

4. Корягін В.М. Фізичне виховання студентів у спеціальних медичних групах : навч. посібник / В. М. Корягін, О. З. Блавт. – Л. : Видавництво «Львівська політехніка», 2013. – 488 с.
5. Мухін В.Н. Фізична реабілітація: Підручник для студентів ВНЗ фізичного виховання і спорту. – К: Олімпійська література, 2000. – 423 с.
6. Язловецький В.С. Фізичне виховання студентів з відхиленнями в стані здоров'я: Навчальний посібник. — Кіровоград: РВВ КДПУ імені В. Винниченка, 2004. – 352 с.

The content of authorial program with valeological guidance for students of special medical group is shown in the article, which has proved its effectiveness. Specially chosen means and methods of physical training complement and enrich each other effectively on the issue of formation, preservation and improving health, allowed to optimize the students health promotion who has problems with health and their adaptation to the educational process. The effectiveness of this program was to develop a personality-oriented, individualized rehabilitation program, implementation of which was a mean of self-determination in physical education, practical development of its potential value.

Keywords: students, health, valeology, physical education, special medical group.

Отримано 29.04.17

УДК 612.1:611.9

Р.Б. Чаплінський

ДЕТЕРМІНАНТИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ГОСТРИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА

У статті розглянуто симптоми порушення психічного статусу хворих гострим інфарктом міокарда. Проаналізовано психологічні проблеми, які спричиняють розвиток депресії. Охарактеризовано соматогенні впливи, що викликають гіпоксію мозку. Розглянуто типи особистосних реакцій та формування патологічних реакцій психіки на інфаркт міокарда. Проаналізовано психопатологічний профіль хворого. Детально охарактеризова-

но методи психологічної реабілітації хворих гострим інфарктом міокарда.

Ключові слова: гострий інфаркт міокарда, депресія, психози, особистосні реакції, патологічні реакції психіки, психотерапія, аутогенне тренування, бесіди.

Постановка проблеми. Аспект психологічної реабілітації хворих інфарктом міокарда (ІМ) досить важливий і іноді визначає можливість і ефективність усіх інших реабілітаційних втручань.

У гострому періоді ІМ відмічають такі симптоми порушення психічного статусу, як страх смерті, розлади сну, рухове занепокоєння. Ці порушення нерідко поєднуються з вегетативними цереброваскулярними розладами. Відчуття страху за життя, тривоги може супроводжуватися посиленням активності симпатичної нервової системи з такікардією, підвищенням артеріального тиску, що особливо неблагочинно для хворих з коронарною патологією. Крім страху смерті, загроза інвалідності, тривога за майбутнє через можливі затруднення в поверненні до трудової діяльності, страх втрати незалежності, здатності виконувати свої обов'язки чоловіка, батька, громадянина, погіршують стан хворого.

Метою статті є аналіз та оцінка симптомів порушення психічного статусу хворих гострим ІМ, психологічних проблеми, які спричиняють розвиток депресії, соматогенних впливів, що викликають гіпоксію мозку, типів особистосних реакцій та формування патологічних реакцій психіки на ІМ, психопатологічного профілю хворого, методів психологічної реабілітації хворих гострим ІМ.

Обговорення результатів дослідження. У початковому періоді хвороби депресія характеризується відчуттям слабкості, швидкої стомлюваності, які властиві цьому етапу [7, с. 123].

Сам факт термінової госпіталізації, усвідомлення того, що хвороба являє загрозу життю погіршує психічний статус хворого.

Є й інші психологічні проблеми, котрі виникають у хворих у гострому періоді ІМ, що й обґрунтовують розвиток депресії – втрата лібідю, безсоння, підвищена дратівливість, зниження уваги. Певне значення у формуванні психопатологічних порушень у хворих ІМ має неправильна поведінка медичного персоналу – необґрунтовані обмеження, обговорення при хворому неясних питань діагностики й лікування, їх стурбовані лиця. Ще більш негативний вплив на психіку хворого має зайва неприхована тривога за їхнє здоров'я близьких родичів, їх над-

мірна опіка. Негативно впливають також випадки різкого погіршення стану або смерті інших хворих, очевидцями яких стають хворі в стаціонарі [6, с. 287-288].

