

Міністерство охорони здоров'я України
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів



ПСИХОЛОПІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ІНВАЛІДІВ З ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК

Методичні рекомендації

Вінниця 2016

Міністерство охорони здоров'я України
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів

ЗАТВЕРДЖУЮ

Директор Медичного
департаменту МОЗ України



Кравченко В.В.

«15» 06 2016 р.

ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ІНВАЛІДІВ
З ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК

Методичні рекомендації

УДК 616.61-036.86:616.8-085.851

Установа-розробник: Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів
Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова

Укладачі:

к.м.н. Кравченко В.В.

д.м.н., професор Шевчук В.І.

к.м.н. Сторожук Л.О.

д.м.н., професор Дудар І.Л.

к.м.н. Селезньова І.Б.

Довгалюк Т.В.

Рецензент: д.м.н., професор Шевчук С.В.

**Головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності
«Нефрологія», д.м.н., професор Колісник М.О.**

В методичних рекомендаціях представлені мета, завдання та методологія психологічної реабілітації хворих та інвалідів з хронічною хворобою нирок, особливо тих, які отримують лікування програмним гемодіалізом. Пропонується методика поетапної психологічної реабілітації з термінальною стадією хронічної хвороби нирок для покращення реабілітаційного прогнозу. Методичні рекомендації адресовані спеціалістам системи медико-соціальної експертизи, ЛКК лікувально-профілактичних закладів, фахівцям в галузі реабілітації, спеціалістам державної служби зайнятості.

ЗМІСТ

	Стор.
Перелік умовних скорочень.....	4
Вступ.....	5
Розділ I. Якість життя хворих з хронічною хворобою нирок 5Д ст., що отримують замісну ниркову терапію	6
Розділ II. Психологічна реабілітації інвалідів з ХХН	14
2.1. Загальні підходи до психологічної реабілітації.....	14
2.2. Програма психологічної реабілітації інвалідів з ХХН.....	16
Література	28

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ:

HRQL – якість життя, пов’язана зі здоров’ям (“health-related quality of life”)

ГД – гемодіаліз

ЗНТ – замісна ниркова терапія

ПД – перитонеальний діаліз

ХХН – хронічної хвороби нирок

ЯЖ – якість життя

ВСТУП

Протягом останніх двох десятиліть констатується пандемія хронічної хвороби нирок (ХХН). Багато років серйозність проблеми ХХН недооцінювалася і залишалась в «тіні» інших соціально значущих захворювань. Сплеск уваги до проблеми ХХН виник на початку ХХІ століття, коли з'явилися дані великих епідеміологічних досліджень (NHANES тощо), які показали високу частоту порушень функції нирок в популяції.

За даними Національного реєстру станом на 31 грудня 2015 року в Україні зареєстровано більш ніж 420 тис. пацієнтів з ХХН. Серед них приблизно 5,5 тисяч отримують лікування методом гемодіалізу. Всі вони згідно постанови Кабінету Міністрів України від 21.01.2015 р. №10 є інвалідами першої групи безстроково. Відповідно, мають отримувати медико-соціальну та психологічну реабілітації.

В даних методичних рекомендаціях ми мали на меті привернути увагу саме до аспектів психологічної реабілітації пацієнтів, які отримують лікування програмним гемодіалізом.

Гемодіаліз є методом очищення крові і детоксикації організму. Здійснюється цей процес за допомогою апарату «штучної нирки». Зазвичай пацієнти отримують процедуру тричі на тиждень по 4 години пожиттєво. Окрім того, всі хворі мають приймати різну супутню терапію з метою корекції анемії, артеріальної гіпертензії, порушень мінерального обміну тощо.

З огляду на вищезазначене, кожний пацієнт знаходиться у важких не тільки фізичних, але й психоемоційних умовах, відчуває страждання, пов'язані, як з його основним захворюванням, так і з необхідністю все життя по декілька разів на тиждень отримувати сеанси гемодіалізу в межах лікувального закладу.

На даний час майже не існує критеріїв оцінки та методів корекції психоемоційних станів пацієнтів з хронічною хворобою нирок, які отримують програмний гемодіаліз, також не існує стандартів психологічної реабілітації таких хворих.

В методичних рекомендаціях пропонується методика поетапної психологічної реабілітації пацієнтів з хронічною хворобою нирок, які отримують програмний гемодіаліз.

РОЗДІЛ І

Якість життя хворих з хронічною хворобою нирок 5Д ст., що отримують замісну ниркову терапію

Уявлення про однозначно несприятливий прогноз для життя, неминучий характер інвалідизації та безумовну необхідність відходу пацієнтів з хронічними хворобами нирок від активної повноцінної соціальної та професійної діяльності пішло нині в минуле [1].

Проте медико-соціальна реабілітація цього контингенту інвалідів має свої особливості і певні труднощі.

Формування ХНН призводить до необхідності здійснення методів, які належать до дороговартісної високотехнологічної медичної допомоги: позаниркового очищення крові (перитонеального діалізу або хронічного програмного гемодіалізу) та трансплантації донорської нирки [2].

В США та Японії кількість пацієнтів, що отримують замісну ниркову терапію, складає більш ніж 1400 на 1 млн. населення. До кінця минулого століття близько 1 мільйона чоловік у всьому світі отримували лікування тим чи іншим видом діалізу, а число хворих, що потребували початку цієї терапії, складало приблизно чверть мільйона за рік. В багатьох країнах дані про хворих, що отримують замісну ниркову терапію, вводять у відповідні національні реєстри, еталоном яких може служити американський United States Renal Data System (USRDS) [49].

Термінальна стадія хронічної хвороби нирок є значною соціально-економічною проблемою в усьому світі. Особливої актуальності набуває це питання з огляду на стабільне (до 7% щорічно) збільшення кількості хворих з ХНН, що лікуються методами замісної ниркової терапії (ЗНТ). Темпи збільшення кількості пацієнтів з термінальною ХНН перевищують у п'ять разів темпи світового приросту населення. Цей процес не залежить від прогнозів та економічного стану держав. Очікується, що кожні 7-10 років кількість хворих, що лікуються ЗНТ, буде подвоюватись. На кінець 2004 року цей контингент становив вже близько 1 783 000 пацієнтів: 1 371 000 (77%) лікувалися діалізними методами та 412 000 (23%) жили з функціонуючим трансплантатом.

Половина усіх діалітичних хворих та 74% пацієнтів з трансплантованою ниркою проживають у Північній Америці та Європі, водночас для приблизно 495 мільйонів (8% населення Землі) методи ЗНТ недоступні. Кількість діалітичних пацієнтів на 1 млн. населення коливається від 40 (Китай) до 1940 (Японія) та здебільшого становить 125-700 на 1 млн. населення. Серед діалітичних методів лікування в більшості країн гемодіаліз (ГД) превалює над перитонеальним діалізом (ПД). Частка гемодіалітичних пацієнтів перевищує 66% від загальної кількості пацієнтів, що лікуються ЗНТ [1].

В Україні поряд з надзвичайною гостротою питання забезпечення хворих ЗНТ відмічається невпинний ріст популяції цих пацієнтів. Станом на 31.12.2005 р. діалітичними методами лікувались 2327 пацієнтів, забезпеченість цим видом допомоги становила 49,4 на 1 млн., що вище показника 2004 р. на 9%. Питома вага ГД в загальній структурі діалітичної терапії становила 93,4%, а в загальній структурі ЗНТ – 80,2% [5].

