**РОЗДІЛ 1**

**Теоретичний аналіз проблеми психології фізичної реабілітації осіб з захворюваннями серцево-судинної системи**

**1.1. Психологічні передумови виникнення серцево-судинних захворювань**

Аналізуючи наукові здобутки сучасної психології та медицини, важливе місце посідає питання впливу індивідуально-психологічних особливостей  на фізичне здоров’я особистості.

Протягом останніх років вагомого значення набули чинники та закономірності розвитку хвороб, які демонструють особистий вплив людини на перебіг власної недуги через стан психо-емоційного напруження, переживання та ін.

Актуальність теми полягає в тому, що дослідження причин розвитку захворювань серцево-судинної системи дає змогу виокремити ряд передумов, взаємозв’язок яких спричинює ризик виникнення хвороб, та виявити вплив психологічних особливостей на перебіг недуг.

Багато захворювань виникають внаслідок надлишку переживань чи перенапруги, від неможливості розрядити свої негативні емоції та ін.

Схематично проілюструємо виникнення і розвиток хвороб на рис. 1.1.  
  


**Рис.1.1. Послідовність розвитку захворювання**

Подразник, який може бути внутрішньої чи зовнішньої природи, викликає спотворену реакцію організму (відбуваються зміни в нейрогуморальній системі). Спотворена реакція веде до зіткнення процесів збудження та гальмування [1].

Ризик розвитку хвороб серцево-судинної системи пов'язаний з багатьма факторами.

Передумови здоров’я серця, судин залежать від: медицини і лікувальної діяльності; спадковості; умов праці, екології і середовища; способу життя людини безпосередньо – поведінки, характеру, звичок, взаємовідносин з іншими.

Натомість до психологічних передумов їх виникнення належать:

* постійні емоційні переживання, стреси;
* стан напруження, перенапруження;
* втомлюваність;
* незадоволеність – особистим життям, роботою;
* особливості характеру, темпераменту, звички;
* низький рівень якості життя.

Виникнення опосередкованої структури психологічних процесів людини є продуктом її діяльності як соціального індивіда. А результат аналізу характеризує самопочуття людини, чинником якого виступають переживання особистості, які несуть відбиток на фізіологічний стан органів і систем людини, слугуючи передумовою появи різних симптомів [3].

Людина не тільки сприймає оточуючі її предмети і явища чи впливає на них. У неї є певне ставлення до них. Спілкування з іншими, природа, твори мистецтва, наука, власна діяльність  – все це викликає в особистості різні переживання: любов, радість, повагу, захоплення, горе, гнів, страх і т. п.

Їх ще називають почуттями або емоціями (від латинського motio - рух, враження). Емоції виражаються не лише у суб'єктивних переживаннях людини, вони мають і об'єктивні, тілесні прояви. Таким чином, вони впливають на різні сфери людського існування [7].

У публікаціях присвячених серцево-судинним захворюванням, рідко зустрінеш згадку про таке відкриття як те, що передумовою, яка провокує їх до появи, є незадоволення роботою і життям вцілому [6].

Існує також залежність виникнення і розвитку серцево-судинних хвороб від кількості робочих годин та цілеспрямованості навчальної діяльності. У ході занять змінюється стан працездатності та самопочуття, покази яких характеризують вплив вегетосудинних проявів (симтомів дистонії) [2].

У сучасній науковій практиці медицини та психології, визнано, що психологічні чинники є домінуючими у виникненні та розвитку серцево-судинних захворювань людини [5].

Визначено, що фізичним та психічним хворобам зазвичай передують серйозні зміни у житті людини.

Таким чином, психологічними передумовами виникнення серцево-судиних захворювань у особистості можуть бути: високий рівень незадоволення життям та його якістю, низькою стресостійкістю, постійна фізична втомлюваність, перенапруження нервової системи, надмірне професійне перевантаження, особливості характеру, темпераменту, звички.

Звернення до особистості хворої людини є давньою гуманістичною традицією вітчизняної медицини, що в сучасних умовах не тільки не втрачає своєї актуальності, а навпаки, набуває все більшого значення. Серце з прадавніх часів вважалося дзеркалом емоційного життя, органом, функції якого символізують найтонші рухи душі.

Таке «одухотворення» в першу чергу пов'язане з тим, що серцево-судинна система на відміну від інших систем організму (наприклад, кровотворної) виявляє чут-ливість щодо різноманітних емоційних впливів, а також афінітет до цілого ряду невротичних та афективних розладів.

Відомо, що первинні психогенні фактори негайно відбиваються на серцево-судинних функціях.

У свою чергу, локальні й системні явища в серцево-судинній діяльності відбиваються на психічному стані людини психогенними розладами внаслідок реакції особистості на захворювання й пов'язаної з нею шкоди соціально-психологічній позиції.

Згідно з літературними джерелами, саме захворювання серцево-судинної системи найчастіше поєднуються з психічними розладами.

Патологічні форми цих розладів складають один із центральних аспектів нового напрямку психосоматичної медицини - психокардіології, що, за визначенням A. Stoudemire, являє собою весь спектр взаємодії психічних розладів (розладів особистості, межових станів, ендогенних захворювань), функціональних кардіальних симптомокомплексів і захворювань серця, у тому числі психопатологічних проявів, що ускладнюють соматичний стан.

На сьогодні багато дослідників  відзначають «невротизацію» хворих із соматичною, насамперед серцево-судинною патологією.

Серед пацієнтів із хворобами системи кровообігу (ХСК) поширеність порушень психічної сфери та дезадаптивних форм реагування на захворювання досягає 70–100 %.

У пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ), наприклад, непсихотичні психічні розлади тривожно-депресивного спектра (НПРТДС) зустрічаються, за різними даними, у 16–64,5 % випадків, а серед хворих на інфаркт міокарда (ІМ) - у 25–80 %.

Така коморбідність утричі підвищує ризик смерті при нестабільній стенокардії в перший рік та в чотири рази - у перші 3 місяці після ІМ.

Згідно з даними А.Б. Смулевича, НПРТДС є основним діагнозом у 5–10 % всіх випадків звернення за первинною медичною допомогою, а за наявності ХСК вищезазначена супутня клінічна картина фіксується у 12–25 % хворих.

