

ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ И АЭРОБНЫХ ТРЕНИРОВОК НА ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ ИБС



Брятвина В.В. – к.н.н., доцент кафедры ТиМ гимнастики РГУФКМиТ
(E-mail: saaturn@rambler.ru)

Кувшиникова С. И. – кандидат педагогических наук,
доцент кафедры ТиМ гимнастики РГУФКМиТ

Ключевые слова: Психотерапия, фитнес, релаксационная гимнастика, физическая тренировка, аэробная нагрузка, физическая подготовка, качество жизни.

Key words: self-appraisal, level of claims, sportsmen-chess-players.

Резюме. Положительный эффект аэробных тренировок привел к улучшению качества жизни, позволил больным продолжать тренировочные занятия в домашних условиях, избавиться от страха перед физическими нагрузками.

После выписки из стационара больной включается в программу ФТ, которые являются стержнем постинфарктной реабилитации и устраниют присущие больным после инфаркт миокарда - физические, психологические и иные ограничения.

Физические тренировки особенно показаны больным, которые соблюдали длительный постельный режим, ограничивали физическую активность и приобрели в результате этого черты ортостатический неустойчивости, страха перед физической нагрузкой.

Цель любого лечения должна сводиться к избавлению человека от болезненных ощущений и продлению его жизни. Больной при этом должен иметь возможность полноценно жить и чувствовать себя социально полезным в обществе.

Поэтому, полноценное лечение должно всегда включать в себя восстановление душевного равновесия больного, его психологическую реабилитацию, которая осуществляется, в основном, с помощью

Лисицкая Т.С. – кандидат биологических наук, профессор кафедры ТиМ гимнастики РГУФКМиТ

Summary. The positive effect of aerobic training led to better quality of life, allowed patients to continue training sessions at home, get rid of the fear of physical activity.

различных методов психотерапии. Психотерапия, а при необходимости и другие методы коррекции психического состояния, являются непременным атрибутом лечения больных КБС.

Отметим, что о важной роли психотерапии в лечении и реабилитации больных КБС свидетельствуют данные, полученные в Московском областном кардиологическом центре. Так, согласно их наблюдениям, среди больных стенокардией, находившихся под многолетним наблюдением кардиологов, 94,3% пациентов были хотя бы раз консультированы психотерапевтом и 70,1% из них получили специализированную психотерапевтическую помощь. В целом же в актуальном психическом статусе у 80-85% больных хронической КБС имеются изменения психической деятельности в виде тревожно-депрессивных нарушений.

В середине 80-х годов прошлого столетия в нашей стране стали создаваться и популяризироваться различные оздоровительные (релаксационные) виды гимнастики, базирующиеся на восточных



системах, а точнее на базе китайских систем:

- тайцзицюань и цигун (Музруков, 1988; Пэрри, 2001; Красносельский, 1957; М. Богачихиным, 1987);
- программа на основе гимнастики ушу (1993);
- релаксационная гимнастика, разработанная группой специалистов под руководством доктора Чугунова (1985);
- система оздоровления с помощью физических упражнений;
- ароматерапии;
- релаксации и аутогенной тренировки (Динейка, 1987) и др.

Во всех восточных учениях важное значение отводится постоянной работе над собой: контроль за словами, поступками, за мышцами, дыханием. В настоящее время психиатрами доказано возможность улучшения здоровья и душевного равновесия личности посредством восстановления способности к полноценному общению с собой - автокоммуникации (Л.П. Гримак, 2000).

Особенностью восточных систем оздоровления является использование образного мышления, визуализации. Многие упражнения имеют соответствующие названия, позволяющие создать тот или иной образ в процессе выполнения движения в сочетании с дыхательными упражнениями. Таким образом, целенаправленное изменение тонуса мышц и характер дыхания являются важными моментами в регуляции психического тонуса. При этом сразу невозможно сосредоточиться на движении и дыхании. Поэтому следует разучивать движения при свободном дыхании, концентрируясь только на работе мышц тела, а позже на ритме и правильности дыхания. При использовании физических тренировок в сочетании с восстановлением его душевного равновесия, больной ИБС может быстрей вернуться к своему привычному, прежнему образу жизни и повысить «качество жизни».

