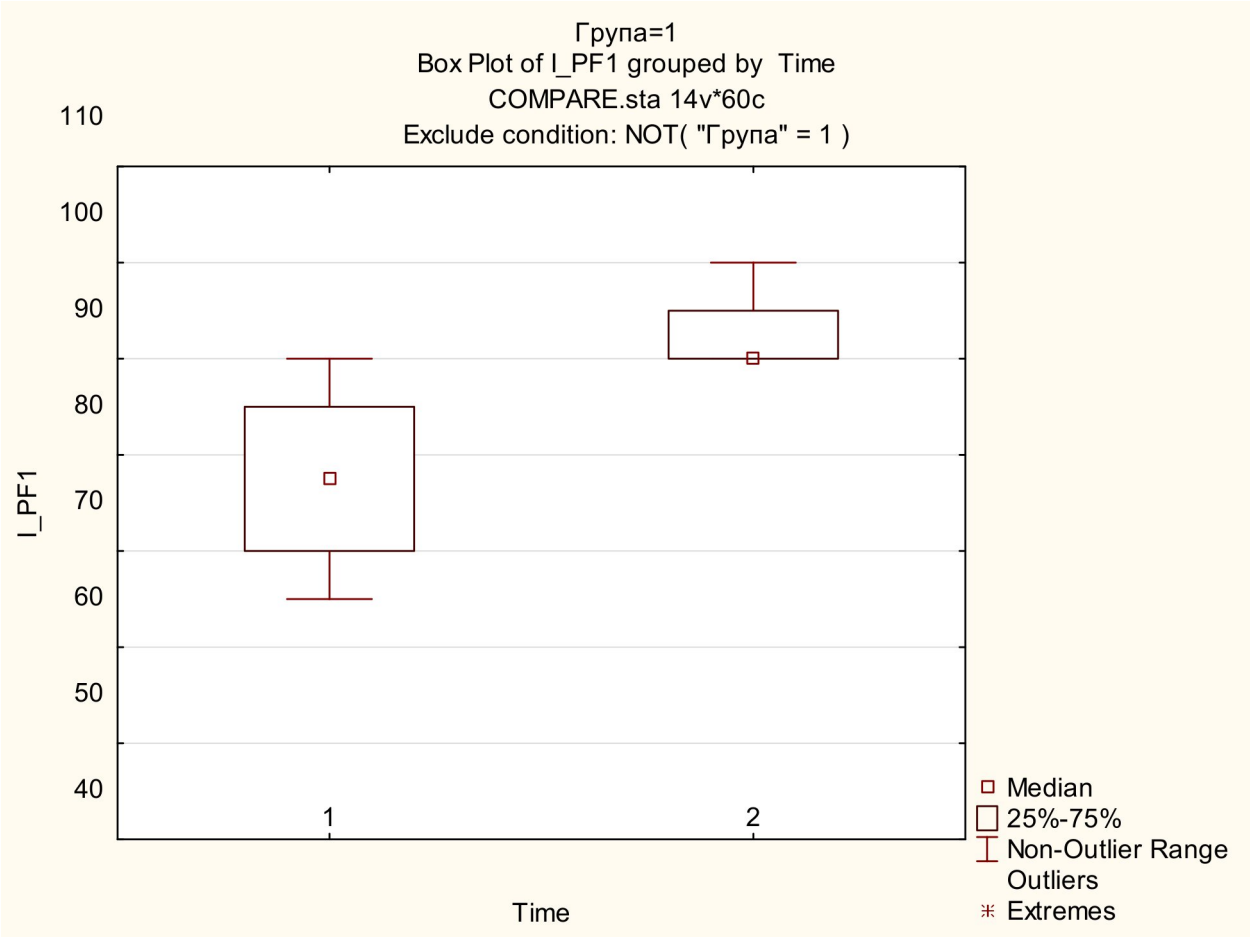
По закінченню курсу покращення життя був замір показників ЧСС і після внесення даних до програми був отриманий такий результат:

	Time=2 Descriptive Statistics (Spreadsheet1)	
Variable	Valid N	Mean
Begin	8	84,5000
Middle	8	114,4788
End	8	100,0625

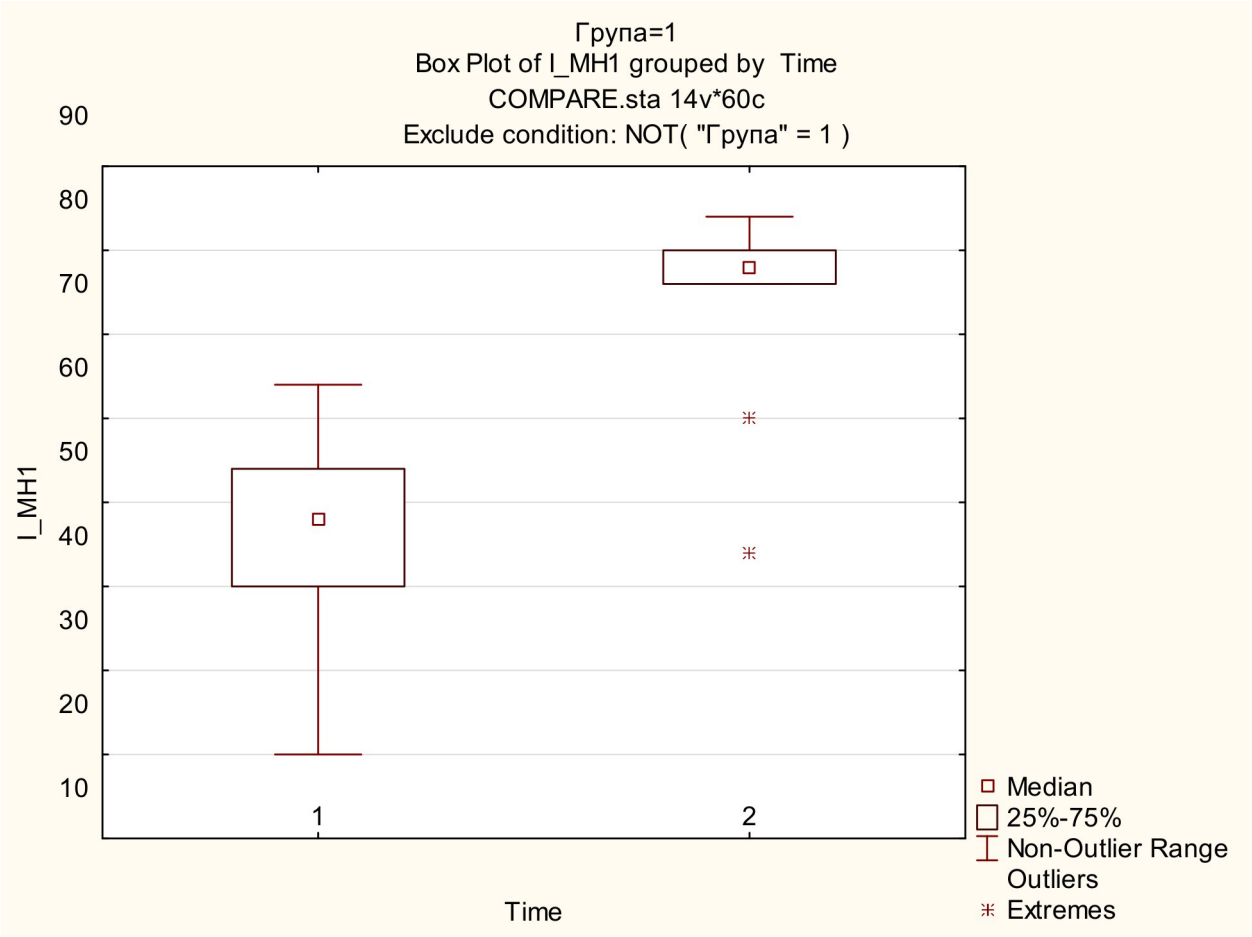
РОЗДІЛ 4.

4.1 Аналіз отриманих результатів
Оцінка якості життя за показником: фізичне функціонування (PF).