У 33–80 % хворих, що перенесли коронарну катастрофу (ІМ), зустрічаються патологічні психічні прояви.

За даними В.П. Зайцева, розлади психічної діяльності та негативні психологічні фактори є головною причиною тимчасової непрацездатності й інвалідності пацієнтів, які перенесли ІМ, у понад 50 % випадків.

За даними H.P.J. van Hout та співавт., у чоловіків віком понад 55 років, які перенесли ІМ, наявність тривожного розладу підвищувала летальність на 78 %. Ю.Г. Ахмедовою доведено, що розлади адаптації складають третину психічної патології у хворих із гострим інфарктом міокарда, а поширеність психічних розладів варіює від 25 до 75 %.

Спираючись на сучасні дослідження в галузі психокардіології, можна стверджувати, що ХСК, наприклад, ішемічна хвороба серця (ІХС) - захворювання, пов'язане з погіршенням коронарного кровообігу внаслідок атеросклерозу коронарних артерій, є класичною психосоматичною хворобою.

Головними факторами ризику виникнення захворювання є літній вік, гіперліпідемія, ожиріння, АГ, недостатня фізична активність, паління, обтяжена спадковість і напружена розумова діяльність.

Особливо несприятливим є сполучення декількох факторів ризику. Психосоматичні співвідношення при ІХС традиційно розглядаються в межах двох патогенетичних можливостей - зміни психічної сфери або виступають як один з факторів ризику, що підвищує схильність до ІХС, або відносяться до наслідків цього захворювання.

Згідно з психосоматичною теорією Ф. Александера, визначені екзогенні впливи зустрічаються з психологічними дезадаптивними механізмами, що підвищують уразливість особистості для ІХС. При погіршенні як соматичної, так і психопатологічної симптоматики відбувається прогресуюче виснаження фізичних та особистісних ресурсів пацієнтів з ІХС, що вимагає від них пристосування до нових умов існування. Ця необхідність є додатковим стресовим фактором. Отже, формується порочне коло.

З іншого боку, факт наявності захворювання й потенційна небезпека ускладнень (ІМ, порушення ритму) обумовлюють виникнення нозогеній. Існує ще один варіант співвідношення психічних порушень і ІХС - мультиморбідність, тобто виникнення психічного розладу в пацієнта з ІХС внаслідок інших причин. Прикладом може служити адаптаційний розлад у хворого з ІХС після тяжкого стресу (наприклад, втрати близької людини).

Вивчення матеріалів світової статистики дозволяє зробити висновок, що стан здоров'я населення більшості країн європейського регіону визначають хронічні неінфекційні хвороби.

Їх внесок у сумарний тягар хвороб в Україні складав майже 72 %, серед яких на частку серцево-судинної патології припадало майже 30 %, органів дихання - 20,6 %, травлення - 9,5 %, кістково-м'язової системи - 5,6 %, сечостатевої - 5,3 %.

Статистика ВООЗ фіксує виражене зростання ІХС та небезпечного для життя ускладнення - ІМ, що є причиною високої смертності населення європейських країн.

У той же час структура загальної смертності від основних причин з року в рік залишається стабільною: перше місце посідають ХСК, друге - злоякісні новоутворення, третє - травми, отруєння та ін. наслідки дії зовнішніх причин. Аналіз смертності населення внаслідок ХСК свідчить про те, що в останні роки вона збільшилася не тільки за рахунок осіб літнього, а й працездатного віку.

Психологічна природа так званих хвороб цивілізації, до яких відноситься ІХС, вимагає поряд із детальним вивченням фізіологічних факторів її генезу (атеросклеротичного ураження коронарних артерій, недостатності лівого шлуночка серця, порушення його ритму, скоротливої здатності міокарда, ангіоспастичних реакцій) також вивчення психологічних і психічних детермінант профілактики, лікування й корекції функцій під час її розвитку.

На думку багатьох сучасних дослідників, АГ й ІМ - це не просто порушення в організмі, а подія, що змінює все майбутнє людини й ламає стереотипи існування, що створювалися протягом усього життя.

У зв'язку з цим, на думку вчених, на сучасному етапі актуальним є вивчення так званих психосоціальних факторів ризику виникнення ХСК, співвідношення яких розглядається в аспекті взаємозв'язку соматичних, психічних і соціальних факторів.

У літературі існує досить багато робіт, присвячених вивченню факторів ризику (ФР) розвитку ХСК: кількість споживаного алкоголю, тютюну, наявність зайвої ваги, вплив стресових факторів та ін.

З'ясовано, що вік, споживання алкоголю, стан стресу й напружені події життя обумовлюють більш високий рівень артеріального тиску. Тому для підтримки і зміцнення здоров'я, а також скорочення ризику захворювання на ХСК та ускладнень унаслідок даного захворювання дуже важливо контролювати соціально-психологічні фактори, такі як напружені життєві події й дія стресу.

Цікавими виявилися дослідження, пов'язані з аналізом розподілу виникнення коронарних катастроф по днях тижня. Окремі дослідження показують, що пік захворюваності на ІМ припадає на найтяжчий день тижня - понеділок за рахунок задіяних на виробництві. Серед них захворюваність на ІМ зросла суттєво, на 33 %.

У контрольованому дослідженні ONSET, яке нараховувало 1623 хворі з нефатальним ІМ, встановлено, що упродовж 2 годин після пережитого інтенсивного гніву відносний ризик ІМ вірогідно зростає в 2,3 раза.

Значна кількість наукових робіт присвячена вивченню різних характеристик особистості, що спричинюють розвиток психосоматичних захворювань.

F. Dunbar описала «коронарну особистість» як агресивно-компульсивну з прагненням проводити багато часу в роботі й завойовувати авторитет. Пізніше був описаний тип особистості А - орієнтований на дію суб'єкт, що бореться за невизначені цілі методами ворожого суперництва, із властивим для них підвищеним рівнем холестерину, тригліцеридів і ліпопротеїнів.