Качество жизни – весьма широкое и неоднозначно трактуемое понятие. Качество жизни зависит от огромного числа факторов: загрязнения окружающей среды, личной жизнедеятельности, условий труда, состояния здоровья и многое другое. Раньше всех проблемой качества жизни стали заниматься социологи. Интерес к качеству жизни больного возник намного позже, когда врачи стали всё больше осознавать, что объективное уменьшение патологических изменений не обязательно сопровождается улучшением самочувствия у больного. Было осознано рассогласование между соматическими и психическими состояниями, где психическое изменяется значительно медленнее, что фиксируется как «посттравматический синдром». Этот феномен и определил настоящее исследование.

Цель исследования – изучить психологические аспекты реабилитации больных ИМ путем использования физических упражнений аэробной направленности на качество жизни больных.

Задачи исследования:

1. Оценить изменения сознания больного в отношении физических упражнений;
2. Роль и влияния физических упражнений на качество жизни больного ИМ;
3. Оценить эффективность методики качества жизни больных после комплексной программы реабилитации.

Методы исследования:

1. Анкетирование, посредством эмпирической анкеты «Качество жизни».
2. Методы математической статистики.

С целью определения качества жизни нами в ВКНЦ АМН ССР был использован тест, разработанный В.П. Зайцевым, Д.М. Ароновым (2). Качество жизни определялся ими, прежде всего, самооценкой самим больным степенью удовлетворенности различными аспектами своей жизни, в связи с реальными или ожидаемыми изменениями, обусловленными болезнью и её последствиями, а также связанными с процессом врачебного наблюдения и лечения. Вместе с тем, отметим, что качество жизни зависит также от клинических жалоб и функциональных возможностей больного (применительно к сердечно – сосудистым заболеваниям, и прежде всего от физической работоспособности, снижение которой может препятствовать пациенту удовлетворять свои потребности).

Методика, разработанная В.П. Зайцевым, Д.М. Ароновым, включает 17 вопросов и 4 варианта ответов на каждый вопрос. Обследуемому предлагалось выбрать наиболее подходящий для него вариант ответа. Методика позволяет определить – насколько имеющееся заболевание, в данном случае – ИБС, ограничивает физические, социально-экономические возможности, а также снижает позитивное восприятие жизни у этих больных. Каждый ответ соответствует определенному количеству баллов со знаком «+» или со знаком «-», которые впоследствии суммируются и сравниваются на начальном и завершающем этапе исследования. Также проводился сравнительный анализ по каждому из предложенных в анкете вопросов, отражающему какой-то отдельный аспект жизни и деятельности, на основе отношения больного к следующим изменениям в его жизни: изменения связанные с болезнью и её лечением; необходимо лечиться; ограничивать физические усилия; умственную работу; проезд на транспорте; избегать ситуаций, возбуждающих эмоциональное напряжение; занятия физкультурой и

спортом; ведение домашнего хозяйства и т.д. В ходе обследования больному предлагалось выразить своё отношение к каждому из указанных выше последствий заболевания, выбрав одну из следующих альтернатив:

- 1.«Очень переживаю»;
- 2.«Мне это неприятно»;
- 3.«Отношусь безразлично»;
- 4.«Рад этому».

Каждая альтернатива оценивалась определенным баллом: -2, -1, 0, +1.

Сумма этих баллов по всем разделам методики, позволяет судить о степени снижения качества

жизни в целом. Методика оценивает именно качество жизни, а не просто изменение образа жизни.

Результаты исследования качества жизни и их обсуждения.