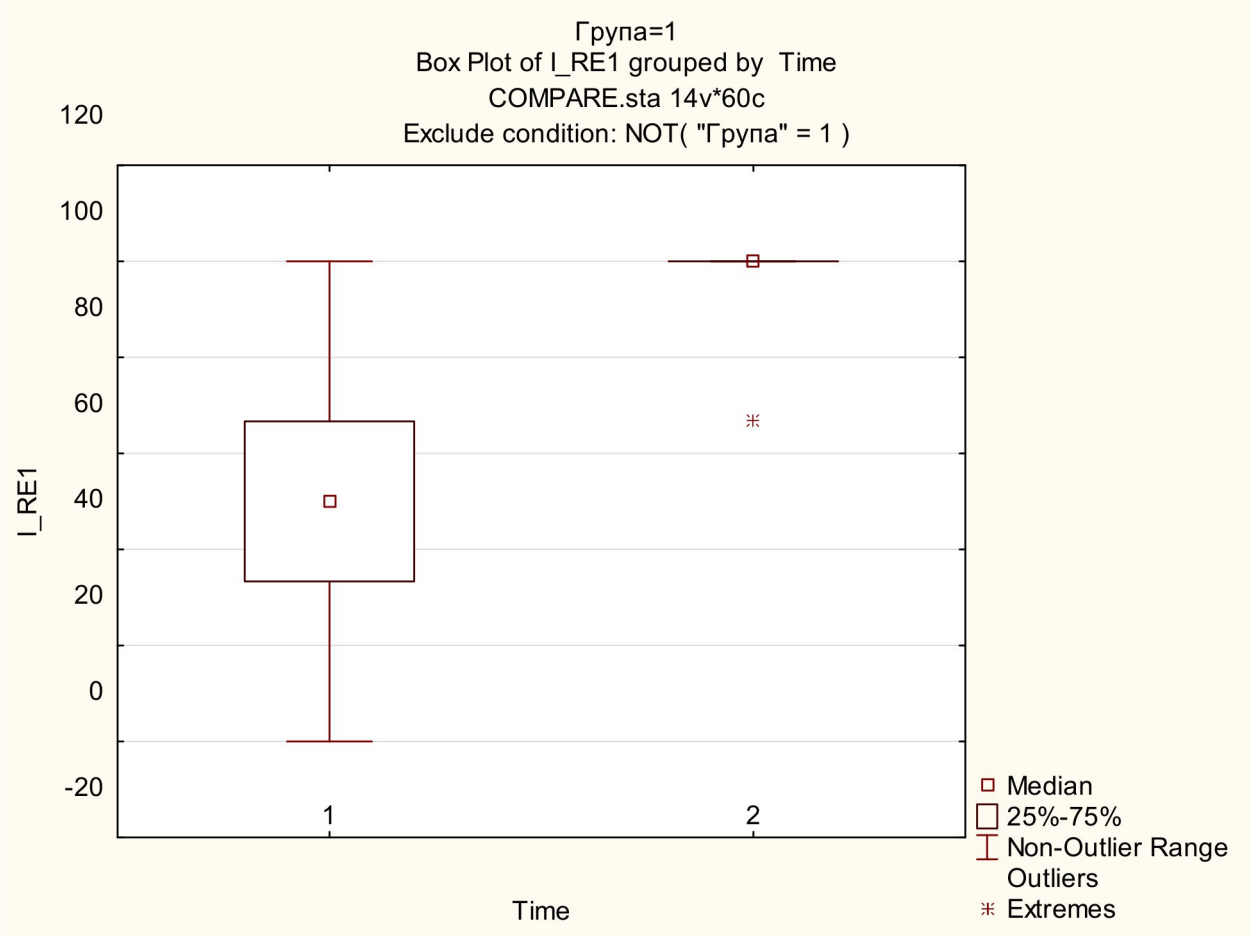
Згідно з обробленими результатами анкет опитувальника якості життя SF-36 фізичне функціонування (PF) пацієнтів до проходження програми покращення якості життя і після - відрізняються, на графіку ми бачимо підвищення рівню фізичного функціонування з середнього показника 75,6 до 90,9.



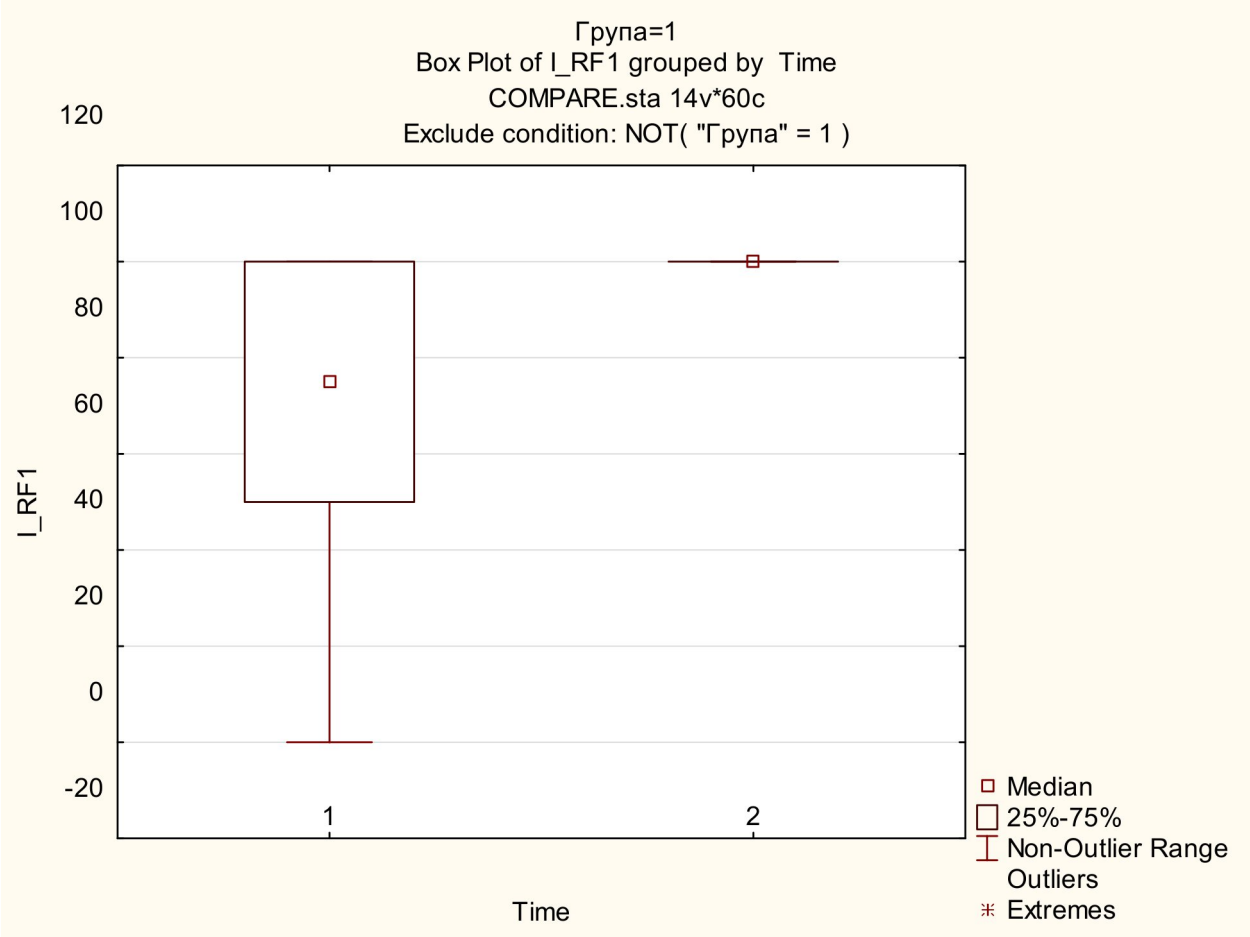
Оцінка якості життя за показником: психологічне здоров'я (MH), де 1- це до початку проведення дослідження, та 2 - після проведення програми покращення життя. На графіку бачимо значний прогрес у психологічному стані пацієнтів: середній показник 45,0 зріс до показника 75,5.