Для особистості типу А характерні агресивність, ворожість, амбітність і честолюбство, хронічне відчуття браку часу. Багато авторів надалі вивчали роль типу особистості в розвитку ІХС, однак отримані ними дані не були однорідними.

За результатами одних досліджень, підтверджувалася роль типу особистості А в підвищенні ризику виникнення ІХС, в інших істотних зв'язків між ними не було виявлено. У деяких дослідників (J.C. Barefoot, J. Denolett) були дані про відсутність зв'язку між виникненням ризику ускладнень при ІХС та типом особистості А, а виявлено його з типом особистості В, особливістю якого є схильність до подавлення емоційного дистресу.

Завдання зміни поведінки і способів реагування особи, включаючи й такі, що можуть підвищити ризик ІХС, представляється вельми далеким. Ускладнює рішення задачі нестійкість прогнозу ІХС при вищеописаних змінах особистості, виявлена в багатьох дослідженнях.

M. Friedman та співавт. у 10 пацієнтів із типом особистості А протягом 14 місяців проводили консультативну підтримку, направлену на зменшення відчуттів ворожості і браку часу.

Після цього проводили повторне 24-годинне моніторування ЕКГ і виявили, що число ішемічних епізодів скоротилося з 6,6 до 3,1 за добу. Інші спроби модифікації неоптимальної поведінки пацієнтів із типом особистості А не дали позитивних результатів.

E. Billing та співавт., вивчаючи пацієнтів зі стабільною стенокардією, відзначили, що вони мали в житті більше стресових подій, високий рівень агресивності й низький рівень самооцінки стану свого здоров'я, ніж здорові. Причому жінки більше страждали від напруженої роботи, психосоматичних симптомів, розладів сну, ніж чоловіки.

У жінок рівень агресивності був вищим, а поведінка, властива типу особистості А, виражена менше, ніж у чоловіків. H. Tunstall-Pedoe та співавт. спостерігали зниження ризику виникнення ІХС у жінок із типом особистості А.

P. Sifneos і J. Nemiah описали таку психологічну особливість, як алекситимія, що полягає в труднощах вербалізації власних почуттів і відчуттів. Обмеженість усвідомлення емоцій і когнітивної переробки інформації призводить до фокусування емоційних порушень на соматичному компоненті. Алекситимія створює неможливість тонкого аналізу хворими свого психічного стану.

У психосоматичних хворих алекситимія зустрічаються в 2 рази частіше, ніж у хворих із невротичними розладами. Частота цих відповідей вірогідно корелює з уявленнями хворого про органічне походження його хвороби.

Серед контингенту хворих, які перенесли ІМ, алекситимія зустрічається з високою частотою (50 %), причому у хворих із гострим ІМ частіше, ніж у хворих з постінфарктним кардіосклерозом.

M.A. Lumley та співавт. у своєму дослідженні виявили, що алекситимія не пов'язана з наявністю чи тяжкістю органічної хвороби, а стосується тільки хворобливої поведінки і є властивістю особистості хворого.

M. Bach та співавт. на основі факторного аналізу показали, що алекситимія й соматизація є незалежними категоріями. Наявність алекситимії у структурі особистості пацієнтів з ІХС є додатковим, обтяжуючим перебіг захворювання, фактором, що спричинює розвиток тривоги й депресії. Особливості особистості соматичних хворих і сприйняття ними соматич-ного страждання істотно впливають на ефективність терапевтичних заходів.

В.Т. Волков і В.Ф. Виноградов показали, що у хворих на ІХС часто зустрічаються порушення в системі міжособистісних взаємин, незадоволення становищем у суспільстві, зниження мотивації до праці та якості життя. У соціально-психологічній дезадаптації цих осіб провідну роль відіграють психоемоційні порушення. Менш помітний, хоча й суттєвий, вплив на соціально-психологічний статус хворих здійснюють такі фактори, як визнання хворого інвалідом та тяжкість стенокардії.

Т.М. Головкіна та співавт. вважають, що психосоматичні та соматопсихічні співвідношення у хворих на ІХС є сплавом преморбідних особливостей особистості хворих та особливостей їх емоційно-вегетативної сфери, і одночасно реакцією відповіді на вплив психогенних факторів, а також емоційною реакцією на захворювання.

Встановлено, що у 44,3 % хворих, які в молодому віці перенесли ІМ, діагностується астеноневротичний симптомокомплекс, у 27,9 % превалювали нав'язливі стани, фобії, у 13,1 % домінуючим був істеричний симптомокомплекс з іпохондричними проявами, у 14,7 % емоційні розлади не набували вираженого характеру, обмежувалися дратівливістю і підвищеною втомлюваністю.

Профіль особистості хворих з ІХС, за результатами вивчення особистості за методикою MMPI, відрізнявся підвищенням показників за шкалами невротичної тріади (1-ша, 2-га, 3-тя шкали) в поєднанні з підвищенням показників за 7-ю, 8-ю, 9-ю шкалами і є характерним для тривожно-депресивних та іпохондричних розладів, стверджують, що хворі на ІХС бурхливіше, ніж здорові люди, реагують на події негативного емоційного навантаження.

С.Г. Ушенін обстежив 245 хворих на ІХС і встановив, що в 72 % всіх обстежених мають місце порушення психічної сфери. У 54 хворих (переважно з давністю захворювання до 1 року) ці порушення мали доклінічний характер і проявлялися відчуттям загального нездужання, слабкістю, погіршенням пам'яті, утрудненням зосередження, дратливістю, порушенням сну.

Автором виділено три основні варіанти доклінічних непсихотичних розладів — астенічний, субдепресивний та тривожний. У 133 хворих непсихотичні розлади психічної сфери були представлені різними варіантами клінічно диференційованої, стійкої симптоматики, структурованої в синдроми, що традиційно виділяються: астенічний, кардіофобічний, тривожно-депресивний, іпохондричний та істеричний.

При цьому спостерігався чіткий зв'язок між тяжкістю основного захворювання, його тривалістю (понад один рік) та наявністю клінічно вираженої психічної патології.

Поширеність психічних розладів у хворих з ІХС, за різними даними, складає 60–85 % під час госпіталізації і 15–30 % через рік після виписки зі стаціонару.