В исследовании были включены 60 мужчин с сердечной недостаточностью 2,3 функционального класса, в возрасте от 40 до 60 лет страдающие ИБС, давшие письменное заявление об информированном согласии на участие в исследовании

Важным фактом является достоверное улучшение качества жизни у больных обеих групп. Результаты тестирования качества жизни приведены в табл. и изображены на рис. 1

Таблица

Качество жизни больных

Параметры	Сроки, достоверность	Контрольная группа	Экспериментальная группа	Достоверность Р/т
Качество жизни	Д/л	-6,129±0,38	-6,789±0,47	p>0,05
	П/л	-5,148±0,22	-4,842±0,34	0,05/0,49
	Р/т	0,05/0,48	0,05/0,49	

Примечание. Приведены усредненные по группам результаты. Динамика результатов определение уровня качества жизни на основе анкетирования д/л- до лечения п/л- после лечения. Количество испытуемых 30 человек в каждой группе

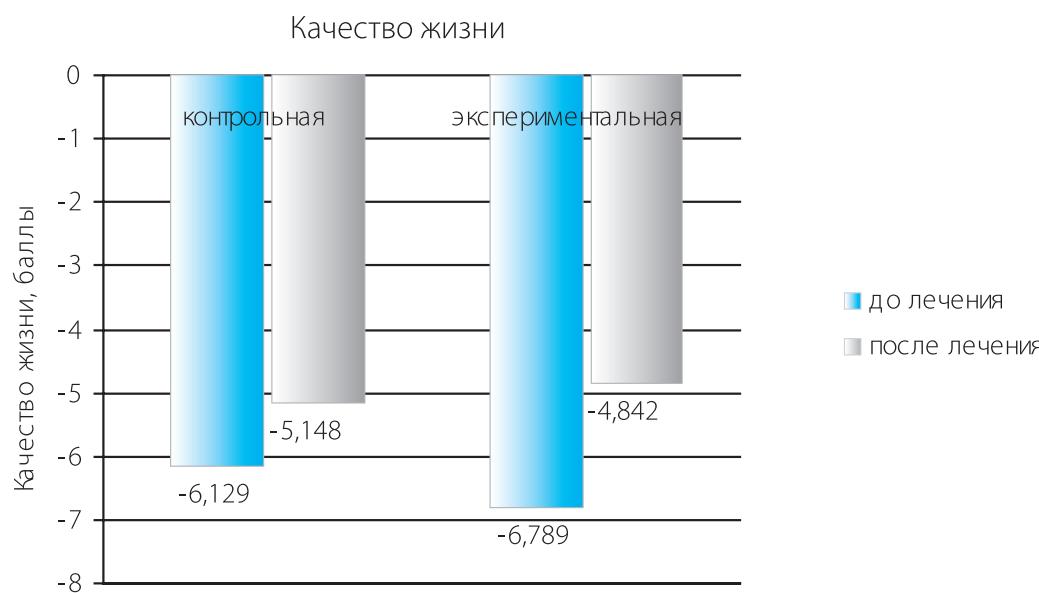


Рис. Показатели качества жизни

Важным фактом является обнаружение у больных обеих групп достоверного улучшения качества жизни. Эффективность примененных методов реабилитации, существенно уменьшивших у больных приступы стенокардии, повысивших их физическую

работоспособность, является основой существенного улучшения качества жизни. Примененная нами методика изучения качества жизни дает интегральную оценку изучаемого объекта в виде цифры с отрицательным или положительным знаком. Умень-



шение значения цифры с отрицательным знаком или увеличение цифры с положительным знаком при динамическом наблюдении за больными свидетельствует об улучшении качества жизни.

Методика позволяет наиболее адекватно оценивать качество жизни больных именно в российских условиях, к тому же она отличается наибольшей практичесностью: обследование занимает всего 4-6 минут, при этом методика обеспечивает оценку отношений больного ко всем важным изменениям образа жизни, связанным с болезнью и её лечением.

Качество жизни улучшается после программы физических тренировок вне зависимости от возраста.