Група=1
Box Plot of I_MH1 grouped by Time
COMPARE.sta 14v*60c
Exclude condition: NOT("Група" = 1)
90
80
70
60
50
40
30
20
10
I_MH1
1
2
Time
Median
25%-75%
Non-Outlier Range
Outliers
Extremes

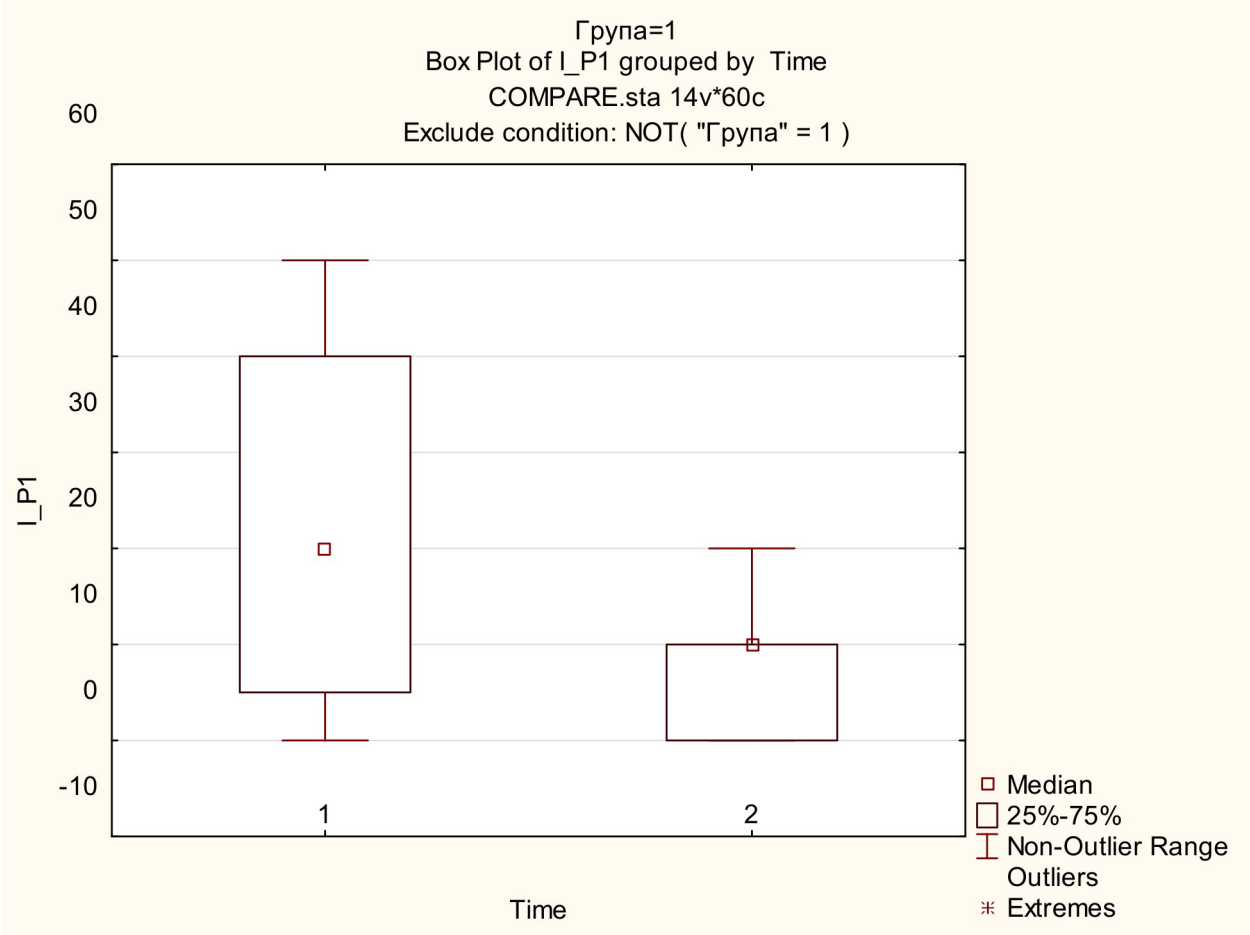
Показник **Емоціонального функціонування (RE)** зріс з середнього показника 65,6 до 100.



Показник **Рольового (фізичне функціонування RF**) зріс з середнього показника 54,1 до 97,9.

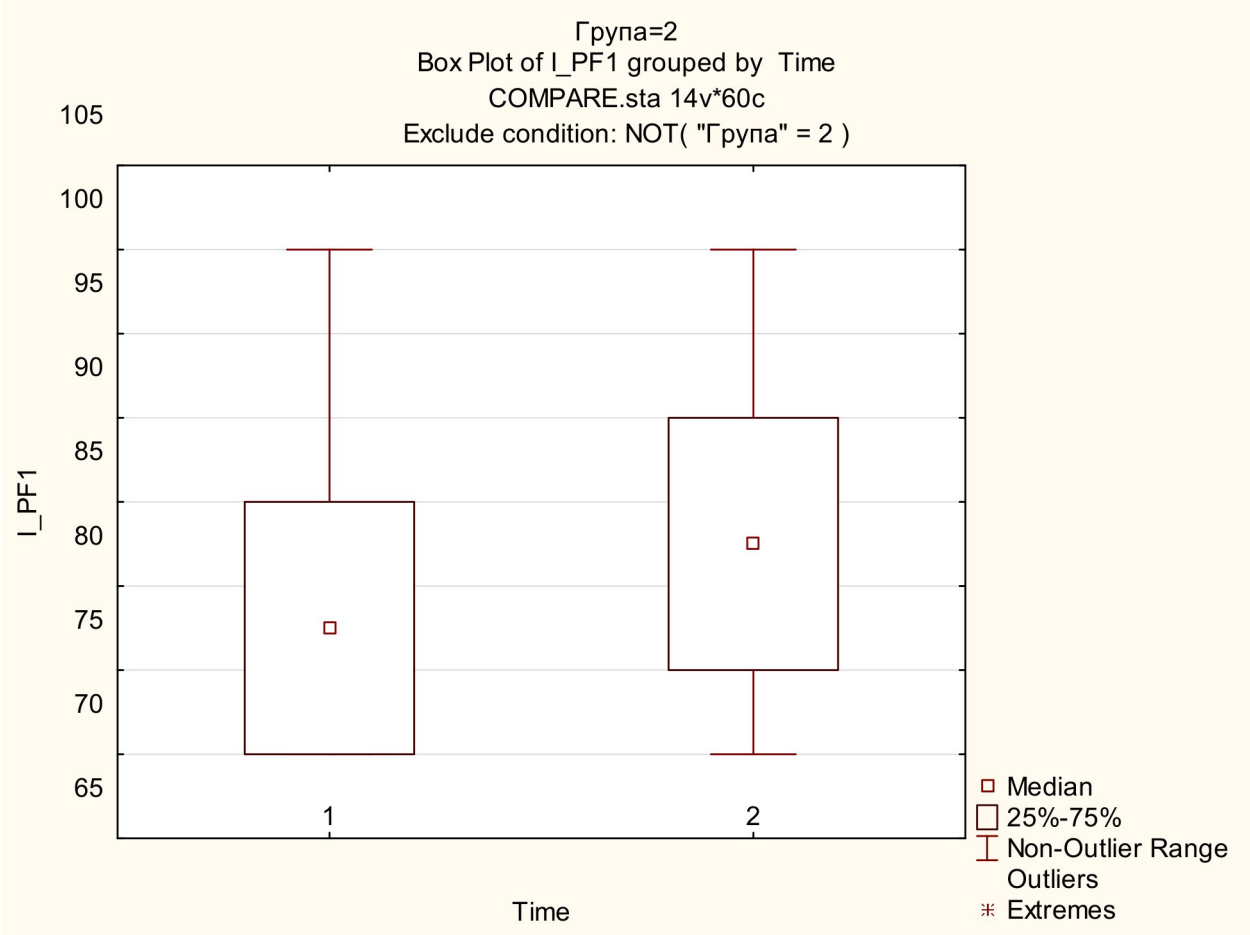


Показник Біль (Р) зменшився з середнього показника 21,8 до 8,1 :