Виникнення психічних порушень після розвитку ІХС визначається сукупністю соматогенних і психосоціальних факторів.

Найбільш глибокі психічні розлади виникають при поєднанні серцево-больового синдрому, частих неспровокованих приступів аритмії й тяжкого ступеня недостатності кровообігу. У багатьох дослідженнях вивчалися зв'язки депресії й ризику розвитку ІХС у формі ІМ, стенокардії і смерті.

Виникнення афективних розладів (тривожно-депресивних, фобічних) спричинює почастішання приступів стенокардії, порушень серцевого ритму. В осіб з ІХС і психічними розладами приступи стенокардії й порушення серцевого ритму частіше провокуються емоційним напруженням, ніж у пацієнтів без психічних розладів. 59,8 % пацієнтів з ІХС, які надійшли на планове аортокоронарне шунтування, мали психічні порушення (астеноіпохондричний, тривожно-депресивний і психоорганічні синдроми).

Більше 50 % кардіологічних пацієнтів мають виражені симптоми депресії. Вони спостерігаються приблизно в одному з п'яти випадків протягом тижня після гострого ІМ, що пов'язано зі збільшенням ризику смерті та безпорадності. 15 % пацієнтів, які перенесли ІМ, відчувають протягом року симптоми депресії або тривожності.

Наявність цих розладів істотно знижує якість життя пацієнтів, збільшує кількість їх звернень до лікарів первинної медичної ланки. Депресія та страх дуже поширені серед хворих на ІХС і впливають на їх соматичний стан і повсякденну життєдіяльність.

Депресія є фактором ризику як розвитку серцево-судинної патології, так і смертності від цієї патології (після показника смертності від ІМ).

Підвищення ризику розвитку ІХС в 1,2–4,5 раза виявлено за умови наявності помірної або тяжкої депресії.

Аналогічні результати були одержані H. Hemingway, M. Marmot при метааналізі, що включав більш ранні дослідження.

У пацієнтів після ІМ депресія, що відповідала критеріям великого депресивного епізоду, виявлена в 15–20 % випадків, і ще 27 % пацієнтів мали ознаки малої депресії.

Наявність депресії в пацієнтів з ІМ пов'язана із значним погіршенням прогнозу. Найбільший ризик ускладнень був відзначений при найтяжчій формі депресії - тяжкому депресивному епізоді. У цих випадках частота смерті від ІМ зростала в 4,3–8 разів. Серед депресивних симптомів найбільше прогностичне значення мають зниження настрою й відчуття безнадійності.

Наявність депресії через місяць після аортокоронарного шунтування асоціювалася зі збільшенням частоти рецидивів стенокардії протягом 5 років спостереження.

Депресія також є вагомим фактором ризику підвищення загальної смертності. Хоча ІМ і летальний кінець є важливими критеріями несприятливої асоціації з депресією, але потрібно враховувати вплив депресії на інші аспекти: здатність одержувати задоволення від життя, інтерес до навколишніх подій, енергійність і т.д.

Наприклад, у пацієнтів після коронарної ангіопластики з наявністю депресії функціональна здатність була значно нижчою, ніж у пацієнтів без депресії.

Наявність двох чи більше депресивних симптомів у сполученні з недоліками соціальної інтеграції є незалежним предиктором погіршення стану в жінок з ІХС. Такі жінки мають збільшення на 80 % ризику смертності від серцево-судинних захворювань і триразове збільшення ризику смертності від застійної серцевої недостатності порівняно з жінками з меншою кількістю ознак депресії за геріатричною шкалою депресії.

Тривожність відзначається в пацієнтів з ІХС частіше, ніж серед загальної популяції. Наприклад, панічний розлад реєструється в 10–34 % випадків.

Тривожність має місце у 50 % госпіталізованих пацієнтів із гострими коронарними синдромами. Тривожно-депресивні стани частіше супроводжують АГ із кризовим перебігом, що ускладнюється нерідко інсультами й ІМ.

П'ять з шести досліджень тривожності при ХСК показали підвищення ризику розвитку ІХС в 1,5–3,8 раза при виявленні тривожних розладів. Виняток становило дослідження WISE (2001), у якому наявність в анамнезі тривожного розладу в жінок значно знижувало вірогідність значущого коронарного атеросклерозу за наслідками коронарної ангіографії.

За даними нідерландського дослідження, у чоловіків віком понад 55 років наявність тривожного розладу асоціювалася з підвищенням летальності після ІМ на 78 %.

Із трьох досліджень впливу тривожності на перебіг ІХС у двох показано підвищення ризику ускладнень в 2,5–4,9 раза. У дослідженні J. Denollet і D.L. Brutsaert при спостереженні протягом 6–10 років за пацієнтами, які перенесли ІМ, виявлений зв'язок між серцевими подіями у формі ІМ і серцевої смерті, з одного боку, і вираженістю тривожності, з іншого. У той же час тривожність не була незалежним фактором ризику і розглядалася як відбиття особливостей особистості типу В.

У пацієнтів з ІХС часто спостерігається тривожність, що може бути провісником виникнення ішемічного приступу.

Виявлення тривожності є реальним в умовах загальної практики й дозволяє почати своєчасне лікування, знизити індивідуальний дистрес, а також скоротити економічні витрати у зв'язку із запобіганням хроніфікації захворювання (E. Leibing, I. Schunemann).

Ознаки стресу виявляються у 75 % пацієнтів із гострими коронарними синдромами (C. Pignalberi та співавт.). N. Frasiirc-Smith зі співавт. відзначили збільшення річної летальності в 5,5 раза серед пацієнтів із підвищеним рівнем стресу й ІМ без зубця Q, тоді як у пацієнтів з ІМ із зубцем Q негативного впливу стресу виявлено не було.

R.A. Mayou зі співавт. показали, що виражений внутрішньолікарняний емоційний стрес після ІМ асоціювався з підвищенням річної летальності. У той же час не було знайдено впливу стресу на 3-річний прогноз у 1376 пацієнтів, які перенесли ІМ (C.M. Jenkinson).