Незавершеність розпочатої справи, почуття відповідальності за неї також служать джерелом негативних емоцій. В 6-7% випадків у хворих розвиваються психози, що протікають із порушенням свідомості й різким руховим порушенням. В основі їх лежать соматогенні впливи, що викликають гіпоксію мозку, як за рахунок церебральних гемодинамічних розладів, так і у зв'язку з недостатньою оксигенацією крові в умовах зниження функції серця, розвитку недостатності кровообігу, а також, можливо, внаслідок інтоксикації продуктами розпаду некротичних ділянок міокарда. Психози звичайно розвиваються в перші 2-5 днів хвороби. Пізніше через покращення загальної гемодинаміки й зниження можливості соматогенних впливів імовірність їх виникнення знижується [3, с. 13-14].

Корекція психічних порушень повинна здійснюватися психіатрами. У корекції патологічних реакцій особистості хворого на ІМ важливу роль відіграють не тільки психолог і психотерапевт, але й лікар і весь медичний персонал. Виявити патологічні реакції на хворобу, особливо депресію, не завжди просто через різні особливості особистості хворого. Ретельне спостереження за ним при щоденних бесідах, виконанні процедур, при побутових контактах може дати багато важливої інформації для діагностики психопатологічних станів.

Найчастіше виявляють наступні типи особистосних реакцій на ІМ:

1. Адекватні (нормальні) психологічні реакції.

2. Патологічні (невротичні) реакції: а) кардіофобна, б) тривожно-депресивна, в) іпохондрична, г) істерична, д) анозогностична.

Реакція на ІМ кваліфікується як адекватна, якщо: а) поведінка хворого, його переживання й концепція хвороби відповідають отриманій від лікаря інформації про важкість ІМ і його можливих наслідках; б) хворий дотримується режиму, додержується призначень лікаря й у стані контролювати свої емоції. При виявленні психопатологічної симптоматики у хворого ІМ, здорового до цього захворювання, виставляють діагноз патологічної реакції [1, с. 117-118; 9, с. 383-384].

Для кардіофобної реакції найбільш характерний страх перед повторним ІМ і раптовою смертю.

Депресивна (тривожно-депресивна) реакція насамперед проявляється зниженим настроєм, песимістичною оцінкою. Тривога характеризується внутрішнім напруженням, передчуттям лиха, що насувається.

При іпохондричній (депресивно-іпохондричної) реакції відзначається постійна і явна переоцінка свого настрою, надмірна фіксація уваги на своєму здоров'ї.

Істерична реакція характеризується егоцентризмом, демонстративністю, прагненням залучити до себе увагу навколишніх і викликати співчуття, емоційною лабільністю.

При анозогностичній реакції відзначається заперечення хвороби з ігноруванням лікувальних рекомендацій та грубими порушеннями режиму.

Особливості особистості хворого відіграють визначну роль у формуванні патологічних реакцій психіки на ІМ. Особи, у преморбідному періоді, що реагували на будь-які життєві труднощі розпачем, недовірою у щасливий кінець справи, на ІМ відповідають розвитком депресії. Кардіофобічна й іпохондрична реакції на ІМ формуються в людей, схильних до помисливості, тривоги. Слід мати на увазі, що описані вище типи особистосних реакцій на хворобу характерні для здорових у преморбідному періоді людей, але мають певні особливості особистості. У тих же випадках, коли інфаркт міокарда розвивається в осіб із психічними порушеннями (травматична енцефалопатія, алкоголізм, церебральні судинні розлади, неврози й ін.), реакції на хворобу набувають особливо вираженого патологічного характеру і вимагають іноди втручання психіатра.