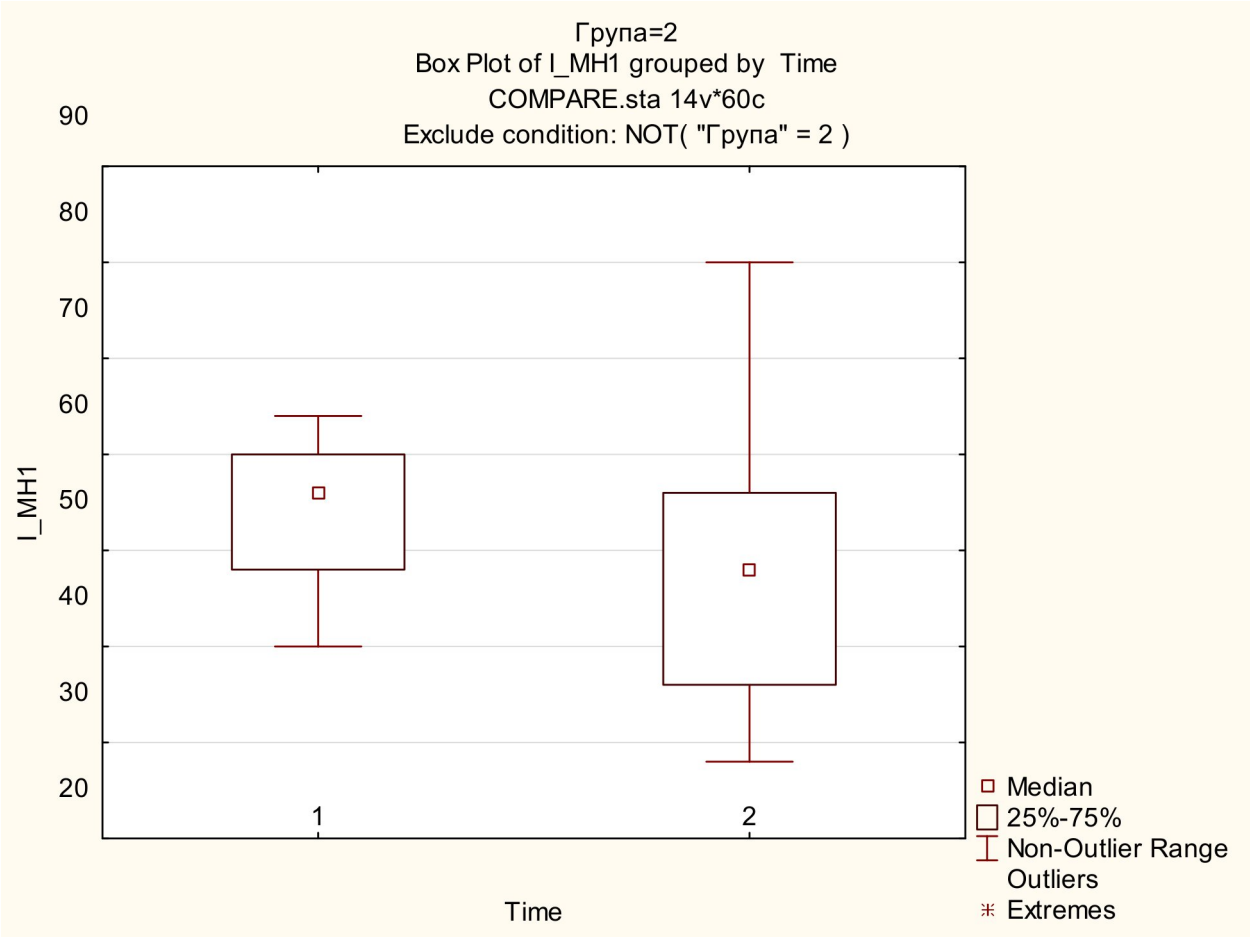
Розглянемо такі-ж показники у другої групи людей(14 чол.), які не проходили програму покращення життя.

Фізичне функціонування (PF):



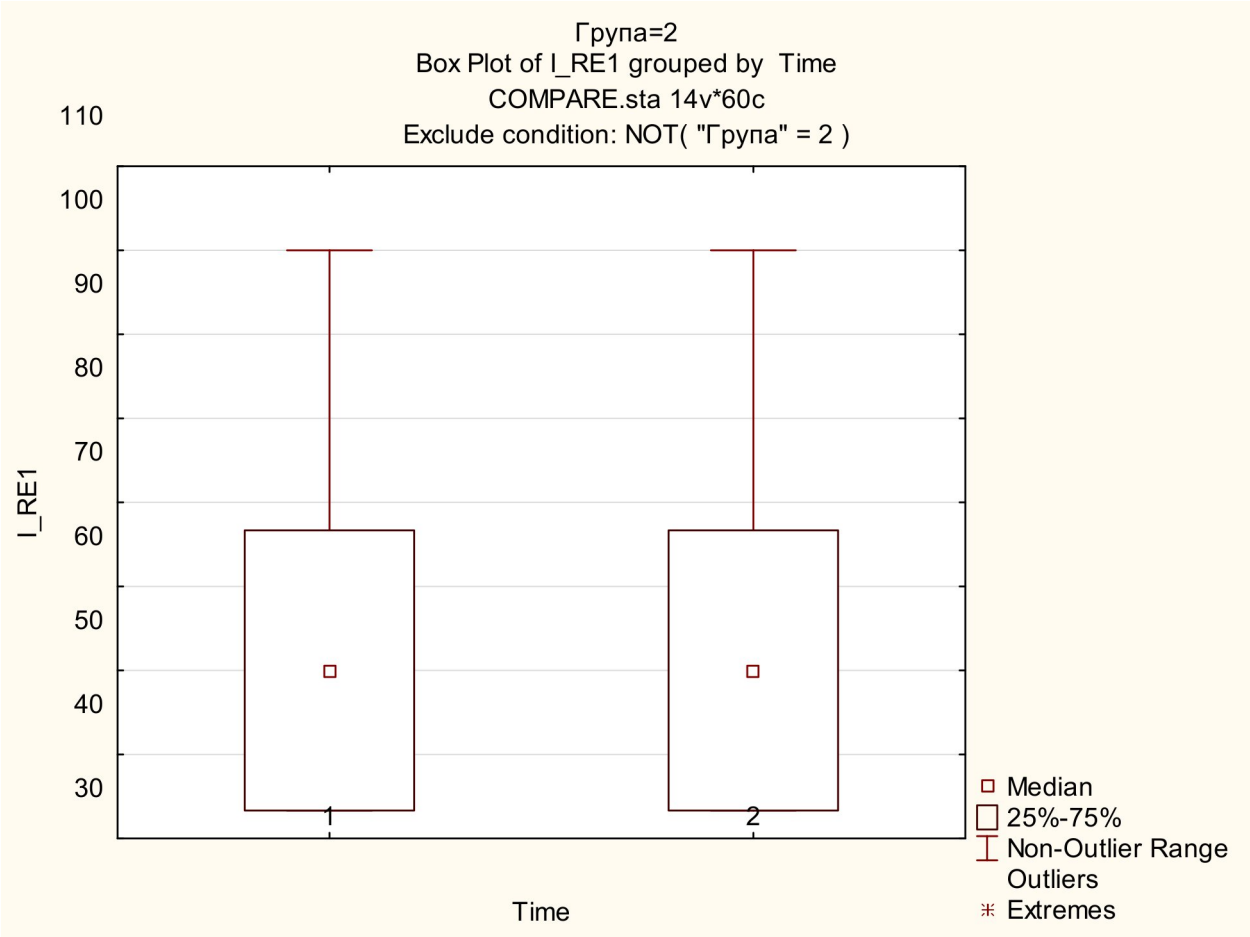
Середній показник PF зріс з середнього показника 80,3 до 83,5,що свідчить про покращення у стані фізичного функціонування хворих 2 групи.