При 48-годинному моніторуванні ЕКГ у 132 пацієнтів із стенокардією напруження E.C. Gullette зі співавт. показали, що після емоційного стресу протягом першої години ішемічні епізоди зустрічалися у два рази частіше.

K. Yoshida зі співавт. показали, що тест з емоційним стресом провокував спонтанну стенокардію так само часто, як холодовий тест (28 і 27 % відповідно), і частіше, ніж тест з гіпервентиляцією (13 %). У дослідженні CASIS щоденний стрес істотно й вірогідно знижував ефект антиангінального лікування, що оцінювався за тредміл-тестом і 48-годинною електрокардіографією.

Серед механізмів впливу стресу (гострого і хронічного) на перебіг ІХС важливе місце відводять вегетативному дисбалансу, зокрема підвищенню симпатичної активності й коагуляції, порушенню коронарної вазорегуляції й вазоспазму.

Використання агресивної техніки контролю стресу у пацієнтів після ІМ знизило майже на 50 % річну летальність і частоту інфарктів у ранньому дослідженні Ischemic Heart Disease Life Stress Monitoring Program, причому найбільший ефект спостерігався в пацієнтів із високим рівнем стресу.

У групі пацієнтів з ішемією міокарда, що викликалася тестом емоційного стресу, після 4-місячних занять з техніки зниження стресу J.A. Blumenthal зі співавт. виявили зниження на 74 % частоти коронарних інцидентів (смерті, інфаркту міокарда й реваскуляризації). У великому дослідженні, що включало 2823 пацієнти після ІМ у 6 центрах, програма психологічної реабілітації (контроль стресу, релаксація) через 12 місяців не змінила частоту тривожності, депресії, ускладнень і летальності, хоча напади стенокардії були дещо рідкішими (3 проти 4 на тиждень) і менше вживалися медикаменти. У переважній більшості попередніх досліджень вивчали довгостроковий вплив психологічних факторів на прогноз у пацієнтів, які перенесли ІМ.

У той же час психосоматичні відносини при нестабільній стенокардії вивчені недостатньо, хоча їх роль може бути суттєвою.

Наприклад, за даними F. Lesperance зі співавт. наявність депресії при нестабільній стенокардії асоціюється з підвищенням річної летальності в 6,7 раза. Важливе значення нестабільної стенокардії підкреслює відомий факт появи або посилення стенокардії в 50–70 % випадків перед ІМ, а також висока частота ризику смерті або нефатального ІМ - 8–16 % протягом місяця від початку захворювання.

Отже, прагнення врахувати всю сукупність психологічних і соматичних явищ у психосоматичній проблемі ІХС у кращому випадку призводить до песимістичного висновку про виняткову складність механізмів розвитку цього захворювання та його наслідків.

Основні наявні на сьогоднішній день психосоматичні концепції - чи то теорія специфічного емоційного конфлікту профілю особистості, чи уявлення про алекситимію, чи теорія багатофакторної детермінації ХСК, що включає біологічні, психологічні і соціальні складові, - не в змозі пояснити конкретні механізми включення психологічних феноменів у патогенез соматичних розладів.

Можливо, позитивну роль у вивченні етіопатогенезу психосоматичних захворювань відіграє, як думають окремі дослідники (В.М. Корнацький), системний підхід до проблем ХСК, якщо системні дослідження будуть здатні відтворити системоутворюючі підстави взаємозв'язків істотних детермінант їх генезу.

**1.2. Психосоматична складова розвитку серцево-судинних захворювань**

Сьогодні Україна знаходиться у складному соціально-політичному становищі, у громадян формується як гострий, так і хронічний стрес, що негативно впливає на стан їхнього здоров’я, зокрема на розвиток серцево-судинних захворювань.

Як відомо, стрес має прямий зв’язок із виникненням і подальшим розвитком серцево-судинних захворювань, таких як артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серці, аритмія тощо.

Провідне становище серед усіх внутрішніх хвороб займають порушення у діяльності серцево-судинної системи, який визначає особливе ставлення пацієнтів і лікарів до захворювань серця й судин.

Описано безліч функціональних розладів різних органів та систем організму, і серцево-судинні захворювання не є винятком.

Зазначено (як вітчизняними, і зарубіжними вченими), що кількість пацієнтів із функціональними порушеннями діяльності серцево-судинної системи неухильно зростає.

Зазвичай, формування серцево-судинної дисфункції і кардіофобії відбувається внаслідок невротичного зриву внаслідок тяжкої життєвої ситуації та труднощів адаптації.

Приводом до такого невротичного зриву найчастіше конфліктна ситуація в родині або на роботі, втрата близької людини, різні сексуальні проблеми, виробничі, громадські чи правові обставини, важко розв’язні чи практично нерозв’язні, але активно впливають на психіку людини.

Упродовж останніх десятиліть загальне уявлення про вплив психологічних факторів на стан здоров’я людини розширилось.

Це, зокрема, стосується їхньої шкідливої (депресія, тривожність, гнів/ворожість, гострий і хронічний стрес) та корисної (позитивні емоції, оптимістичне налаштування) дії. І все ж, незважаючи на численні дослідження, вивчення причиннонаслідкових зв’язків між психологічними чинниками і серцево-судинними захворюваннями й досі триває.

Психічні особливості пацієнтів із захворюваннями серцевосудинної системи вивчали Н.Д. Лакосіна, Г.К. Ушаков, психогенні реакції на хворобу пацієнтів з пороком серця вивчали В.П. Бєлов та В.В. Ковальов, значення неврозогенного та психогенного чинників при розвитку нападів стенокардії, ішемічної хвороби та інфаркту міокарду вивчалися Р.Ф. Лангом, Л.Р. Урсовою.

Більшість психологічно орієнтованих концепцій (зокрема психоаналітичних) відбиває психоцентричний напрям, що постулює психогенез як лінійну модель формування психосоматичних хвороб.

Така концепція вегетативного неврозу, запропонована свого часу F.Alexander і Т.М. French, зв’язує маніфестацію психосоматичних розладів з актуалізацією «несвідомих» конфліктів, які сформувалися в результаті придушених емоційних реакцій.