На сучасному етапі розвитку медицини та суспільства, коли завдяки впровадженню нових, більш сучасних діалітичних технологій та методів супутнього медикаментозного лікування спостерігається значне збільшення тривалості життя діалітичних хворих, все більшу актуальність набуває проблема якості життя цих пацієнтів [6].

В ході замісної терапії ХНН важливо не тільки подовжити життя, але і забезпечити його високу якість. Встановлено, що серед параметрів, які можуть впливати на якість життя хворих з ХНН, можна виділити 3 загальних: ремоделювання серця, астеничний і тривожний [7].

Якість життя – категорія, яка включає в себе різні сторони життя людини: загальне задоволення життям, в тому числі здоров'ям, задоволення житлом, роботою, зайнятість, персональну безпеку та безпеку сім'ї, освіту та проведення дозвілля. За визначенням ВОЗ якість життя – це сприймання індивідами їх положення в житті в контексті культури та системи цінностей, в яких вони живуть в залежності від їх власної мети, їх цілей, очікувань, стандартів та турбот [19].

Якість життя, що пов'язана з тими сторонами життя, на які більш за все впливає стан здоров'я або хвороба, формує категорію “якість життя, пов'язану

зі здоров'ям” – “health-related quality of life” (HRQL) [7]. HRQL – специфічна категорія для оцінки результату хвороби та її лікування, і визначена як частина фізичного, емоційного та соціального стану, що є результатом впливу здоров'я або його лікування [8].

Особливостями поняття HRQL є суб'єктивізм та багатофакторність [9]. Суб'єктивізм полягає в оцінці самим пацієнтом дії хвороби та ефекту лікування. Пацієнти з однаковим об'єктивним станом здоров'я по різному оцінюють HRQL через різницю в їх очікуваннях та власних можливостях. Загалом HRQL включає велику кількість факторів, основними з яких є: фізичне благополуччя (наявність фізичних симптомів – біль, диспное, нудота), функціональне благополуччя (здатність приймати участь у щоденних активних діях, як то робота та активне дозвілля), емоційне благополуччя (сукупність позитивних (щастя, мир) і негативних (смуток, хвилювання) емоційних станів), сімейне благополуччя (здатність підтримувати зв'язок із сім'єю та бути комунікабельним), задоволення лікуванням (в тому числі і фінансові витрати), інтимна-сексуальна складова [10]. Індивідуальний сумарний показник HRQL також включає когнітивне функціонування, соціальну стигму, духовність [11, 12].

Якість життя (ЯЖ) хворого є мірою успішного проведення лікувально-реабілітаційних заходів. Це правочинна особлива категорія, в основі якої є суб'єктивна оцінка хворим свого стану, ефективності лікування та реабілітації, що найбільш відповідає вимогам сучасної медицини. Диференційована оцінка якості життя є основним критерієм індивідуалізації лікування та психосоціальної реабілітації. Корекція повинна бути проведена перш за все у тій сфері життєдіяльності, яка страждає найбільше [18].

Більшість авторів виділяють суб'єктивні та об'єктивні критерії ЯЖ. До об'єктивних критеріїв належать фізична активність та трудова реабілітація. Суб'єктивні критерії відображають емоційний статус, задоволеність життям та самопочуття пацієнтів [20, 21]. Слід зазначити, що розподіл на суб'єктивні та об'єктивні критерії є складним та остаточно не визначеним питанням. Оцінка якості життя проводиться лікуючим лікарем (іншою людиною) – об'єктивний метод, або методом самооцінки – суб'єктивний метод. Мотивом до розробки

суб'єктивних підходів були результати досліджень, що показали недостатнє розуміння лікарем адаптивних або реабілітаційних потреб пацієнта, внаслідок чого погляди лікаря можуть не співпадати з установками хворого. Найдоцільнішою є комплексна оцінка якості життя хворим та лікарем, яка дозволяє скласти більш повну та об'єктивну характеристику здоров'я пацієнта [22].

Для медицини особливо важливим є визначення медичних детермінант ЯЖ. Слід зазначити, що медичні детермінанти включають фактори, пов'язані з самим захворюванням (ендотоксемія, анемія, атеросклероз, гіперпаратиреоз, тощо), лікуванням (адекватність, біосумісність, ускладнення лікування, тощо), стани, що пов'язані з обома групами – самим захворюванням та лікуванням (анемія, атеросклероз, електролітні розлади, розлади нутритивного статусу, коморбідні стани, тощо). Суттєвими також є психологічна та етична складові медичних детермінант.

Типові психологічні реакції гемодіалітичних пацієнтів у часовому відношенні були умовно розділені на три етапи: “медовий місяць”, розчарування та довготривала адаптація [23, 24]. Особлива увага лікаря та оточуючих необхідна пацієнту саме у період розчарування та розгубленості, а також у період довготривалої адаптації. Саме психологічне благополуччя, усвідомлення своєї хвороби та можливості жити з нею, згода з режимом лікування відповідають категорії погодження (compliance) [27]. Проблема несприйняття (непогодження, негативність, заперечення) лікування, тобто не дотримання лікувального режиму (в англійській літературі non-compliance) є надзвичайно актуальною для діалітичної популяції, так як розповсюдженість непогодження з лікуванням, режимом, дієтою, виконанням рекомендацій та проведення супутньої терапії констатовано у 30-50% діалітичних хворих. На сьогодні доведено, що виживання хворих, що не сприймають лікування діалізом, істотно нижче в порівнянні з хворими, що його сприймають.

Велике значення в довготривалій адаптації мають відношення хворої людини з сім'єю, медичним персоналом, соціальною групою та суспільством в цілому. Визначено, що у більшості дітей, що проживають в родині, де один з її членів отримує лікування діалізом, проявляються тривожність, депресія та

поведінкові проблеми різного ступеня прояву. Подружжя хворих також мають високий рівень тривожності та депресії [29]. Це говорить про значний взаємовплив психологічного стану пацієнта та його родини.

Стать діалізного пацієнта може визначати важливі відмінності в установках та психологічному стресі всередині родини. Психологічний стрес може бути пов'язаний з культурним рівнем та ролевими очікуваннями суспільства. Зі збільшенням обтяжливості лікування відмічена більш тісна кореляція між напругою подружніх стосунків та психологічним стресом. Подружні пари, один з членів яких отримував лікування діалізом, оцінювали себе як менш щасливі. Сімейна обстановка виявлялася більш складною, якщо в якості діалізного пацієнта виступала жінка [8].

Робота медичного персоналу протягом всього лікування також впливає на якість життя хворих. Довгостроковий контакт персоналу діалізних відділень з одними і тими ж хворими є важливим джерелом стресу для медичних працівників та часто призводить до зміни місця роботи [28]. Так званий ефект вигорання є небажаним результатом емоційного стресу. Зростання психологічного типу захисту у медичного персоналу по типу “механізмів заперечення” може вплинути на якість піклування про пацієнта [29]. У великій частині діалізних хворих загальне задоволення доглядом корелює з якістю життя. Найбільша кореляція виявлена між задоволенням доглядом та тими показниками якості життя, які відображають здоров'я та функціонування, в той час, як взаємозв'язок з психологічним благополуччям виявився слабкішим. При цьому хворі з більш високим рівнем освіти виявилися менш задоволені доглядом, так само, як і ті, що довгий час лікувалися гемодіалізом. Це, певно, пояснюється значимим зв'язком між задоволеністю доглядом та очікуваннями хворого [28, 30].