Проведенная нами работа показывает, что комплексно – комбинированный подход более эффективен у больных ИБС даже без применения дорогостоящего оборудования (таких как велотренажер, беговая дорожка и т.д.) аэробные нагрузки, силовые упражнения в сочетании с релаксацией и аутогенной тренировкой более эффективны у больных ИБС. Значительный прирост толерантности к физическим нагрузкам может быть получен уже через 4-8 недель после занятий. Исследования показали, что работоспособность сохраняется в течение 24 недель после успешного завершения программы тренировок и поддерживается при выполнении

рекомендаций врача – кардиолога и инструктора ЛФК или инструктора фитнес центра.

Выходы:

1. Исследования качества жизни у больных свидетельствуют о том, что больной может вернуться к бытовым нагрузкам, и что частично или полностью происходит возврат к трудовой деятельности,

2. Физические тренировки в сочетании с психологическими методами реабилитации являются эффективным средством в реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда.

3. Комплексная программа физической реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда, включающая традиционные и нетрадиционные средства оздоровительной физической культуры позволит улучшить качество жизни, избавиться от страха перед физическими нагрузками, повысить толерантность к физическим нагрузкам.

В заключении отметим, что интерес к качеству жизни, особенно в нашей стране, возрастает. Все более осознается тот факт, что больной из объекта медицинского вмешательства всё больше превращается в субъект процесса лечения, в нём все чаще начинают видеть личность (а не только организм, пораженный болезнью), а в последнее время и клиента - заказчика и потребителя медицинских услуг, физических тренировок в фитнес центрах.

Литература.

1. Аронов Д. М. Как стать здоровым после инфаркта: памятка для больных ишем. болезнью сердца. – М. : Триада-Х, 2002. – 40 с.
2. Аронов Д. М. Физические тренировки у больных с ишемической болезнью сердца и хронической сердечной недостаточностью Н-ШФК : метод. пособие /
3. Аронов Д. М. Методика оценки качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями /Аронов Д.М., Зайцев В.П. // Кардиология. – 2002. – № 5. – С. 92-95.
4. Бешелев С. Д. Математико-статистические методы экспертных оценок / С. Д. Бешелев, Ф. Г. Гурвич. – М.: Статистика, 2002. – 159 с.
5. Виру А.А. Аэробные упражнения /А.А.Виру, Т.А. Юримяэ, Т.А. Смирнова. – М. : Физкультура и спорт, 2008. - 153
6. Гладков А. Г. Оценка качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями / Гладков А. Г., Зайцев В. П., Аронов Д. М. // Кардиология. – 1982. – № 2. – С. 100-103.
7. Гримак Л. П. Как жить в гармонии с собой : начала психологии активности / Л. П. Гримак. – М. : ОЛМА-ПРЕСС, 2000. – 351с.
8. Казьмин В. Д. Лечебная гимнастика при вашей болезни : (в сочетании с народными рецептами оздоровления) / В. Д. Казьмин. – Ростов н/Д : БАРО-ПРЕСС, 2004. – 192
9. Крейз Р. Релаксация : эффективный метод расслабления / Р. Крейз. – М. : ФАИР-ПРЕСС, 2002. – 256 с.
10. Лисицкая Т. С. Система "Пилатес" : общая характеристика и ее автор / Лисицкая Т. С., Буркова О. В. // Юбилейный сборник научно-методических трудов сотрудников кафедры, посвященный 70-летию со дня ее основания / Рос. гос. акад. физ. культуры, Каф. теории и методики гимнастики. – М., 2002. – С. 74-82.
11. Линдеманн Х. Аутогенная тренировка / Х. Линдеманн. – Минск : Попурри, 2000. – 192 с.
12. Фролов Е. П. Звукотерапия : физиолог., психоэмоциональные, мед. и соц. аспекты голоса и слова / Е. П. Фролов. – М. : Вузовская книга, 2004. – 620 с.