До психоцентричених належить і концепція психосоціального стресу, вплив котрого також інтерпретується як основа виникнення психосоматичних захворювань. Разом із цим у ряді клінічних досліджень (І.А. Мелентьева, М.М. Михайлова, Н.П. Гаргануєва, Б.В. Михайлова, І.Н. Сарвир, W. Loyallo, W. Gerin) висувається альтернатива наведеній вище думці: як первинна в генезі психосоматичних розладів розглядається соматична патологія.

Психологічні чинники – порушення системи значимих відносин особистості, неузгодженість когнітивного, емоційного і поведінкового компонентів відносин, різні типи внутрішньо-особистісних конфліктів, особливості особистості, характерні для неврозів, – виявляються й при психосоматичних захворюваннях (У. Luban-Plozza, W. Poldinger), до яких більшість авторів відносить хворобу серця, гіпертонічну хворобу та ін. (Ю.М. Губачов, Є.М. Стабровский, Б.Д. Карвасарський).

У сучасних умовах збільшується значимість психоемоційного стресу як самостійного чиннику ризику розвитку патології серцевосудинної системи (атеросклерозу, ішемічної хвороби серця, артеріальної гіпертензії) (О.С. Копіна, Б.А. Сидоренко, Є.І. Соколов, D.C. Greenwood, D. Lee).

У той же час клінічні спостереження свідчать про підвищення чутливості літніх людей до психогенних чинників (О.В. Коркушко, В.В. Фролькіс).

На високому рівні залишається частота гострих порушень коронарного та мозкового кровообігу, аритмій та раптової смерті людей старшого віку внаслідок дії психоемоційних чинників.

Важливе значення має вивчення психічних особливостей людей із захворюваннями серцево-судинної системи і виявлення чинників, що впливають на вираження захворювання, аналіз впливу психологічних особливостей людей із серцево-судинними проблемами на перебіг їхнього захворювання.

Актуальним та недостатньо розробленим питанням є також пошук засобів, направлених на профілактику психоемоційних особливостей хворих на серцево-судинні захворювання.

Сучасні клінічні дослідження переконливо свідчать, що вік пацієнта не є перешкодою до активного медикаментозного та хірургічного лікування багатьох серцево-судинних захворювань – ішемічна хвороба серця, артеріальної гіпертонії, атеросклерозу магістральних артерій, порушень ритму серця. Більше того, оскільки абсолютний ризик серцево-судинних ускладнень у літніх вище, лікування серцево-судинними захворюваннями у літніх навіть ефективніше, ніж в осіб молодого і середнього віку.

Хвороби серцево-судинної системи займають провідне місце у структурі загальної захворюваності та інвалідності населення.

До найбільш поширених із них належать ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба і церебральний атеросклероз.

Психоматичне страждання хворого стає прірвою між теперішнім і майбутнім. Лише вигляд здорових людей з їх життєвими турботами викликає у них роздратування; сміх або гучна музика – лють.

Напади гніву, ненависті до оточуючих можуть змінюватись слізьми з відчуттям незручності і жалкування з приводу «зриву» [3].

Нестерпний, вітальний страх, що його відчувають хворі у зв’язку з серцево-судинними порушеннями, не можна порівнювати із звичайними людськими відчуттями і переживаннями ні за інтенсивністю, ні за характером. Відчуття не загрози навіть, а близькості смерті, що насувається, стає для хворого єдиною існуючою реальністю. Той, здавалось б, факт, що десятки вже пережитих ним раніше подібних нападів не призвели ні до інфаркту, ні до серцевої недостатності, не має для них ніякого значення.

Відчуваючи страх за серце в період між нападами хворі постійно рахують пульс, старанно аналізують будь-які зміни серцевої діяльності [2].

Розрізняють болі в області серця психогенного характеру, які формуються як наслідок стресу в результаті важкої життєвої ситуації і труднощів адаптації.

Причиною стресу можуть бути конфліктні ситуації в сім’ї чи на роботі, втрата близької людини або поховання померлого від інфаркту міокарда, різні сексуальні, виробничі або суспільно правові важко розв’язні або практично нерозв’язні обставини, зачіпають найбільш вразливі риси особистості хворого. Велике значення у виникненні гострих кардіологічних нападів психогенного походження набувають при цьому фізичні перевантаження, всілякі інтоксикації, перенесені операції, соматичні або інфекційні захворювання і особливо тривалі переживання, пов’язані з хворобою [38].

Встановлено, що у серцево-судинних хворих переважають тривожні і депресивно-іпохондричні розлади (В.С. Волков).

Виникнення цих порушень пов’язано з особливостями преморбідної особистості (тривожно-недовірливі) і особливостями перебігу ішемічної хвороби серця.

Так, найбільш виражені психопатологічні порушення виявлені при постінфарктному кардіосклерозі, при приєднанні до стенокардії кардіологічних болів, а також при супутній артеріальній гіпертонії. За даними Г.В. Сидоренко, у хворих ішемічною хворобою серця достовірно підвищені в порівняно зі здоровими показники шкали іпохондрії [7].

В.М. Ільїна, О.О. Григор’єва вивчали психосоматичні співвідношення при кардіалгії пубертатного та клімактеричного періодів. Виявилося, що клінічні прояви кардіалгій в обох вікових групах залежали від особистісних особливостей, установок на подолання вікових недуг.

Загострювалися такі риси характеру, як помисливість, вразливість, песимізм, дратівливість, що створювало сприятливий грунт для різних вегетативних проявів. Посилення вегетативного неблагополуччя знижувало толерантність до важких ситуацій. Створювався замкнене коло, яке було важко подолати навіть при активній установці на боротьбу [1, 6].

На поведінку і реакцію хворого під час хвороби, перш за все, впливає структура особистості до хвороби. Багато авторів вважають, що адекватність реакції залежить від ступеня зрілості особистості і її інтелектуальних можливостей.

Так, у інфантильних, незрілих особистостей із рисами дитячості, часті витіснення і заперечення хвороби або «втеча у хворобу».

У астенічних, тривожних людей дуже важливі захворювання викликають бурхливу реакцію тривоги, хвилювання з наступними депресивно-іпохондричними і стійкими порушеннями.