Депресія та стрес, що викликані гемодіалізом, також впливають на виживання хворих. Як функціональний стан, так і якість життя у діалізних хворих були незалежними факторами ризику, які корелювали з ранньою смертністю. Показники активності, участі в буденному житті, здоров'я та оцінки перспектив значно нижче у хворих, що довго отримували лікування. При цьому факторами, що найбільше впливають на рівень депресії, виявилися

супутні стани та ускладнення основного захворювання [46].

Психосоціальні фактори (обтяжливність, зайнятість) мають велике значення для сприйняття лікування хворим та відтворюють зв'язок між психологічною адаптацією та контролем за соматичним станом хворого [33]. Обтяжливність прямо корелює з тривалістю лікування, розвитком ускладнень та коморбідних станів. Вона не залежить від методу діалізного лікування та найбільше впливає на фізичний стан, працездатність, соціальні та сімейні проблеми, втрату особистого контролю за перебігом життя та діяльності [34, 44].

Зайнятість тісно зворотно корелює з рівнем депресії у пацієнтів [35]. Діалізні пацієнти в порівнянні зі здоровими відчували більш істотну соціальну підтримку. Дослідження продемонстрували, що активна праця є незалежним фактором високої якості життя діалізних пацієнтів [36]. При цьому для професійної реабілітації велике значення має оцінка особистості пацієнта [37].

На якість життя, звичайно, впливає вік пацієнта. Для хворих похилого віку вплив медичних факторів на ЯЖ є не таким відчутним, як для молодих пацієнтів [39]. Ще в 1984 г. Westlie та співавт. [40] показали, що хворі віком понад 70 років, які лікувалися діалізними методами, відчували більшу задоволеність життям в порівнянні з хворими інших вікових груп, 2/3 із них були фізично активними [41]. У інших дослідженнях пацієнти віком понад 60 років констатували значне обмеження фізичних функцій, якість життя у них була істотно знижена в порівнянні зі здоровими індивідуумами того ж віку [41, 42]. Вплив медичних факторів на якість життя у хворих зрілого віку був менш істотним в порівнянні з хворими молодого віку .

Вивчення зв'язку якості життя зі статтю також показало неоднозначні результати. В деяких роботах показано, що у жінок віком до 44 років спостерігаються найнижчі показники психологічного здоров'я, психосоматичної симптоматики, порушення сну, депресія [36]. Констатовано, що психосоматичні симптоми рідше зустрічалися серед пацієнтів на перитонеальному діалізі, в порівнянні з хворими, що лікувалися гемодіалізом (Навпаки Wolcott та співавт. [34] показали, що чоловіки віком понад 51 рік, в порівнянні з жінками, мають гіршу психологічну адаптацію до лікування

гемодіалізом [44]. Причини різнонаправлених даних, можливо, треба шукати в різних культурних та релігійних факторах, відмінностях в системах охорони здоров'я.

Нозологічна форма захворювання істотно впливає на ЯЖ хворих, що лікуються діалізними методами, особливо це стосується хворих на ЦД. Слід зазначити, що ЦД сам по собі погіршує якість життя хворих, що пов'язано з ускладненнями захворювання: проблеми з зором, полінейропатія, діабетична стопа, енцефалопатія. Хворі на ЦД, що лікуються діалізом, більше, ніж інші залежать від свого оточення, особливо це стає істотним з тривалістю лікування, коли знижується їх функціональна активність та поглиблюються сімейні психологічні проблеми [51]. При порівнянні якості життя хворих на цукровий діабет різних типів констатовано, що вона була вищою у хворих з другим типом, хоча ці хворі були старші за віком і мали більшу тривалість захворювання. Смертність серед хворих з цукровим діабетом при лікуванні гемодіалізом вище, ніж серед осіб з іншими нозологіями ураження нирок [52, 53].

Якість життя являється важливою складовою концепції адекватності діалізного лікування, котра передбачає оцінку ЯЖ поряд з оцінкою лабораторних показників (діалізного індексу, ступеню анемії, біохімічних показників харчування, тощо) та клінічного стану пацієнта (контролю артеріального тиску, ознак гіпергідратації, діалізних синдромів та інш.) [45]. Адекватний діаліз зменшує частоту госпіталізацій, частоту розвитку коморбідних станів [46]. Дослідження DOPPS виявили, що більш низькі показники основних компонентів якості життя (фізичного сумарного, психічного сумарного та сумарного компоненту ниркової хвороби) достовірно пов'язане з більш високим ступенем ризику смерті, незалежно від демографічних та коморбідних факторів. Зниження фізичного сумарного компоненту на 10 пунктів пов'язане з більш високим ризиком смерті, як при зниженні альбуміну сироватки на 1 g/dL [47].

Нутритивний статус хворих тісно пов'язаний з якістю життя хворих, що лікуються гемодіалізом, визначений зв'язок між рівнем альбуміну плазми крові та даними сумарної фізичної шкали. Нормальні показники нутритивного

статусу сприяють покращенню якості життя хворих.

В більшості робіт ЯЖ залежала від метода та моделі діалісної терапії. Найвища вона була у хворих на домашньому гемодіалізі. Періоди турбот та депресії частіше спостерігалися у хворих на перитонеальному діалізі та гемодіалізі в лікарнях. Дослідження Wolcott и Nissenson показали, що низька самооцінка визначена у 19% пацієнтів на ПД та у 31% хворих на ГД. Рівень тривоги у хворих на ГД був статистично вищим в порівнянні з хворими на ПД. Висока якість життя корелювала з високою самооцінкою, низьким рівнем стресу та лабільністю настрою [34, 44]. За даними Devins и спів. задоволеність життям у хворих, що лікувалися ПД була істотно вища, ніж у хворих на ГД, однак нижче, ніж у хворих після трансплантації нирки [35]. В аналогічному дослідженні Morris та спів. встановлено, що у 25% хворих після трансплантації нирки, у 21% пацієнтів на домашньому ГД, у 33% хворих на ГД у лікарні та 33% хворих на ПД має місце психологічний стрес [38, 54]. Поряд з цим, за даними Tucker та спів., будь-яких розбіжностей в об'єктивній та суб'єктивній складових якості життя серед пацієнтів, що лікуються гемодіалізом та перитонеальним діалізом, не виявлено [36]. Загалом необхідно зазначити, що літературні дані відносно цього питання неоднозначні.

Дослідження різних моделей лікування гемодіалізом виявили покращення ЯЖ при переводі хворих з діалізу тричі на тиждень на щоденний або нічний діаліз. При цьому відмічено кращий контроль балансу рідини, зменшення частоти випадків гіпотензії, задишки та запаморочення, зменшення обмеження рідини та міждіалісної прибавки ваги. Пацієнти на щоденному гемодіалізі зберігали функціональну активність протягом всього періоду досліджень, в той час, як у групі контролю відмічена суттєва її втрата [57]. Крім того переведення хворих на частий діаліз супроводжувалося достовірним зменшенням проявів обструктивного апное, збільшенням насичення сироватки киснем та концентрації бікарбонату [58], підвищенням якості сну [59, 65].