Показники психологічного здоров'я (MH) у хворих 2 групи:

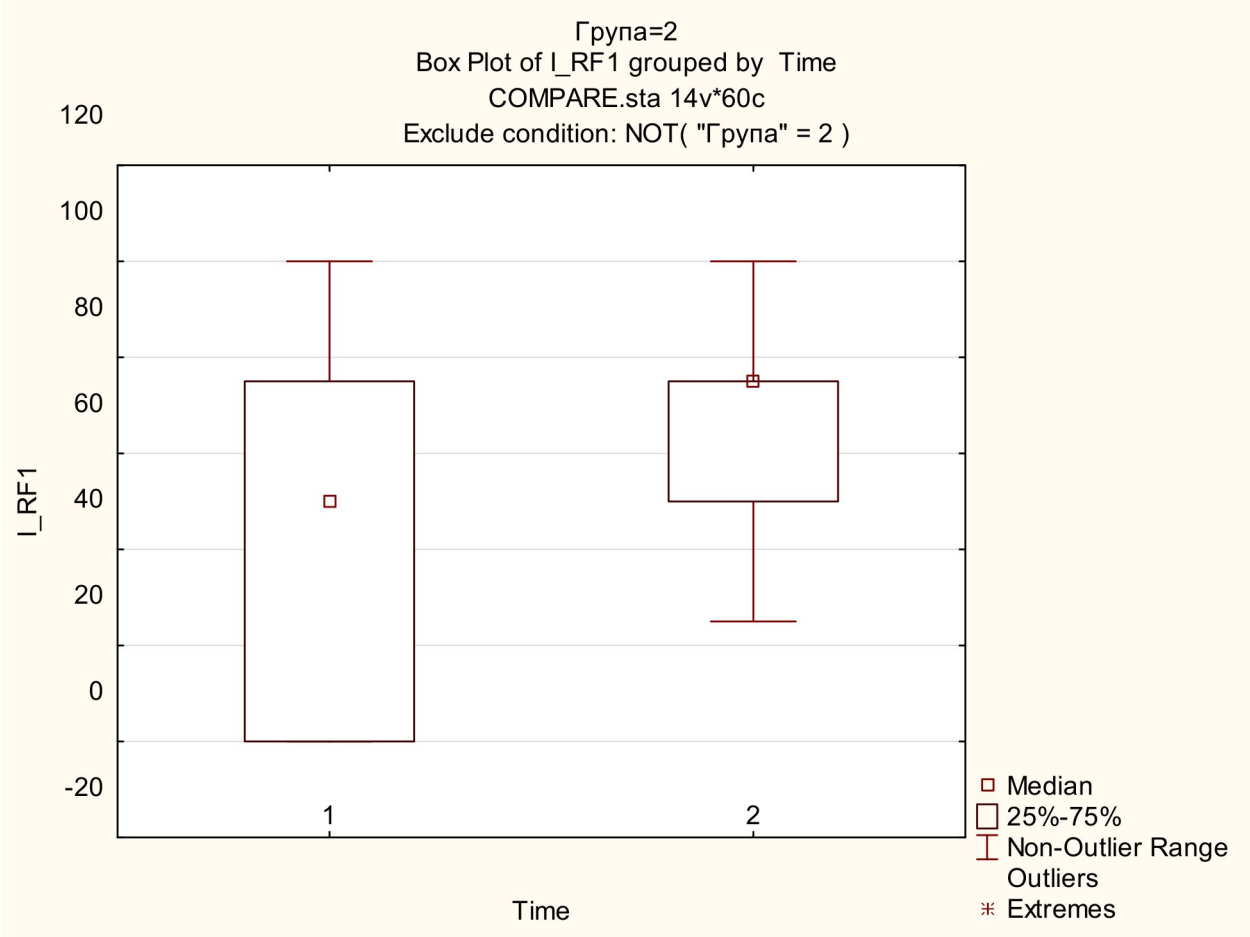


Середній показник МН знизився з 52,5 до 47,7, що свідчить про погіршення психологічного стану хворих 2 групи.

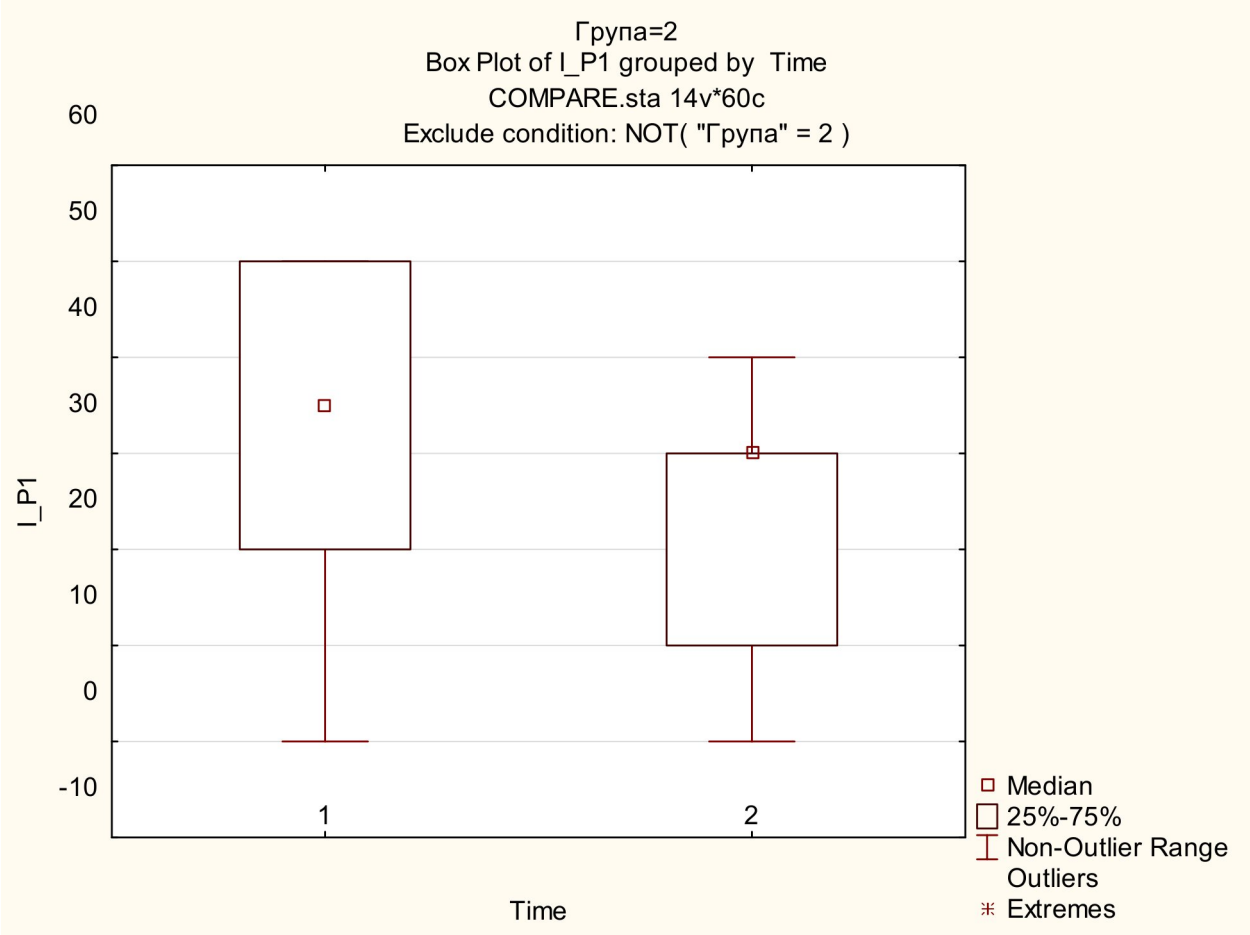
Показник емоціонального функціонування (RE) впав з середнього показника 57.1 до 52,3.


Група=2
Box Plot of I_RE1 grouped by Time
COMPARE.sta 14v*60c
Exclude condition: NOT("Група" = 2)
110
100
90
80
70
60
50
40
30
I_RE1
1
2
Time
Median
25%-75%
Non-Outlier Range
Outliers
Extremes

Показник Рольового (фізичне функціонування RF) покращився з 44,6 до 62,5.



Показник Біль (Р) зменшився з середнього показника 30,0 до 23,5.



Аналіз змін показників (PF) В залежності від стадії ХОЗЛ у членів першої групи.