Дослідження стандартизованих критеріїв оцінки виразності симптомів дозволяє побудувати криву, що відображає психопатологічний профіль хворого [3, с. 26-28].

Виразність психічних змін оцінюється по 4-бальній системі: 0 – відсутня, 1 – легка, 2 – помірна, 3 – виражена.

При легких психічних змінах психопатологічні симптоми непостійні, мають нерізко виражений субклінічний характер. Проявляються в основному у відповідних скаргах хворого й нерідко виявляються лише при цілеспрямованому розпитуванні. Поведінка хворого суттєво не змінюється.

При помірних психічних змінах психопатологічна симптоматика постійна, необхідність лікування не викликає сумніву. Симптоматика змінюється відповідно особливості провідного психопатологічного синдрому поведінки хворого.

При виражених психічних порушеннях вони домінують у статусі хворого, супроводжуються зниженням працездатності.

Методи психологічної реабілітації хворих ІМ включають «малу» психотерапію, аутогенне тренування й психотропні препарати. Мала психотерапія може й повинна здійснюватися будь-яким лікарем,

але особливо ефективна при проведенні її лікарем, особливо, якщо він брав участь у лікуванні хворого у важкому періоді хвороби [10, с. 1220-1222].

У доброзичливій бесіді слід переконати хворого в щасливому кінці захворювання, заспокоїти його, вселити довіру до лікаря, реабілітолога, медичного персоналу, настроїти його на лікування, на безпечність поступової активізації. Не слід у цей період фіксувати його увагу на можливих обмеженнях працездатності. Хворому слід роз'яснити сутність захворювання в пом'якшеній оптимістичній доступній формі, оскільки зовсім нерідко з вуст родичів і друзів він одержує не просто невірні, а застрашливі відомості про те, що таке ІМ. На стаціонарному етапі повинна розпочатись чітко спланована робота, спрямована на те, щоб хворий, маючи правильну інформацію про перенесене захворювання, сутність реабілітації й т.п., усвідомлено став активним учасником усіх реабілітаційних заходів.

У рамках «Школа для хворих, що перенесли ІМ, та їх родичів», повинні надаватися відомості про те, що таке ІМ з відомою часткою оптимістичного окрасу інформації, про мету та зміст реабілітації, чому шкідлива надлишково пролонгована інактивація хворого й у чому заключається фізична реабілітація на стаціонарному етапі. Відомості про необхідність боротися з деякими факторами ризику повинні надаватися хворому вже в цю фазу, оскільки поки ще свіжі спогади про важкість гострого періоду захворювання, хворі більш сприйнятливі до рекомендацій, наприклад про припинення паління [7, с. 124-125].

Аутогенне тренування – досить ефективний метод лікування й самопрофілактики. Суть його зводиться до оволодіння хворим методів самонавіювання на фоні психічного й м'язового розслаблення [5, с. 345-346].

Аутогенне тренування дозволяє підвищувати здатності людини до саморегуляції психічного настрою, стану й тим самим допомагає йому долати труднощі соціального плану, у тому числі й ті, що виникли внаслідок захворювання.

До занять з хворими проводять індивідуальні бесіди. Метою бесід є ознайомлення з особливостями особистості хворого, уточнення характеру психічних змін, встановлення тісного психічного контакту із хворим, формування позитивної установки у хворого на аутогенне тренування. Хворим розповідають про теоретичні основи цього методу (зокрема, вказують на зв'язок між тонусом м'язу й психічним станом), про можливість впливу на деякі функції організму шляхом самонавіювання.

Заняття аутогенним тренуванням повинні бути добровільними. Доцільно зачекати 2-3 дні після першої бесіди, щоб хворий, оцінив

ши свої можливості, вирішив, чи зможе він регулярно й систематично займатися аутогенним тренуванням.