РОЗДІЛ II

Психологічна реабілітації інвалідів з ХХН

2.1. Загальні підходи до психологічної реабілітації

У Законі «Про реабілітацію інвалідів в Україні» приведено таке тлумачення терміну «психологічна реабілітація»: психологічна реабілітація є система заходів, спрямованих на відновлення, корекцію психологічних функцій, якостей, властивостей особи, створення сприятливих умов для розвитку та утвердження особистості.

При проведенні психологічної реабілітації інвалідів з ХХН враховується великий комплекс психологічних та біологічних факторів:

- етіологія, патогенез та перебіг хвороби (розлади соціо-біопсихологічного гомеостазу особи внаслідок патологічного процесу з типовою сукупністю специфічної типології та синдромів, типовими їх змінами, які ведуть до обмеження життєдіяльності індивідуума);
- взаємодія психічних і соматичних процесів при виникненні і розвитку хвороби;
- вплив захворювання нирок на психіку людини та формування у неї уявлення про свою хворобу і розвиток психовегетативних розладів;
- стан динаміки усвідомлення індивідуумом своєї хвороби та інвалідності;
- бажання до одужання або зменшення тяжкості інвалідності;
- формування адекватних особистих установок хворого, які пов'язані з його лікуванням та інвалідністю;
- використання для реабілітації компенсаторних і захисних механізмів особистості;
- психологічна взаємодія лікувальних методів та заходів для максимального позитивного впливу на фізичний і психічний стан хворого;
- психологічні аспекти організації лікувального середовища;
- стосунки хворого з родичами, персоналом, іншими хворими та іншими факторами.

Психологічна реабілітація тісно пов'язана з соціальною реабілітацією, що включає в себе систему заходів, спрямованих на створення і забезпечення умов для повернення особи до активної участі у житті, формування самоствердження і належної самооцінки особою своїх можливостей, відновлення її соціального статусу та здатності до самостійної суспільної і родинно-побутової діяльності шляхом соціально-середовищної орієнтації та соціально-побутової адаптації та ін.

На основі оцінки впливу трьох факторів (природи самого соматичного захворювання, типу особистості, в якому найбільш важливу складову частину визначає тип акцентуації характеру, і ставлення до даного захворювання в референтній для хворого групі) А. Є. Личко і Н. Я. Іванов розробили типологію психологічного реагування на хворобу. Типи об'єднані по блоках.

Перший блок типології включає типи ставлення до хвороби, при яких соціальна адаптація суттєво не порушується. Це гармонічний, ергопатичний та анозогнозичний типи.

У другий і третій блоки входять типи реагування на хворобу, які через захворювання характеризуються наявністю психічної дезадаптації.

Другий блок типології реагування на хворобу включає типи реагування переважно з інтрапсихічною спрямованістю: тривожний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолічний і апатичний. Особливістю даної групи є те, що емоційно-афективна сфера відношень у хворих з цими типами реагування клінічно проявляється в дезадаптивній поведінці: реакції за типом дратівливої слабості, тривожності, пригніченого стану, «поринання» в хворобу, відмови від боротьби – «капітуляція» перед хворобою і т. д.

Третій блок включає типи реагування з інтерпсихічною спрямованістю. В цей блок входять типи з таким сенсibiliзованим ставленням до хвороби, яке в найбільшому ступені залежить від преморбідних особливостей особистості: сенситивний, егоцентричний, паранояльний і дисфоричний. Хворі з цими типами ставлення до хвороби при різних емоційно-афективних реакціях характеризуються дезадаптивною поведінкою, яка призводить до порушення їх соціального функціонування.

Слід відзначити, що ставлення до хвороби охоплює всі характеристики, які притаманні психологічним ставленням, і включає в себе когнітивний, емоційний і поведінковий компоненти. Когнітивний компонент містить знання про хворобу, її усвідомлення, розуміння її ролі і впливу на життєве функціонування хворого, передбачуваний прогноз. Емоційний компонент – це відчуття і переживання хвороби і всієї ситуації, що з нею пов'язана. Поведінковий компонент – це пов'язані з хворобою реакції, які сприяють адаптації або дезадаптації до неї і вироблення певної стратегії поведінки в життєвих ситуаціях у зв'язку з хворобою (прийняття або неприйняття ролі хворого, активна боротьба з хворобою, ігнорування, песимістична установка і т.д.).

2.2. Програма психологічної реабілітації інвалідів з ХХН

Ми пропонуємо поетапну програму психоемоційної реабілітації пацієнтів з хронічною хворобою нирок, які отримують програмний гемодіаліз. Кожний етап має включати в себе оцінку якості життя пацієнта, його сприйняття процедури гемодіалізу, наявність/відсутність супутніх патологій та скорегованість станів, пов'язаних з термінальною нирковою недостатністю. Також, кожний етап має враховувати термін лікування програмним гемодіалізом, наявність залишкової функції нирок та рівень нервово-психічних порушень у хворого. Кожний етап розробляється індивідуально для кожного окремо взятого пацієнта.

Перший етап, звичайно, стосується пацієнтів, які тільки розпочали проходження процедури програмного гемодіалізу чи отримують його перший рік. Такі хворі вимагають особливого підходу щодо психоемоційної реабілітації. Це зумовлено, в першу чергу, важкістю адаптації пацієнта до гемодіалізу, зміни режиму життя, переходу до певної дієти та водного навантаження.

На цьому етапі дуже важливо провести роз'яснювальні та ознайомлювальні бесіди з пацієнтом. На даний час ця роль відводиться лікуючому лікарю. Проте, не кожний лікар-нефролог може приділити достатньо уваги і часу пацієнту, який тільки починає програмний гемодіаліз. Зазвичай, лікуючий лікар призначає необхідне лікування, дієту, налаштовує

дозу діалізу. На нашу думку, слід одночасно з цим направляти таких хворих до психолога, який зможе налаштувати людину на спокійне адекватне сприйняття нового способу життя, дасть поради, як адаптуватись і «зжитись» з думкою, що тепер тричі на тиждень необхідно з'являтися у відділенні для проходження процедури гемодіалізу і ця ситуація буде тривати по життєво, довічно.

З метою ознайомлення та поступового налаштування пацієнта до нового способу життя і процедури гемодіалізу, на наш погляд, найкраще взяти за основу методик, що має назву «Спосіб психологічної реабілітації хворих з хронічною хворобою нирок, які перебувають на лікуванні гемодіалізом» і базується на підвищенні ефективності психологічної реабілітації хворих з ХХН, які перебувають на лікуванні ГД, за рахунок збільшення обсягу та якості знань хворих про захворювання та його лікування, більш тісного контакту *лікар-хворий*, групової підтримки хворих з аналогічним захворюванням, формування більш конструктивних способів подолання труднощів при груповому навчанні.