Реакція на хворобу залежить від віку хворого. Тобто, реакція особистості різні, від повного ігнорування хвороби до трагічного сприйняття, «втечі в хворобу» і іпохондричної фіксації.

Настроювання індивіда на видужування чи хворобу отримує важливе, якщо не головне, значення для розвитку і протікання різних хвороб [5].

Серце і судини беруть участь у всіх формах життєдіяльності, хоча в нормі людина цього не усвідомлює. Патологічні порушення в серцево-судинній системі зв’язані зі страхом, гнівом, люттю, тугою й іншими негативними емоціями. Викид адреналіну, що відбувається при цьому, викликає звуження судин, частішання пульсу і посилення скорочення міокарда, що, у свою чергу, приводить до стану занепокоєння і страху.

Якщо через зовнішні чи затримки внутрішнього гальмування вже підготовлена активізація кровообігу не реалізується, в ряді випадків при цьому протягом тривалого часу може зберігатися порушення в чеканні виконання дії. Можлива і зворотна ситуація: витиснута зі свідомості установка на дію приводить до її напруги, що заміщує, у системі кровообігу.

З огляду на необхідність виявлення причин та проявів особливостей людей із захворюваннями серцево-судинної системи, розкриття передумов їхнього розвитку, аналіз психологічних особливостей хворих на на серцево-судинні захворювання, метою дослідження став теоретичний аналіз психологічних особливостей осіб із серцево-судинними захворюваннями та емпіричне дослідження їх впливу на розвиток захворювання.

У теоретичному аналізі ми спиралися на наукові положення про особистість, спрямованість особистості, хвороби системи кровообігу, особливості психокардіології, щодо перебігу хронічних психосоматичних захворювань та психологічних особливостей хворих на на серцево-судинні захворювання. Зупинилися на положенні, що одну із найвирішальних ролей у розвитку серцево-судинних захворювань видіграють негативні емоції. Саме вони стають фактичною причиною несподіваної смерті при інтактивних венечних артеріях або компенсованому пороці серця – патологічному стані, яке саме по собі не загрожує життю цих хворих.

Відомо, що ішемічна хвороба серця найчастіше розвивається в цілеспрямованих, вольових особистостей, які глибоко і довго переживають негативні емоції.

Описаний так званий коронарний тип людей, яким притаманні особливі риси характеру: відсутність задоволення від роботи, цілеспрямованість. Інфаркт міокарда як тяжке соматичне захворювання справляє інтенсивну психотравму, стресову дію передусім своєю гостротою, несподіваністю, суб’єктивністю тяжкістю, невизначеністю і можливістю трагічного кінця, ймовірністю інвалідності [2, 3].

На процес формування та розвитку серцевосудинних захворювань впливають наступні психологічні особливості: завищений рівень «емоційного вигорання»; домінування деструктивних установок у міжособистісних стосунках (у процесі налагодження комунікації); наявність схильності до особистісної конфліктності, агресивності, ворожості; високий рівень тривожності та неконструктивні стилі реагування у конфліктній ситуації.

Здійснивши аналіз проблеми вивчення психологічних особливостей людей з серцево-судинними захворюваннями було виявлено, що із віком послаблюється рефлекторний вплив на серце.

Порівняно з молодими людьми, в старечому віці зменшуються резерви фізичного навантаження і споживання кисню. Розрізняють болі в області серця психогенного характеру, які формуються як наслідок стресу в результаті важкої життєвої ситуації і труднощів адаптації.

Основний тип реакції на патологічний процес «втеча від хвороби», інший тип реакції хворих – розвиток хронічної кардіофобії. Пригніченість, туга, почуття вкороченої перспективи, безпорадності сприяє виникненню різноманітних порушень серцевого ритму при зростаючій афективній напрузі і кризах гострого страху.

Причиною стресу можуть бути конфліктні ситуації в сім’ї чи на роботі, втрата близької людини або поховання померлого від інфаркту міокарда, різні сексуальні, виробничі або суспільно правові важко розв’язні або практично нерозв’язні обставини, зачіпають найбільш вразливі риси особистості хворого.

Встановлено, що в серцево-судинних хворих переважають тривожні і депресивно-іпохондричні розлади. У всіх хворих рівень особистісної тривожності стабільно високий, рівень ситуативної тривожності корелює з важкістю соматичного стану хворих.

Крім емоційно-особистісних змін у хворих спостерігається і зниження розумової працездатності: труднощі при одночасному охопленні декількох елементів ситуації, що є наслідком звуження обсягу сприйняття; відзначається ослаблення концентрації та утримання уваги; хворі скаржаться на забудькуватість, зниження пам’яті.

Значне місце серед психічних порушень займають розлади сну. Велике місце в картині хвороби можуть займати фобії, в походженні яких часто грають роль психогенні та ятрогенні чинники.

Залежно від психологічних особливостей хворих можна виділити знижену, середню і підвищену адекватні реакції.

Адекватність реакції хворого на захворювання залежить від ступеню зрілості особистості, її віку та інтелектуальних можливостей.

В астенічних, тривожних людей дуже важливі захворювання викликають бурхливу реакцію тривоги, хвилювання з наступними депресивно-іпохондричними і стійкими порушеннями.

Психологічні фактори відіграють певну роль у виникненні реакцій з боку вегетативної нервової системи, що відображає зв’язок між рисами оптимізму і ворожості та стресостійкістю, здатністю вирішувати життєві проблеми, встановлювати соціальні контакти.

Значний зв’язок між соціальним напруженням та несприятливою для здоров’я поведінкою впливає на ризик розвитку захворювання.

Депресія може бути своєрідним посередником зв’язку між соціальним напруженням та поведінкою, що впливає на стан здоров’я.

Психосоматичні взаємовпливи, як і психосоматичні хвороби, становлять об’єктивну реальність. Серед складових синдромів таких хвороб постійно співіснують ознаки соматичного неблагополуччя і симптоми зміни психіки.

Будь-яка хвороба, навіть якщо вона не супроводжується руйнівними змінами мозкової діяльності, обов’язково змінює психіку хворого внаслідок появи нових, відсутніх до хвороби форм реагування хворого на хворобу.