Заняття можуть проводитися індивідуально або з групою. Число хворих, що займаються не повинно перевищувати 7-10 осіб. Заняття проводить лікар в умовах стаціонару через день, а в амбулаторних умовах 1-2 рази в тиждень. Тривалість занять 45-50 хв. Курс психотерапії – 10-15 занять [2, с. 691-693].

У процесі лікування хворим слід проводити самостійні тренування протягом 10-15 хв не менше 3 разів на день: вранці (при пробудженні), вдень і ввечері (перед сном).

На заняттях хворі сидять у кріслі (голова спокійно лежить на спинці крісла, руки – на стегнах або на підлокітниках крісла, коліна вільно розведені). Самостійні тренування проводять у тому ж положенні або лежачи.

Розпочинати вивчення прийомів аутогенного тренування рекомендується із заплющеними очима. Однак частину часу слід тренуватися з відкритими очима: на перших заняттях – по 3-5 хв, через 6-7 занять по 20-25 хв. Наприкінці курсу всі тренування проводять із відкритими очима (крім самостійних занять перед сном).

На перших етапах навчання слід усунути вплив відволікаючих зовнішніх подразників (шум, яскраве світло, сторонні голоси й т.п.). У міру оволодіння прийомами аутогенного тренування умови проведення наближають до звичайних. Після курсу аутогенного тренування хворим рекомендується проводити самостійні заняття в різних умовах (вдома, на роботі, у транспорті, на вулиці і т.п.).

Перед початком і наприкінці кожного заняття із хворими проводять колективну бесіду, у якій обговорюють загальну лінію поведінки осіб, що страждають ішемічною хворобою серця (ІХС), доцільні форми реагування в конкретних життєвих умовах. Хворі розповідають про своє самопочуття, про те, наскільки успішно йде оволодіння прийомами аутогенного тренування. У процесі лікування хворим рекомендують вести щоденник самоспостереження, описуючи успіхи й труднощі освоєння прийомів аутогенного тренування, динаміку свого самопочуття. Велику увагу приділяють формуванню у хворих правильної уяви про хворобу, зміцненню віри у видужання, підвищенню їх соціальної активності, а також вирішенню інших завдань, що стоять перед «малою психотерапією».

У процесі лікування поряд із глибоким оволодінням прийомами аутогенного тренування основну увагу слід зосередити на подоланні психопатологічних змін.

Емоційне напруження супроводжується підвищенням тону м'язової мускулатури (насамперед мимічної) і збільшенням рухової

активності, зміною частоти й ритму дихання, діяльності серцево-судинної системи. З урахуванням цього є розроблений наступний комплекс вправ, спрямований на зменшення емоційного напруження [8, с. 1263-1265].

1. Вправа «розслаблення», «дихання», «легкість».

Плавний спокійний глибокий вдих слід поєднувати із приємним легким напруженням окремих груп м'язів у наступній послідовності: м'язів чола, очей, язика, шиї, рук, спини, ніг. Потім під час плавного спокійного видиху подається команда розслаблення: «чоло розслаблене», «рот розслаблений», «руки розслаблені» і т.п. Хворий фіксує свою увагу на відчутті розслабленості кожної із зазначених м'язових груп, закріплюючи ці прийоми 5-6-кратним повторенням формули розслаблення. Навчившись розслаблювати кожну м'язову групу окремо, хворий переходить до єдиної загальної формули – «тіло розслаблене», викликаючи загальне м'язове розслаблення без попереднього напруження. Для посилення м'язового розслаблення використовують розширені формули «спокою», «дихання» і «легкості». «Я заспокоююся все більше й більше», «Я спокійний, я зовсім спокійний», «Дихання глибоке, спокійне, рівне», «Я дихаю повними грудьми», «Ніжна хвиля розслаблення й легкості огортає моє тіло» і т.п.

2. Вправа «тепло», «легкість».