Зазначений результат досягається тим, що у відомому способі психологічної реабілітації хворих з ХХН, які знаходяться на лікуванні гемодіалізом, що включає медикаментозне і психологічний впливу за індивідуальною лікувально-реабілітаційної програми, згідно винаходу додатково хворих навчають груповим способом за реабілітаційної освітньою програмою, що включає цикл занять, на яких групі хворих відповідні фахівці розповідають про історію розвитку ГД, про методи замісної терапії, про вступному періоді в ГД, про шляхи профілактики ускладнень ГД терапії, про особливості дієтотерапії у хворих на ГД, про психічне здоров'я хворих на ГД, про методи психічної саморегуляції та навчанні основам аутогенного тренування, проводять груповий психологічний тренінг з використанням методик поведінкової психотерапії, формують установку на дотримання лікувального режиму з використанням методики зміни мотивації, протягом кожного заняття фахівці відповідають на питання, проводять групову дискусію з участю хворих і фахівців, формують конструктивні способи подолання труднощів, програючи різні ситуації, з якими стикається хворий при лікуванні ГД і в повсякденному житті в цілому, проводячи спільне групове обговорення, за результатами кожного заняття вносять корективи в індивідуальні

реабілітаційні програми хворих; до початку та по закінченні навчання оцінюють наступні показники: рівень знань хворого за опитувальником рівня знань про ХХН і її лікуванні, що включає не менше 35 питань, що охоплюють всі теми занять; рівень якості життя за опитувальником MOS SF-36, рівень невротизації хворого за шкалою для психологічної експрес-діагностики рівня невротизації, що психологічна реабілітація тим ефективніше, чим вище рівень знань про захворювання та його лікування, чим вище рівень якості життя, нижчий рівень невротизації і конструктивніше використовувані способи подолання труднощів.

З метою створення нового способу психологічної реабілітації хворих з ХХН, які перебувають на лікуванні ГД, авторами була розроблена реабілітаційна освітня програма, яка отримала назву «Школа пацієнта», що включає цикл з 15 занять. Тривалість заняття складала 40-50 хвилин, частота зустрічей - 1 раз в тиждень. Реабілітаційна освітня програма базується на мультидисциплінарному підході з участю лікарів-нефрологів, кардіолога, невролога, лікаря лікувальної фізкультури, психолога, психотерапевта.

Групу хворих з ХХН, які перебувають на лікуванні ГД, навчають за реабілітаційною освітньою програмою, що включає 15 занять наступного змісту:

1 заняття: Історія розвитку ГД. Поняття діалізу. Експериментальний період у діалізі. Початок діалізу у людини. «Еволюція» діалізаторів. Історія судинного доступу. Діалізна апаратура. Перитонеальний діаліз. Заняття проводиться у музеї ГД.

2 заняття. Методи замісної терапії: ГД, перитонеальний діаліз, трансплантація нирки. Цілі і завдання замісного лікування та показання для його застосування. ГД. Біофізичні принципи ГД. Різновиди ГД. Економічні аспекти ГД і його поширеність. Перитонеальний діаліз (ПД). Біофізичні принципи ПД. Різновиди ПД. Економічні аспекти ПД і його поширеність. Трансплантація нирки. Загальні хірургічні принципи трансплантації нирки (техніка операції, паркан донорських нирок). Імунологічний аспект трансплантації (підбір донорів, необхідність імуносупресії).

3 заняття. Вступний період в ГД.

1) Введення хворого в програмний ГД: а) підбір діалізатора (мембрани), б) антикоагуляція (підбір інфузійної гепаринізації), в) час ГД.

2) Ультрафільтрація і «суха вага».

3) Можливі ускладнення в початковому періоді і їх попередження.

4) Дієта та водний режим у вступному періоді ГД.

4 заняття. Шляхи профілактики серцево-судинних ускладнень ГД терапії. Поняття про атеросклероз, сутність захворювання. Поняття про ліпідний обмін, ліпідні «бляшки». Поняття про фактори ризику серцево-судинних захворювань в загальній популяції і хворих на ГД. Особливості функціонування серцево-судинної системи у хворих на ГД. Частота ускладнень серцево-судинних захворювань на ГД. Поняття моніторингу стану здоров'я (клініко-лабораторні показники). Вплив на фактори ризику (ліпідний обмін, артеріальна гіпертензія, гіпергомоцистеїнемія). Дієта. Лікарські засоби.

5 заняття. Патологія шлунка при ХХН. Уремічні гастрити, виразкова хвороба: етіологія, клініка, лікування, профілактика.

6 заняття. Патологія печінки і жовчовивідних шляхів у хворих на ГД. Вірусні гепатити (В та С). Токсичні гепатити.

7 заняття. Вторинний гіперпаратиреоз. Остеопороз. Відкладення солей кальцію в м'яких тканинах. Заміщення кісткової тканини солями алюмінію. Поняття остеомалачії.

8 заняття: Неврологічна патологія. Периферична полінейропатія. Зниження швидкості проведення імпульсу збудження по нервах. М'язова слабкість і больовий синдром. Парестезії.

9 заняття. Особливості дієтотерапії у хворих на гемодіалізі. Основні правила харчування хворих в діалітному періоді ХХН. Шляхи підвищення м'язової маси. Соевий ізолят SUPRO 760. Контроль за режимом харчування хворих з ХХН.

10 заняття. Фізична реабілітація хворих, що знаходяться на лікуванні гемодіалізом. Значення фізичної активності для організму здорової та хворої. Особливості реабілітаційних заходів у хворих з ХХН в додіалізний період і на діалізі. Значення лікувальної гімнастики у збереженні м'язової маси. Зразковий комплекс фізичних вправ для хворих під час сеансу ГД і в міждіалізний період.

11 заняття. Психічна адаптація та якість життя хворих, які отримують лікування ГД. Поняття психічної адаптації до лікування ГД. Психотравмуючі фактори, що діють на різних етапах ГД терапії. Планове і екстрене початок ГД. Тип ставлення до хвороби та особливості особистості як чинники, що впливають на успішність психічної адаптації до ГД. Якість життя хворих як один з критеріїв ефективності ГД терапії.

12 заняття. Психічне здоров'я хворих на ГД. Соціальна адаптація хворих до лікування ГД. Сімейна адаптація (необхідність перебудови відносин в сім'ї, формування спрямованості на співробітництво з медперсоналом). Соматогенні психічні порушення (астенія, депресія, неврозоподібні стани та ін.), їх поєднання з психоорганічними і психогенними розладами. Лікування психічних розладів. Участь психіатра/психотерапевта у веденні хворих з хронічним больовим синдромом і синдромом свербіжу.

13 заняття. Методи психічної саморегуляції. Навчання основам аутогенного тренування. Показання та протипоказання для занять аутогенним тренуванням. Техніка аутогенних тренувань. Метод довільного відтворення нав'язливих думок. Імаготерапія.

14 і 15 заняття. Груповий психологічний тренінг з використанням методів поведінкової психотерапії. Складання поведінкового контракту. Позитивне і негативне підкріплення, соціальне підкріплення. Система жетонів. Самомоніторування. Контроль за результатами виконання контракту. Обмін досвідом. Конструктивні і неконструктивні способи подолання труднощів. Вироблення навичок конструктивної поведінки.

У процесі навчання застосовуються методи поведінкової психотерапії. Так, для боротьби з надмірним вживанням рідини кілька пацієнтів уклали контракт наступного змісту: «протягом наступного місяця моє міждіалізне збільшення ваги буде становити не більше 2,5 кг». Контракт був записаний письмово. Пацієнти фіксували щоденне споживання рідини. На наступному груповому занятті відбувалося обговорення виконання контракту і в разі успіху психотерапевт і інші хворі - члени групи хвалили пацієнта, давалися призи (позитивне підкріплення), у разі неуспіху його не хвалили і на перший раз ніяк не реагували. З метою формування конструктивних способів подолання

труднощів програвалися різні ситуації, з якими стикається хворий при лікуванні гемодіалізом і в повсякденному житті в цілому. Йшло спільне групове обговорення, обмін досвідом. Знову вироблені навички підкріплювалися похвалою, емоційною підтримкою.