Показники (PF) та (MH) у хворих з I ступенем гіпертензії (м'яка) до початку програми покращення життя

Variable	Time=1, Blood presure rate=1 Descriptive Statistics (COMPARE.sta)					
	Valid N	Mean	Median	Lower Quartile	Upper Quartile	Std.Dev.
I_PF1	3	88,33333	90,00000	85,00000	90,00000	2,88675
I_MH1	3	36,00000	44,00000	16,00000	48,00000	17,43560

Після проведеної програми:

Variable	Time=2, Blood presure rate=1 Descriptive Statistics (COMPARE.sta)					
	Valid N	Mean	Median	Lower Quartile	Upper Quartile	Std.Dev.
I_PF1	3	95,00000	95,00000	95,00000	95,00000	0,00000
I_MH1	3	73,33333	80,00000	60,00000	80,00000	11,54701

Показники (PF) та (MH) у хворих з другим ступенем гіпертензії(помірна) до початку програми покращення життя:

Variable	Time=1, Blood presure rate=2 Descriptive Statistics (COMPARE.sta)					
	Valid N	Mean	Median	Lower Quartile	Upper Quartile	Std.Dev.
I_PF1	10	72,00000	70,00000	70,00000	80,00000	11,83216
I_MH1	10	46,00000	48,00000	36,00000	56,00000	13,49897

Після проведеної програми:

Variable	Time=2, Blood presure rate=2 Descriptive Statistics (COMPARE.sta)					
	Valid N	Mean	Median	Lower Quartile	Upper Quartile	Std.Dev.
I_PF1	10	89,50000	90,00000	80,00000	95,00000	7,61942
I_MH1	10	75,60000	78,00000	76,00000	80,00000	11,53930

Показники (PF) та (MH) у хворих з третім ступенем гіпертензії(важка) до початку програми покращення життя:

Variable	Time=1, Blood presure rate=3 Descriptive Statistics (COMPARE.sta)					
	Valid N	Mean	Median	Lower Quartile	Upper Quartile	Std.Dev.
I_PF1	1	65,00000	65,00000	65,00000	65,00000	
I_MH1	1	48,00000	48,00000	48,00000	48,00000	

Після проведеної програми:

Variable	Time=2, Blood presure rate=3 Descriptive Statistics (COMPARE.sta)					
	Valid N	Mean	Median	Lower Quartile	Upper Quartile	Std.Dev.
I_PF1	1	90,00000	90,00000	90,00000	90,00000	
I_MH1	1	76,00000	76,00000	76,00000	76,00000	

Показники (PF) та (MH) у хворих з нормальним артеріальним тиском до початку програми покращення життя:

Variable	Time=1, Blood presure rate=4 Descriptive Statistics (COMPARE.sta)					
	Valid N	Mean	Median	Lower Quartile	Upper Quartile	Std.Dev.
I_PF1	2	80,00000	80,00000	75,00000	85,00000	7,071068
I_MH1	2	52,00000	52,00000	48,00000	56,00000	5,656854

Після проведеної програми:

Variable	Time=2, Blood presure rate=4 Descriptive Statistics (COMPARE.sta)					
	Valid N	Mean	Median	Lower Quartile	Upper Quartile	Std.Dev.
I_PF1	2	92,50000	92,50000	90,00000	95,00000	3,535534
I_MH1	2	78,00000	78,00000	76,00000	80,00000	2,828427

У всіх хворих першої групи, що проходили лікування разом з програмою покращення якості життя з різними ступенями підвищення АТ спостерігається покращення показників фізичного та психологічного здоров’я.

У всіх хворих першої групи спостерігається покращення показників фізичного та психологічного здоров’я.

В кінці застосування програми, методом спостереження, були виявлені наочні зміни у фізичному стані пацієнтів – вони стали більш рухливі та скоординовані. Пацієнти стали частіше гуляти по коридору та виходити на прогулянку двором лікарні. Пацієнти ділилися між собою позитивними відгуками про свої досягнення під час занять лікувальною гімнастикою, що свідчить і про підвищення рівню впевненості у собі і про загальне задоволення від програми дослідження. Після антистресових занять хворі ще довго спілкуються між собою у палатах, з усмішками згадуючи кумедні моменти з життя. Після лекцій про конфлікти, майже всі хворі відмітили, що вони стали більш обережними та обміркованими у спілкуванні на різні теми. Після лекції про користь корисних для здоров'я портативних та комп’ютерних гаджетів, хворі забажали придбати такі собі та слідкувати пильніше за своїм станом.

ВИСНОВКИ

У цій освітній кваліфікаційній роботі було проведено дослідження з метою покращити якість життя хворих на ХОЗЛ з супутньою патологією у вигляді гіпертонічної хвороби. Основними методами покращення якості життя були обрані програма психологічної системи «Антистрес» та дихальної гімнастики. Пацієнти, які приймали участь у цьому дослідженні впродовж п′яти тижнів відвідували 30-ти хвилинні заняття з дихальної гімнастики та групові заняття «Антистрес». Заняття проводилися систематично та регулярно. До і після проходження курсу програми були зроблені заміри рівню та якості життя за допомогою міжнародного опитувальника MOS SF-36. Після порівняння показників якості життя до та після проходження програми, було виявлено, що найбільше підвищився показник психологічного здоров'я (MH) (у середньому з 46,0 до 76,0). Ці зміни були виявлені не тільки шляхом анкетування, а й під час медсестринського спостереження, яке підтвердило, що всі пацієнти стали більш впевненими у собі, менш дратівливими, стали цікавитися новими для себе заняттями та відволікатися від зосередженності на своєму поганому стані здоров'ю та на своїх життєвих проблемах.

Треба зазначити, що покращився не тільки психологічний стан пацієнтів, але й їх близьких родичів. Хворі почали більше читати, почали цікавитися новинками кіно, музики, новинками розвитку сучасних технологій і що головне, навчилися проявляти свої емоції через заняття своїми улюбленими хобі.

Піднявся показник Емоційного здоров'я (RE) з середнього показника 65,6 до 100. Це надзвичайно важлива позитивна зміна, що свідчить про покращення емоційного стану хворого, який, зазвичай, впадає у бік негативних переживань під час лікування. Піднявся показник Рольового функціонування (RF) з 54,1 до 97,9 .Все це свідчить про розвиток особистості пацієнта, підвищення впевненості у собі, про розвиток розумових здібностей хворих.

Наступний показник - Фізичне функціонування(PF). Цей важливий показник ЯЖ підвищився з 75,6 до 90,9, що свідчить про те, що заняття дієві та покращують суб’єктивні відчуття хворого. У порівнянні з контрольною групою, які не пройшли програму, їх показник (PF) змінився набагато менше з середнього 80,3 до 83,5. Показник Біль (P) впав з 21,8 до 8,1,що свідчить про позитивну динаміку змін самопочуття пацієнта, про зменшення рівню болю, це особливо важливо для хворих з супутніми патологіями.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1.Програму покращення якості життя хворих на ХОЗЛ можна застосовувати, як в стаціонарі лікарні, так і в санаторно-лікувальних установах

2. Заняття дихальною гімнастикою та за методикою «Антистрес» недовгі та не вимагають коштів на їх проведення, а в свою чергу, можуть надати суттєві результати у покращенні стану хворого, ця рекомендація може зацікавити лікарів-пульмонологів, реабілітологів, сімейних лікарів, старших та палатних медичних сестер і головне-самих пацієнтів.

3.Анкета якості життя повинна бути обов'язкова заповнена при госпіталізації пацієнта у відділення та після проведеного лікування з індивідуально-складеними планами медсестринського догляду за пацієнтом. Якщо ЯЖ пацієнта змінилася на краще, то це свідчить про ефективний план медсестринського догляду та про ефективну та професійну роботу медичного персоналу. ЇЇ заповнення триває приблизно 15 хвилин, рекомендую проводити опитування за участі медичної сестри, бо часто хворий наодинці з собою може не зрозуміти поставлених до нього питань.

6. Як потенційне бажання всього колективу медсестер та лікарів у майбутньому облаштовувати спеціальні кімнати для занять фізичними вправами та антистрес заняттями; запрошувати туди музичні, танцювальні, театральні колективи; запрошувати спеціалістів різних сфер з цікавими лекціями, майстер-класами; влаштовувати міні-свята з приводу днів народження хворих, державних та народних свят.