На фоні попереднього м'язового розслаблення подають наступні команди: «Мої руки теплішають», «Я ніби занурюю руки в теплу воду», «Мої руки теплі й легкі», «Моє тіло приємно тепле й легке» і т.п.

Вправа «тепло», «легкість», «вільно в грудях».

«Приємне почуття легкості й волі все повніше й відчутніше», «Ніжно тепло зігриває мої груди», «Незвичайно легко й вільно в грудях».

На освоєння зазначених вправ потрібно 8-10 занять. На наступних заняттях закріплюють отримані навички з акцентуванням уваги хворих на подоланні наявної психопатологічної симптоматики. Заняття спрямовані на усунення побоювань, тривоги й страхів, на поліпшення загального самопочуття, настрою, зміцнення волі й упевненості у власних силах, на «повернення в лад»: «Тривога, занепокоєння, страхи пішли», «Мене ніщо не хвилює й не турбує», «Повний спокій, повний відпочинок», «Я буду спокійний завжди й скрізь, у будь-яких обставинах й у будь-якій ситуації» і т.п.

Слід рекомендувати хворим регулярно проводити самостійні тренування після освоєння курсу аутогенного тренування з лікарем-психотерапевтом.

Необхідно відзначити, що вправи «важкість» і «серце» класичного методу аутогенного тренування для хворих ІХС протипоказані.

Спроби освоїти ці вправи нерідко супроводжуються відчуттями млявості, слабості, нездужання, а іноді й болем у ділянці серця й за грудиною, серцебиттям. Хворі починають надмірно фіксувати увагу на роботі серця, що негативно впливає на перебіг хвороби.

Аутогенне тренування корисне для хворих, що перенесли ІМ, але не всі люди в стані оволодіти даним методом у зв'язку з особливостями психіки.

Оскільки у формуванні правильного відношення до захворювання, до лікувальних і реабілітаційних заходів важливу роль відіграють подружжя (він, вона) й інші найближчі родичі, значну частину занять «Школи для хворих, що перенесли ІМ, та їх родичів» слід проводити вже на стаціонарному етапі реабілітації. Більше того, деякі бесіди програми в індивідуальному порядку доцільно проводити вже в перші дні хвороби. Інформацію про суть захворювання слід дати хворому ще в гострому періоді ІМ. Бесіду про шкоду паління, про боротьбу із зайвою масою тіла – звички, які важко долаються хворими, також краще проводити в ранньому періоді захворювання, коли ще свіжі спогади про важкість стану й страх смерті, пережиті хворим у гострій стадії ІМ [4, с. 471-472].

Висновки. Таким чином, в основі виникнення психозів у хворих з гострим ІМ лежать соматогенні впливи, що викликають гіпоксію мозку, які протікають із порушенням свідомості й ризиком руховим порушенням.

Виявити патологічні реакції на хворобу не завжди просто через різні особливості особистості хворого, які відіграють значну роль у формуванні патологічних реакцій психіки на ІМ. Ретельне спостереження за хворими при щоденних бесідах, виконанні процедур, при побутових контактах може дати багато важливої інформації для діагностики психопатологічних станів.

Дослідження стандартизованих критеріїв оцінки виразності симптомів дозволяє побудувати криву, що відображає психопатологічний профіль хворого.

Методи психологічної реабілітації хворих ІМ включають «малу» психотерапію, аутогенне тренування й психотропні препарати.

Мала психотерапія особливо ефективна при проведенні лікарем, який брав участь у лікуванні хворого у важкому періоді хвороби.

Аутогенне тренування – досить ефективний метод лікування й психопрофілактики, який дозволяє підвищувати здатності людини до саморегуляції психічного настрою, стану й тим самим допомагає йому долати труднощі соціального плану, у тому числі й ті, що виникли внаслідок захворювання.

Отже, психологічна реабілітації хворих ІМ досить важлива, яка досить часто визначає можливість і ефективність усіх інших реабілітаційних заходів.