Для простежування динаміки рівня знань (інформованості) пацієнтів до і після навчання був розроблений опитувальник рівня знань. Опитувальник складається з 30 питань наступного змісту.

1. Які види судинного доступу Ви знаєте?

- а) катетер,
- б) фістула,
- в) шунт,
- г) перитонеальний катетер.

2. Які види діалізаторів Ви знаєте?

- а) катушкові,
- б) пластинчасті,
- в) капілярні,
- г) бікарбонатні.

3. Які антикоагулянти Ви знаєте?

- а) гірудин,
- б) гепарин,
- в) фенілін,
- г) протромбін.

4. Препарати еритропоетину збільшують показники:

- а) еритроцитів,
- б) гемоглобіну,
- в) якості життя,
- г) паратгормону.

5. На ефективність гемодіалізу не впливає:

- а) площа поверхні мембрани діалізатору,
- б) швидкість течії крові через діалізатор,
- в) відсоток вмісту кальцію в діалізуючому розчині,
- г) тривалість сеансу.

6. Після успішної трансплантації нирки, як правило, зберігається необхідність:

- а) в прийомі препаратів, що знижують артеріальний тиск,
- б) в обмеженні споживання калію,
- в) в обмеженні споживання води,
- г) в застосуванні еритропоетину.

7. Перевагами перитонеального діалізу є:

- а) менш суворі обмеження маси тіла,
- б) відсутність підвищення рівня цукру в крові,
- в) менша частота інфекційних ускладнень,
- г) краща корекція анемії (зниження рівня гемоглобіну).

8. Скільки часу триває вакцинація проти гепатиту В?

- а) 2 місяці,
- б) 4 місяці,
- в) 6 місяців.

9. Скільки разів вводиться вакцина проти гепатиту В?

- а) один раз,
- б) два рази,
- в) три рази,
- г) чотири рази.

10. При яких рівнях концентрацій кальцію та фосфору в плазмі з'являється небезпека «мінералізації» м'яких тканин?

- а) 2 ммоль/л,
- б) 3 ммоль/л,
- в) 4 ммоль/л,
- г) 5 ммоль/л,
- д) більше 5 ммоль/л.

11. Який фактор є провідним при розвитку остеомаліяції у хворих на гемодіалізі?

- а) гіперфосфатемія,
- б) гіперпаратиреоз,
- в) відкладення алюмінію в кістках.

12. Високий артеріальний тиск не є безпосередньою причиною розвитку:

- а) внутрішньочерепних крововиливів,
- б) синдрому зап'ястного каналу,
- в) енцефалопатії (ураження головного мозку),
- г) судом.

13. Синдром «неспокійних ніг», як правило, не обумовлений:

- а) недостатньо тривалим діалізом,
- б) дефіцитом вітамінів групи В,
- в) безконтрольним прийомом деяких снодійних препаратів,
- г) надто тривалим діалізом.

14. Яку кількість рідини в добу допустимо вживати при лікуванні гемодіалізом?

- а) 1000-1200 мл,
- б) 1500-1700 мл,
- в) добовий діурез + 500-700 мл,
- г) добовий діурез + 1000-1200 мл,
- д) 200-300 мл

15. Для підвищення рівня заліза крові краще використовувати в їжу:

- а) гранати, гранатовий сік,
- б) буряк, червоні яблука,
- в) печінка,
- г) ікру риби,
- д) яловичину, курку, індичку.

16. При підвищеному рівні холестерину крові вживання яких продуктів не треба обмежувати?

- а) вершкове масло,
- б) жовтки яєць,
- в) білки яєць,
- г) ікру риби,
- д) шпиг,
- е) ковбасу.

17. Які фрукти і ягоди містять менше калію?

- а) банани,
- б) виноград,
- в) курага,
- г) садова суниця,
- д) чорна смородина,
- е) яблука,
- ж) диня.

18. Які параметри контролюються при визначенні чистоти води?

- а) мікробіологічна контамінація,
- б) бактеріальні ендотоксини,
- в) кількість механічних домішок,
- г) концентрація неорганічних мікрокомпонентів.

19. Які солі входять до складу концентрату А?

- а) NaCl - хлорид натрію (куховарська сіль),
- б) KCl - хлорид калію,
- в) CaCl_2 , MgCl_2 - хлориди кальцію і магнію,
- г) NaNO_3 - нітрат натрію.

19. Які електролітні параметри контролюються на апараті «Штучна нирка»?

- а) електропровідність діалізуючого розчину,
- б) концентрація натрію в діалізуючому розчині,
- в) концентрація хлору в діалізуючому розчині,
- г) концентрація кальцію в діалізуючому розчині,
- д) рН.

20. Що використовується для дезінфекції і декальцифікації обладнання?

- а) розчин оцтової кислоти з перекисом водню,
- б) розчин лимонної кислоти,
- в) розчин йоду,
- г) розчин хлорного вапна.

21. Протипоказаннями для занять лікувальною гімнастикою є:

- а) високий артеріальний тиск,
- б) болі в серці,

- в) низький артеріальний тиск.

22. Конструктивними способами справитись з важкими ситуаціями є:

- а) пошук винних,
- б) звернення за допомогою,
- в) заперечення наявності проблеми,
- г) контакт з оточуючими,
- д) планування вирішення проблеми,
- е) смиренність, покірність,
- ж) придушення емоцій.

23. Абсолютним показанням для звернення за допомогою до психотерапевта є:

- а) шкірний свербіж,
- б) думки про небажання жити,
- в) сварка в родині,
- г) бажання поділитися враженнями про прочитану книгу,
- д) поганий настрій.

24. Погіршення пам'яті та уваги:

- а) неминуче з'являється з віком,
- б) не піддається лікуванню,
- в) може бути наслідком інтоксикації,
- г) успішно відсувається на багато років при виконанні необхідних лікувально-профілактичних заходів.

25. Які критерії ефективності ГД терапії Ви знаєте?

- а) показник КТ/V,
- б) якість життя,
- в) рівень креатиніну сироватки крові,
- г) рівень альбуміну сироватки крові,
- д) відсутність анемії (зниження рівня гемоглобіну),
- е) відсутність підвищення артеріального тиску,
- ж) схуднення,
- з) високий рівень заліза в крові.

26. Яка верхня межа нормального АТ?

- а) 125/80,
- б) 139/89,
- в) 145/95,
- г) 160/90.

27. Які болі в грудях типові для стенокардії?

- а) ниючий,
- б) колючий,
- в) ріжучий,
- г) розлитий,
- в) з іррадіацією в ліву руку, лопатку.

28. Для чого проводять ЕКГ?

- а) для визначення недостатності кровообігу в серці,
- б) для виявлення безбольової ішемії міокарда,
- в) для оцінки ефективності скорочень серця,
- г) для діагностики інфаркту.

29. Проведення ехокардіографії (УЗД серця) дозволяє:

- а) оцінити стан серцевих клапанів,
- б) оцінити ефективність скорочень серця,
- в) визначити товщину серцевого м'яза,
- г) визначити наявність стенокардії.

30. Загальний аналіз крові дозволяє:

- а) виявити анемію,
- б) виявити запальний процес,
- в) визначити якість діалізу,
- г) визначити рівень загального білку,
- д) визначити рівень глюкози.