Список літератури

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO workshop report. Updated 2008.
2. Hensinger – Ribeiro, J. Differential effects of simvastin on mesangial cells / J. Hensinger – Ribeiro, B. Fischer, M. Goppelt – Struele // Kidney Int. – 2004. – Vol. 66. – P. 187-195.
3. Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease // N. Roche, G. Huchon // Rev. Prat. – 2004. – Vol. 54 (13). – P. 1408-1413.
4. European best practice guidelines, expert group on hemodialysis. European venal association/ Section measurement of renal function, when to refer and when to start dialysis // Nephrol. Dial. Transplant. – 2002. – Vol. 17 [Suppl. 7]. – P. 7-15.
5. Elbayomni, T.A. Liposomes for targeted delivery of antithrombotic drugs / T.A. Elbayomni, V.P. Torchilin // Expert Opin. Drug Deliv. – 2008. – Vol. 5 (11). – P. 1185-1198.
6. Effect of Fluvastatin on cardiocoutcomes in renal transplant recipients: a multicentre, randomized, placebo – controlled trial / H. Holdaas, B. Fellstrom, A.G. Jardine et al. // Lancet/ - 2003. – Vol. 361. – P. 2024-2031.
7. Anthonisen, N.R. Effects of smoking intervention and the use of an inhaled anticholinergic bronchodilatator on the rate of decline of FEV1: the Lung Health Study / N.R. Anthonisen, J.E. Coomet, J.P. Kitey // JAMA. – 1994. – Vol. 272. - № 191. – P. 1497-1505.
8. Barnes, P.J. COPD: current therapeutic interventions and future approaches / P.J. Barnes, R.A. Stockley // Eur. Respir. J. – 2005. – Vol. 25. – P. 1084-1106.
9. Remuzzi, G. Pathophisyology of progressive nephropaties / G. Remuzzi, T. Bertani // New Engl. j. Med. – 1998. - № 399. – P. 1448-1456.

10. Hebert L.A. Renoprotection: one or many therapies / L.A. Hebert, W.A. Wilmer, M.E. Falkenhain et al. // Kidney Int. – 2001. – Vol. 59. – P. 1211-1226.

11. Eckhardt K.U. Role of Hypoxia in the pathogenesis of renal disease / K.U. Eckhardt, W.M. Beruhdt, A. Weidemann et al. // Kidney Int. – 2005. – Vol. 99. – P. 46-51.

12. Нефрология. Под редакцией Е.М. Шилова. – М: «ГЭОТАР - Медия», 2007, - 688 с.

13. Шишкин А.А. Гломерулонефрит / А.А. Шишкин // Новые Санкт – петербургские врачебные ведомости. – 2005. - №9. – С. 19-25.

14. Чучалин А.Г. Респираторная медицина. М: «ГЭОТАР - Медия», 2007. – Т. 1-2. – С. 18-34.

15. Аронов, Д.М. Методика оцінки якості життя хворих з серцево-судинними захворюваннями / Д.М. Аронов, В.П. Зайцев // Кардіологія.-2002.- Т.42, N5.- С.92-95.

16. Андрєєва, Г.Ф. Вивчення якості життя у хворих на гіпертонічну хворобу / Г.Ф. Андрєєва, Р.Г. Оганов // Тер. архів.- 2002.-Т.74, N1.- С.8-16.

17. Ардашев, В.Н. Качество жизни и трудоспособность больных после аортокоронарного шунтирования / В.Н. Ардашев, Ю.Н. Замотаев, И.Н.Антошина // Воен.-мед. журн., 2003. Т.324, N6.- С.48-53.

18. Безбольовая ішемічна хвороба серця при хронічній артеріальній недостатності нижніх кінцівок / С.А. Калініна, Є.Г. Одіянков, А.А.Кіршін та ін. // Кардіологія.- 2003.- т.43, N7.- с.85-86.

19. Беленко, Ю.Н. Визначення якості життя у хворих з хронічною серцевою недостатністю / Ю.М. Беленко // Кардіологія.- 1993.- Т.ЗЗ, N2.- С.85-88.

20. Беленко, Ю.Н. Результати міжнародного дослідження якості життя пацієнтів зі стабільною стенокардією на фоні терапії нітратами (IQOLAN) / Ю.М. Беленко, І.Є. Чазова, Л.Г. Ратова // Кардіологія.- 2003.- 1743, N9.- С.4-7.

21. Новик А.А. Якість життя – квінтесенція парадигми паліативної допомоги в онкології // Паліативна медицина і реабілітація. 2002. (1).9-15.
22. Белоусов, Ю.Б. Клоперкутен: гипотензивное действие и влияние на качество жизни у больных гипертонической болезнью стабильного течения / Ю.Б.Белоусов, Е.М. Маношкина, А.А. Упницкий // Кардиология.- 1997.- т.37, N8.-С. 14-17.
23. Бобков, В.Н. Качество жизни: концепция и измерение / В.Н. Бобков, П.С.Масловский-Мстиславский.- М.: Всероссийский центр уровня жизни, 1998.-С.5.
24. Булашова, А.В. Мультифокальный атеросклероз у больных ишемической болезнью сердца / А.В. Булашова, И.М. Игнатьев, Р.А. Бредихин // Клин, медицина.- 2003. Т.81.N12.- С.32-36.
25. Баканова И.В., Зейгарник Б.В., Николаева В.В., Шефтелевич А.С. Отношение к болезни как условие формирования осознаваемых и неосознаваемых мотивов деятельности. / Бессознательное. Природа, функции и методы исследования. Тбилиси, 1978. - Т.2. С.458-463.
26. Сенкевич Н.Ю., Белевский А.С. якість життя - предмет наукових пошуків в пульмонології // Терапевт. арх. 2000. (3). 36-41.
27. Шестаков В.П. Наукове обгрунтування системи оцінки контролю якості медико-соціальної реабілітації інвалідів: автореф. дис. ... докт.мед. наук. М., 2008.
28. Brene S., Bjornebekk A., Aberq E. et al. Running is rewarding and antidepressive // Physiol. Behav. 2007.92. 136-140.
29. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. Психологическая диагностика отношения к болезни. Пособие для врачей, СПб: НИПНИ им. Бехтерева, 2005. 25с.
30. Власова, А.В. Качество жизни и факторы, его определяющие, у больных с хронической сердечной недостаточностью, развившейся после перенесенного инфаркта миокарда / А.В. Власова, Н. П. Лямина V / Журн. сердечная недостаточность.- 2002.- Т.З, N5.- С.226-228.

31. Гельцер, Б.И. Современные подходы к оценке качества жизни кардиологических больных / Б.И. Гельцер, М.В. Фрисман // Kjihh. медицина.-2002.- Т.80, N9.-С.4-9.
32. Шойхет Я.Н. Патология мочеполовой системы у больных хронической обструктивной болезнью легких в сочетании с ишемической болезнью сердца / Я.Н. Шойхет, Е.Б. Клестер // Клиническая медицина. – 2008. - №10. – С. 23-27.
33. Авдеев С.Н. Хроническая обструктивная болезнь легких как системное заболевание / С.Н. Авдеев // Пульмонология. – 2007. - №2. – С. 104-116.
34. Айсанов З.Р. терапия хронической обструктивной болезни легких у пациентов с сопутствующей сердечно – сосудистой патологией / З.Р. Айсанов, Е.Н. Калманова // Справочник поликлинического врача. – 2008. - №3. – С. 44-48.
35. Амосова Е.Н. Внутренняя медицина / Е.Н. Амосова, О.Я. Бабак // К.: Фундаментальный ученик. – 2008. – Т. 1. – С. 1064.
36. «Метод Бутейко. Опыт внедрения в медицинскую практику». — Москва: Патриот, 1990.-35с.
37. Физическая реабилитация: Учебник для академий и институтов физической культуры / Под общ. ред. проф. С.Н.Попова.- Ростов-на-Дону: Феникс, 2001.- 608с.
38. Библиотека врачей общей практики. Том 2/ Под ред. проф. Федосеева Г.Б.- Спб.: Медицинское информационное агентство, 2006.- 464с.
39. Jackson I. Breath play approach to whole life fittness; Garden City, NY, Doubleday, 2006. P. 106
40. Cannon, W. B., The wisdom of the body. New York: W. W. Norton, 1932.
41. Суворова В.В. Психофизиология стресса.- М.: Педагогика, 1978.- 208 с.
42. Рейковский Я. Экспериментальная психология эмоций.- М.: Прогресс, 1979.- 392 с.

43. Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, et al. (September 2007). 2007 ESH-ESC Practice Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: ESH-ESC Task Force on the Management of Arterial Hypertension. J. Hypertens. 25 (9). с. 1751–62.
44. Васильева В.Е. Лечебная физическая культура. - М.: Физкультура и спорт, 1970. - 378 с.
45. Готовцев П.І. та ін Лікувальна фізична культура і масаж. М., 1987. - С. 83.
46. Епифанов В.А. Лечебная физическая культура и спортивная медицина. - М.: Медицина, 1999. - 304 с.
47. Сидоренко Г.І. Як уберегти себе від гіпертонічної хвороби. М., 1989.
48. Ситель А.Б. Мануальная терапия. М.: Русь, 1998. ? 301 с.
49. Губарева Т.П., Козырева О.В., Ларионова Н.Н. „Спартианские" формы культурно-спортивной работы с инвалидами: Тезисы докладов Международного конгресса „Человек в мире спорта: новые идеи, технологии, перспективы." Том 2.- М.: ФОН, 2003.- С.449-450.