Список використаних джерел:

1. Меерсон Ф.З. Адаптация к стрессорным ситуациям / Ф.З. Меерсон, М.Г. Пшеникова. – М.: Медицина, 1988. – 253 с.
2. Основы кардиологии: Принципы и практика (2-е издание) / Под ред. проф. Клива Розендорфа. – Львов: Медицина світу, 2007. – 1064 с., ил.
3. Разумов С.А. Эмоциональный стресс, работоспособность и здоровье / С.А. Разумов. – Л.: Знание, 1975. – 40 с.
4. Руководство по кардиологии / Под ред. В.Н. Коваленко. – К.: Морион, 2008. – 1424 с.
5. Серцево-судинні захворювання / За ред. чл.-кор. АМН України, проф. В.М. Коваленка та проф. М.І. Лутая // Довідник «VADEMECUM info ДОКТОР «Кардіолог». – К.: ТОВ «ГІРА «Здоров'я України», 2005. – 542 с. – (Серія «Бібліотека «Здоров'я України»).
6. Сыркин А.Л. Инфаркт миокарда / А.Л. Сыркин. – М.: Медицинское информационное агентство, 1998. – 397 с.
7. Шмалій В.І. Клініко-інструментальні особливості у хворих на ІХС з порушенням ритму серця в поєднанні з депресивними розладами / В.І. Шмалій // Галицький лікарський вісник. – 2005. – Т. 12, № 4. – С. 123-125.
8. Ferketich A.K. Depression as an antecedent to heart disease among women and men in the NHANES I study. National Health and Nutrition Examination Survey / A.K. Ferketich, J.A. Schwartzbaum, D.J. Frid et al. // Arch. Intern. Med. – 2000. – Vol. 160. – P. 1261-1268.
9. Lesperance F. Depression in patients with cardiac disease : a practical review / F. Lesperance, N. Frasure-Smith // J. Psychosom. Res. – 2000. – Vol. 48. – P. 379-391.
10. Paul-Labrador M. Effects of a randomized controlled trial of transcendental meditation on components of the metabolic syndrome in subjects with coronary heart disease / M. Paul-Labrador, D. Polk, J.H. Dwyer et al. // Arch. Intern. Med. – 2006. – Vol. 166, № 11. – P. 1218-1224.

In the article the symptoms of mental status of patients with acute myocardial infarction. Analyzed the psychological problems that cause the development of depression. Characterized somatogenic impacts that cause brain hypoxia. Osobystosnyh consider the types of reactions and the formation of abnormal mental reactions myocardial

infarction. The analysis of psychopathological profile of the patient. Details described methods of psychological rehabilitation of patients with acute myocardial infarction.

Key words: acute myocardial infarction, depression, psychosis, osobystosni reactions, abnormal mental reactions, therapy, autogenous training, conversation.

Отримано 23.04.17

УДК 796/799:378.4

Т.Н. Чебан

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ПРИКЛАДНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ В СИСТЕМЕ УНИВЕРСИТЕТСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

В статье рассмотрена актуальная проблема модернизации современного учебно-воспитательного процесса физического воспитания в системе университетского образования, направленного формирование профессионально-прикладных значимых психофизических качеств и функциональных способностей, необходимых личности специалиста в будущей социо-профессиональных деятельности.

Ключевые слова: физическая культура, прикладная физическая подготовка, профессиональная психофизическая готовность и работоспособность.

Постановка проблемы. В настоящее время высшие учебные заведения в современной системе профессионального образования занимают одно из значительных мест, являясь ключевым компонентом в обеспечении непрерывности образования, система которого включает в себя посещение и окончание высшего учебного заведения [1].

Анализ актуальных исследований. Обобщение данных теоретических исследований различных авторов привело нас к выводу о том, что специфика студенческой деятельности требует большого нервно-эмоционального напряжения, повышенного внимания к состоянию здоровья, физической работоспособности и значительных усилий и