Другий етап психологічної реабілітації стосується пацієнтів, які вже більше року знаходяться на програмному гемодіалізі. За цей час людина, зазвичай, пристосовується до процедури, стабілізується загальний стан, лікарем досконально відкореговується лікування, дієта, водний режим, доза діалізу. Проте, пацієнти, які, на перший погляд, мають задовільний стан теж потребують достатньої психологічної підтримки. Слід зазначити, що більшість

пацієнтів на гемодіалізі є працездатного віку, тобто потенційно соціально активні люди. Але в них часто виникають проблеми з працевлаштуванням (кому потрібен працівник, якого тричі на тиждень треба на чотири-п'ять годин відпускати на ГД). Окрім того, багато роботодавців не поспішають приймати на роботу працівників, які мають інвалідність. Пацієнту, звісна річ, такі ситуації додають неабияких психоемоційних перевантажень. Частіше за все це хронічна роздратованість, депресивні стани, небажання жити і, як наслідок, відмова від процедури ГД.

Враховуючи сказане, другий етап психологічної реабілітації має два вектори. Перший направлений на налаштування хворого до адекватного сприйняття різних конфліктних і несправедливих, щодо нього, ситуацій. Другий – має включати комплекс заходів, щодо навчання пацієнта вмінню знайти своє місце в соціумі.

ЛІТЕРАТУРА

1. Aileen Grassmann, Simona Gioberge, Stefan Moeller and Gail Brown ESRD patients in 2004: global overview of patient numbers, treatment modalities and associated trends // *Nephrology Dialysis Transplantation*. – 2005. – Vol. 20, № 12. – P. 2587-2593.
2. Дудар І., Величко М. Ренопротекція: реальні можливості сьогодні (частина 1) // *Ліки*. – 2004. – № 7–8. – С.26-33.
3. Смирнов А.В. Эпидемиология и факторы риска хронических болезней почек: клинические особенности и течение [Текст] / А.В. Смирнов, В.А. Добронравов, А.Ш. Бодур-Ооржак и др // *Терапевт. арх.* – 2005. – Т. 77, N 6. – С. 20-27.
4. Дудар І., Величко М. Ренопротекція: реальні можливості сьогодні (частина 2) // *Ліки*. – 2004. – № 9-10. – С.26-33.
5. Колесник М.О., Дудар І.О., Гончар Ю.І. та ін. Перитонеальний діаліз та гемодіаліз у лікуванні хворих з хронічною нирковою недостатністю: Метод. рекомендації. – К., 2003. – 46 с.
6. Johnson J.R., Temple R. Food and Drug Administration requirements for approval of new anticancer drugs // *Cancer Treat Rep.* – 1985; 69:1155.
7. Bergner M. Quality of life, health status, and clinical research // *Med Care.* – 1989; 27:S148.
8. Cella D.F. Measuring quality of life in palliative care // *Semin Oncol.* – 1995; 22:73.
9. Testa M.A., Simonson D.C. Assessment of quality-of-life outcomes // *N Engl J Med.* – 1996; 334:835.
10. Kiessling A., Henriksson P. Perceived cognitive function is a major determinant of health related quality of life in a non-selected population of patients with coronary artery disease-a principal components analysis // *Qual Life Res.* – 2004; 13:1621.
11. Levine E.G., Targ E. Spiritual correlates of functional well-being in women with breast cancer // *Integr Cancer Ther.* – 2002; 1:166.
12. Daugherty C.K., Fitchett G., Murphy P.E., et al. Trusting God and medicine: spirituality in advanced cancer patients volunteering for clinical trials of experimental agents // *Psychooncology.* – 2005; 14:135.
13. Kirkova J., Davis M.P., Walsh D., et al. Cancer symptom assessment instruments: a systematic review // *J Clin Oncol* 2006; 24:1459.
14. Cheung Y.B., Goh C., Thumboo J., et al. Variability and sample size requirements of quality-of-life measures: a randomized study of three major questionnaires // *J Clin Oncol.* – 2005; 23:4936.
15. Velikova G., Booth L., Smith A.B., et al. Measuring quality of life in routine oncology practice improves communication and patient well-being: A randomized controlled trial // *J Clin Oncol.* – 2004; 22:714.
16. Eton D.T., Fairclough D.L., Cella D., et al. Early change in patient-reported health during lung cancer chemotherapy predicts clinical outcomes beyond those

predicted by baseline report: results from Eastern Cooperative Oncology Group Study 5592 // *J Clin Oncol.* – 2003; 21:1536.

17. Gulbrandsen N., Hjermstad M.J., Wisloff F. Interpretation of quality of life scores in multiple myeloma by comparison with a reference population and assessment of the clinical importance of score differences // *Eur J Haematol.* – 2004; 72:172.

18. Locattelli F., Valderrabano F., Hoenich N Bommer J, Leunissen K, Cambi V. Progress in dialysis technology membrane selection and patient outcome // *Nephrol Dial Transplant.* - 2000.– N.15.– P.1111-1119.

19. Коц Я.И., Либиц Р.А. Качество жизни у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями // *Кардиология.* – 1993 .– № 5. – С. 66-72.

20. *Quality of Life Assessment: an Annotated Bibliography.* – Geneva. 1994.

21. Hunt S., Mc Kenna S., McEven J. The Nottingham Health profile: subjective status and medical consultations // *Soc. Sci. Med.* –1981.– № 15.– P 221.

22. Петрова Н.Н., Васильева И.А., Гаврик С.Л. Качество жизни больных при лечении перманентным гемодиализом и перитонеальным диализом // *Нефрология.* – 1999. – N 3.– С. 88-92.

23. Рябов С.И., Петрова Н.Н., Васильева И.А. Качество жизни больных, находящихся на лечении гемодиализом // *Клин. медицина.* – 1996. – № 8. – С. 29-31.

24. Piehlmeier W., Bullinger M., Kirchberger I. et al. Evaluation of the quality of life of patients with insulin-dependent diabetes mellitus before and after organ transplantation with the SF-36 health survey // *Eur. J. Surg.* – 1996; 162; 12: 933-940.

25. Koch V., Muthny F. Quality of life in patients with end-stage renal disease in relation to the method of treatment // *Psychother Psychosom.*– 1990.– № 54.– P. 161.

26. NKF-DOQI clinical practice guidelines for peritoneal dialysis adequacy // *Am. J. Kidney Dis.*– 1997.– № 30.– Suppl.2.– P.67-138.

27. Levy N. Psychological reaction to machine dependency // *Psychiatry clinics of North America.*– 1981.– № 13.– P. 246.

28. Kaplan De Nour A. Personlichheits factorer und adaptacion // *Psychonephrologie.* Под редакцией Balch F.B. et al.– Berlin. Heidelberg.– 1985.– 303 p.

29. Sensky T. Psychosomatic aspects of end-stage renal failure // *Psychother. Psychosom.* – 1993. – P. 56-59.

30. Soskolne V., Kaplan De Nour A. The psychosocial adjustment of patients and spouses to dialysis treatment // *Soc. Sci. Med.* – 1989.– N 29.– P. 497.

31. Гончар Е.Ю. Клінічні взаємовідносини в структурі внутрішньої картини хвороби у хворих з хронічною нирковою недостатністю, що лікуються гемодіалізом // *Актуальні проблеми нефрології.* – К., 2003. – С. 195-201.