Додаток 1

ОПРОСНИК SF-36 (русскоязычная версия).

Ф. и. о.

Дата заполнения_____

1. В целом Вы бы оценили состояние Вашего здоровья

(обведите одну цифру)

Отличное.....1
Очень хорошее.....2
Хорошее.....3
Посредственное.....4
Плохое.....5

2.Как бы Вы в целом оценили свое здоровье *сейчас* по сравнению с тем, что было *год назад.*

(обведите одну цифру)

Значительно лучше, чем год назад.....1
Несколько лучше, чем год назад.....2
Примерно так же, как год назад.....3
Несколько хуже, чем год назад.....4
Гораздо хуже, чем год назад.....5

3. Следующие вопросы касаются физических нагрузок, с которыми Вы, возможно, сталкиваетесь в течение своего обычного дня. Ограничивает ли Вас состояние Вашего здоровья в настоящее время в выполнении перечисленных ниже физических нагрузок? Если да, то в какой степени?

(обведите одну цифру в каждой строке)

	Да, значительно ограничивает	Да, немного ограничивает	Нет, совсем не ограничивает
А. Тяжелые физические нагрузки, такие как бег, поднятие тяжестей, занятие силовыми видами спорта.	1	2	3
Б. Умеренные физические нагрузки, такие как передвинуть стол, поработать с пылесосом, собирать грибы или ягоды.	1	2	3
В. Поднять или нести сумку с продуктами.	1	2	3
Г. Подняться пешком по лестнице на несколько пролетов.	1	2	3
Д. Подняться пешком по лестнице на один пролет.	1	2	3
Е. Наклониться, встать на колени, присесть на корточки.	1	2	3

Ж. Пройти расстояние более одного километра.	1	2	3
З. Пройти расстояние в несколько кварталов.	1	2	3
И. Пройти расстояние в один квартал.	1	2	3
К. Самостоятельно вымыться, одеться.	1	2	3

4. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше физическое состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего:

(обведите одну цифру в каждой строке)

	Да	Нет
А. Пришлось сократить *количество времени,* затрачиваемое на работу или другие дела.	1	2
Б. *Выполнили меньше,* чем хотели.	1	2
В. Вы были ограничены в выполнении какого-либо *определенного вида* работ или другой деятельности.	1	2
Г. Были *трудности* при выполнении своей работы или других дел (например, они потребовали дополнительных усилий).	1	2

5. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше эмоциональное состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего

(обведите одну цифру в каждой строке)

	Да	Нет
А. Пришлось сократить *количество времени,* затрачиваемого на работу или другие дела.	1	2
Б. *Выполнили меньше,* чем хотели.	1	2
В. Выполняли свою работу или другие. Дела не так *аккуратно,* как обычно	1	2

6.Насколько Ваше физическое и эмоциональное состояние в течение *последних 4 недель* мешало Вам проводить время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе?

(обведите одну цифру)

Совсем не мешало..... 1
Немного.....2
Умеренно 3

Сильно.....4
Очень сильно.....5

7.Насколько сильную физическую боль Вы испытывали за последние 4 недели?

(обведите одну цифру)

Совсем не испытывал(а)..... 1
Очень слабую.....2
Слабую 3
Умеренную.....4
Сильную 5
Очень сильную……6

8.В какой степени боль *в течение последних 4 недель* мешала Вам заниматься Вашей нормальной работой (включая работу вне дома или по дому)?

(обведите одну цифру)

Совсем не мешала.....1
Немного.....2
Умеренно 3
Сильно.....4
Очень сильно.....5

9.Следующие вопросы касаются того, как Вы себя чувствовали и каким было Ваше настроение в течение последних 4 недель. Пожалуйста, на каждый вопрос дайте один ответ, который наиболее соответствует Вашим ощущениям.

(обведите одну цифру)

	Все время	Большую часть времени	Часто	Иногда	Редко	Ни разу
А. Вы чувствовали себя бодрым (ой)?	1	2	3	4	5	6
Б. Вы сильно нервничали?	1	2	3	4	5	6
В. Вы чувствовали себя таким(ой) подавленным (ой) что ничто не могло Вас взбодрить?	1	2	3	4	5	6
Г. Вы чувствовали себя спокойным(ой) и	1	2	3	4	5	6

умиротворенным (ой)?						
Д. Вы чувствовали себя полным (ой) сил и энергии?	1	2	3	4	5	6
Е. Вы чувствовали себя упавшим(ой) духом и печальным(ой)?	1	2	3	4	5	6
Ж. Вы чувствовали себя измученным(ой)?	1	2	3	4	5	6
З. Вы чувствовали себя счастливым(ой)?	1	2	3	4	5	6
И. Вы чувствовали себя уставшим(ей)?	1	2	3	4	5	6

10. Как часто за последние 4 недели Ваше физическое или эмоциональное состояние мешало Вам активно общаться с людьми (навещать друзей, родственников и т. п.)?

(обведите одну цифру)

Все время 1
Большую часть времени.....2
Иногда.....3
Редко……4
Ни разу.....5

11. Насколько ВЕРНЫМ или НЕВЕРНЫМ представляются по отношению к Вам каждое из ниже перечисленных утверждений?

(обведите одну цифру в каждой строке)

	Определенно верно	В основном верно	Не знаю	В основном неверно	Определенно неверно
а. Мне кажется, что я более склонен к болезням, чем другие	1	2	3	4	5
б. Мое здоровье не хуже, чем у большинства моих знакомых	1	2	3	4	5
в. Я ожидаю, что мое здоровье ухудшится	1	2	3	4	5

г. У меня отличное здоровье	1	2	3	4	5

Опросник имеет следующие шкалы:

1. Физическое функционирование (PF).
2. Ролевое (физическое) функционирование (RP).
3. Боль (P).
4. Общее здоровье (GH).
5. Жизнеспособность (VT).
6. Социальное функционирование (SF).
7. Эмоциональное функционирование (RE).
8. Психологическое здоровье (MH).

Все шкалы опросника объединены в 2 суммарных измерения – физический компонент здоровья (1 – 4 шкалы) и психический (5 – 8 шкалы).

Методика вычисления основных показателей по опроснику SF-36.

Показатели	Вопросы	Минимальное и максимальное значения	Возможный диапазон значений
Физическое функционирование (PF).	3а, 3б, 3в, 3г, 3д, 3е, 3ж, 3з, 3и, 3к.	10 – 30	20
Ролевое (физическое) функционирование (RP).	4а, 4б, 4в, 4г.	4 – 8	4

Показатели	Вопросы	Минимальное и максимальное значения	Возможный диапазон значений
Боль (P)	7, 8.	2 – 12	10
Общее здоровье (GH)	1, 11а, 11б, 11в, 11г.	5 – 25	20
Жизнеспособность (VT)	9а, 9д, 9ж, 9и.	4 – 24	20
Социальное функционирование (SF)	6, 10.	2 – 10	8
Эмоциональное функционирование (RE)	5а, 5б, 5в.	3 - 6	3
Психологическое здоровье (MH)	9б, 9в, 9г, 9е, 9з.	5 – 30	25

В пунктах 6, 9а, 9д, 9г, 9з, 10, 11 – производится обратный счет значений.
Формула вычисления значений: [(реальное значение показателя) **–** (минимально возможное значение показателя)] **:** (возможный диапазон значений)**.** 100.

Требования к представлению результатов:

1. указание числа наблюдений для каждого признака;
2. описательная статистика – M +/-SD, Me (LQ; UQ), % (n/N);
3. точность результатов (оценки, P); ДИ (для основных результатов исследования) и P;
4. указание на использованные статистические методы (параметрические и непараметрические) и статистические пакеты.

Рекомендуемые статистические пакеты для обработки результатов – StatSoft Statistica v.6.0, SPSS 9.0.