32. Гончар К.Ю. та співавт. Психологічні чинники емоційного вигорання лікарів // *Укр. журн. нефрології та діалізу.* – 2006. – № 2 (10). – С.32-36.

33. McClellan W., Anson C., Birkeli K., Tuttle E. Functional status and quality of life: predictors of early mortality among patients entering treatment for end stage renal disease // *J. Clin. Epidemiol.* – 1991 .– № 44.– P. 83.

34. Wolcott D., Nissenson A. Quality of life in chronic dialysis patients: a critical comparison of continuous ambulatory peritoneal dialysis and hemodialysis // *Am. J. Kidney Dis.* – 1988. – № 9. – P. 402.
35. Devins G. Illness intrusiveness and quality of life in end-stage renal disease: comparison and stability across treatment modalities // *Health Psychology.* – 1990. – №9. – P.117.
36. Tucker C., Ziller R., Smith W. et al. Quality of life of patients on in-center hemodialysis versus continuous ambulatory peritoneal dialysis // *Perit. Dial. Int.* – 1991. – № 11. – P.341.
37. Theorell T., Konarski-Svensson J., Ahlmen J., Perski A. The role of paid work in Swedish chronic dialysis patients nation - wide survey: paid work and dialysis // *J. Int. Med.* – 1991. – № 230. – P.501.
38. Morris P., Jones B. Life satisfaction across treatment methods for patients with end-stage renal failure // *Med. J. Austr.* – 1989. – № 150. – P. 428.
39. Stout J., Auer J., Kincey J. et al. Sexual and marital relationships and dialysis - the patients' viewpoint // *Perit. Dial. Bull.* – 1987. – N 7. – P. 97.
40. Westlie L., Umen A., Nestrud S., Kjellstrand C. Mortality morbidity an life satisfaction in the very old dialysis patients // *Trans. Am. Soc. Artif. Intern. Organs.* – 1984. – N 30. – P. 21.
41. Kutner N., Brogan D., Kutner M. End-stage renal disease treatment modality and patients' quality of life Longitudinal assessment // *Am. J. Nephrol.* – 1986. – N 6. – P. 396.
42. Buckingham J.K., Birdsall J., Douglas J.G. Comparing three versions of the time tradeoff: time for a change? // *Med. Decis. Making.* – 1996. – № 16 (4). – P.335-347.
43. Borgel F., Pasquier A., Benhamou P., Halimi S. Evaluation du handicap chez ae patient diabetique // *Ann. Readapt. Med. Phys.* – 1990. – № 33. – P.81.
44. Wolcott D., Nissenson A. Quality of life in chronic dialysis patients: a critical comparison of continuous ambulatory peritoneal dialysis and hemodialysis // *Am. J. Kidney Dis.* – 1988. – № 9. – P.402.
45. Francesco Locatelli, Umberto Buoncristiani, Bernard Canaud, Hans Köhler, Thierry Petitclerc and Pietro Zucchelli Dialysis dose and frequency *Nephrology // Dialysis Transplantation.* – 2005. – Vol. 20. – № 2. – P.285-296
46. Merkus M.P., Jager K.J., Dekker F.W. et al. Quality of life in patients on chronic dialysis: self-assessment 3 months after the start of treatment. The Necosad Study Group // *Am. J. Kidney Dis.* – 1997. – № 29 (4). – P.584-592.
47. Mapes D.L., Lopes A.A., Satayathum S. et al. Health-related quality of life as a predictor of mortality and hospitalization: The Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS) // *KIDNEY INTERNATIONAL* . – 2003. – Vol. 64. – P. 339-349.
48. DeOreo P.B. Hemodialysis patient-assessed functional health status predicts continued survival, hospitalization, and dialysis-attendance compliance // *Am J Kidney Dis.* – 1997. – № 30: 2. – P. 204-212.
49. USRDS. The 1999 Annual Data Report (ADR): <http://www.med.umich.edu/usrds/chapters/adr.html>.

50. NKF-DOQI clinical practice guidelines for peritoneal dialysis adequacy // *Am. J. Kidney Dis.* – 1997.– № 30.– 3: Suppl.2.– P.67-138.
51. Hoothay F., De Stefano A., Leary E., Foley-Hartel T. Life satisfaction and coping of diabetic haemodialysis patients. – *ANNA J.* 1990; 17; 361.
52. Borgel F., Benhamou P., Zmirou D. et al. Assessment of handicap in chronic dialysis diabetic patients // *Scand. J. Rehab. Med.* – 1992. – N 24. – P.203.
53. Borgel F., Pasquier A., Benhamou P., Halimi S. Evaluation du handicap chez ae patient diabetique // *Ann. Readapt. Med. Phys.* – 1990. – N. 33. – P.81.
54. Morris P., Jones A. Transplantation versus dialysis: a study of quality of life // *Transplant. Proc.* – 1988. – 20; 23.
55. Mozes B., Shabtai E., Zucker D. Differences in quality of life among patients receiving dialysis replacement therapy at seven medical centers // *J. Clin. Epidemiol.* – 1997. – № 50(9). – P.1035-1043.
56. Reiss D. Patient, family and staff responses to end-stage renal disease // *Am. J. Kidney Dis.* –1990. – № 15. – P.194.
57. Heidenheim AP, Muirhead N, Moist L, Lindsay RM. Patient quality of life on quotidian hemodialysis // *Am J Kidney Dis* 2003; 42 (Suppl): S36-S41.
58. Hanly PJ, Pierratos A. Improvement of sleep apnea in patients with chronic renal failure who undergo nocturnal hemodialysis // *N Engl J Med.* – 2001; 344. – P. 102-107.
59. Hanly PJ, Gabor JY, Chan C, Pierratos A. Daytime sleepiness in patients with CRF: impact of nocturnal hemodialysis // *Am J Kidney Dis.* – 2003; 41. – P.403-410.
60. Istvan Mucsi, Miklos Zs. Molnar, MD et al. Sleep disorders and illness intrusiveness in patients on chronic dialysis // *Nephrol Dial Transplant.* – 2004. – Vol.19. – P.1815-1822.
61. Walker S, Fine A, Kryger MH. Sleep complaints are common in a dialysis unit // *Am J Kidney Dis.* – 1995.–Vol 26.– P.751-756.
62. Williams SW, Tell GS, Zheng B et al. Correlates of sleep behavior among hemodialysis patients // *Am J Nephrol.* – 2002. – Vol. 22. – P.18-28.
63. Eduard A. Iliescu, Helen Coo et al. Quality of sleep and health-related quality of life in haemodialysis patients // *Nephrol Dial Transplant.* – 2003. – Vol.18. – P.126-132.
64. Massimo Sabbatini,, Bruno Minale, Anna Crispo et al. Insomnia in maintenance haemodialysis patients // *Nephrol Dial Transplant.* – 2002. – Vol. 7. – P.852–8567.
65. Hanly PJ, Pierratos A. Improvement of sleep apnea in patients with chronic renal failure who undergo nocturnal hemodialysis // *Engl. J. Med.* – 2001. – Vol.344. – P.102-107.

Формат 60x84/16
Папір офсетний.
Тираж 300 прим.

Видавництво-друкарня «ДІЛО»
21000, м. Вінниця,
вул. Хмельницьке шосе, 145,
тел. (0432) 65-80-80
(067) 337-38-38
e-mail: dilo_vd@mail.ru