В цих випадках треба зазначити про вплив страхів, неспокою, хвилювання хворого за наслідок хвороби (своєрідних аутопсихогеній) на його особистість.

Таке хвилювання має зазвичай складний характер і охоплює хвилювання суто індивідуальні, які завжди взаємопов’язані з такими, що мають суспільний, соціальний характер.

Порушення, які відбуваються внаслідок розвитку соматичної хвороби, зокрема встановленого в організмі гомеостазу діяльності систем і органів, супроводжуються змінами характеру нервової імпульсації, яка надходить від ушкоджених систем чи органів у головний мозок, та зміною вісцеральної церебральної соматопсихічної рівноваги.

У результаті змінюються фізіологічні параметри вищої нервової діяльності, що становить фізіологічний механізм відхилень у психічній діяльності.

В разі цього порушується соматопсихічна рівновага загалом, а також виникають специфічні зміни у психіці хворого.

Дослідження впливу соматичних захворювань на психічний стан особистості привертають увагу низки науковців.

Так, у працях В. В. Іщук виявлені та систематизовані медикопсихологічні предиктори формування психопатологічних розладів у разі низки ендокринних захворювань [1].

Цікаві дослідження, які стосуються особистісних властивостей пацієнтів та їх змін у зв’язку із захворюваннями на хронічний панкреатит, сечокам’яну хворобу, виразкову хворобу шлунка, дванадцятипалої кишки чи інших відділів шлунково-кишкового тракту, онкологічні захворювання проведені Ю. І. Заседою, В. В. Чугуновим, Л. О. Балка, Н. В. Кутовою, М. В. Марковою, Н. Є. Прохач та ін.

Ними встановлені психотерапевтичні феномени, які є в основі психофеноменологічного профілю таких хворих, показні їх відмінності та особливості [2; 3], обґрунтовано необхідність проведення заходів медико-психологічної підтримки пацієнтів [4], досліджено особистісні властивості пацієнтів, що може мати важливе значення для розробки психокорекційного підходу під час лікування [5; 6].

Вивченню особливостей змін характеру внаслідок артеріальної гіпертензії та інсульту присвячені праці І. В. Дроздова, В. В. Храмцова та ін. [7].

Оскільки нині за даними ВООЗ найпоширенішою патологією, що призводить до летальних наслідків, на яку страждає населення земної кулі, є серцево-судинні захворювання, актуальним стає вивчення можливих передумов їх виникнення, які пов’язані з впливами низки зовнішніх чинників на психічний стан людини, а також дослідження впливу патологічного стану організму на зміни, що відбуваються у психіці особистості.

Нервово-психічні порушення в разі соматичних захворювань, звичайно, складаються з психічних соматичних порушень та реакції особистості на хворобу.

Така реакція залежить від гостроти і темпу розвитку захворювання, уявлення про нього в хворого, виду лікування і психотерапевтичного оточення, особистості хворого, ставлення до хвороби родичів, колег, друзів.

Так, за ставленням пацієнта до хвороби Л. Л. Рохлін визначив такі варіанти: астенодепресивний, психоастенічний, іпохондричний, істеричний, ейфорично-анозогнозичний [8].

У разі астенодепресивного варіанта емоційна нестійкість, нетерпимість до подразників, спонукання до тривожності сприяють неправильному ставленню до хвороби, сприйняттю в похмурих відтінках усіх подій, що звичайно несприятливо впливає на перебіг захворювання і знижує успіх лікування.

Психоастенічний варіант – хворий переповнений переконанням у найгіршому результаті, чекає тяжких наслідків, постійно задає питання, ходить від одного лікаря до іншого, принаджує симптоми хвороби, які були у рідних, знайомих, знаходить їх ознаки у себе.

В іпохіндричному варіанті менш виявлена тривога і сумніви, а більше переконання в наявності хвороби. При істеричному варіанті все оцінюється з перебільшенням. Надто емоційні, схильні до фантазій особистості, начебто «живуть» хворобою, надають їй значення надзвичайності, особливого, неповторного страждання. Вони потребують до себе підвищеної уваги, звинувачують оточуючих у нерозумінні, недостатньому співчутті до їх страждань.

Ейфорично-анозогнозичний варіант – неувага до власного здоров’я, заперечення хвороби, відмова від досліджень і медичних призначень.

Розрізняють два основних чинники, які визначають ризик серцево-судинних захворювань: атеросклероз і стрес.

На посилення цих чинників впливають спосіб життя пацієнта, пов’язаний з харчуванням, алкоголізацією, курінням, гіподинамією, а також стан страху, напруження, агресивності та виснаження, які, своєю чергою, можуть мати, як наслідок, поведінку підвищеного ризику.

До факторів ризику відносяться напружений життєвий ритм, прагнення до успіху та соціальної значущості, неспокійно-напружена діяльність. Найчастіше причиною перенапруження є недостатня для виконуваної діяльності кваліфікація, так, що ризик інфаркту міокарда у новачка вищий, ніж у досвідченого працівника.

Конфлікти, пов’язані з перевантаженням, вони намагаються вирішити так само, як і всі інші конфлікти: закликами до себе самого інтенсивніше працювати, бути сильним і досконалим.

Страх зазнати невдачі їх постійно переслідує і ретельно приховується за удаваною компетентністю [8].

Сучасними дослідженнями встановлено, що важливе значення у розвитку серцево-судинних захворювань належить негативним емоціям, оскільки вони часто стають причиною несподіваної смерті при патологічному стані, який сам собою не загрожує життю хворих.

Так, ішемічна хвороба серця найчастіше розвивається у цілеспрямованих, вольових особистостей, які тривалий час переживають негативні емоції. Є коронарний тип людей, яким притаманні особливі риси характеру: відсутність задоволення від роботи, цілеспрямованість.

Інфаркт міокарда як складне соматичне захворювання викликає інтенсивну психотравму та стресову дію своєю гостротою, несподіваністю, невизначеністю, ймовірністю інвалідності і можливістю трагічного кінця.

У працях В. П. Блохіна та І. П. Сидельникова зазначено, що психічні розлади різноманітні та складні. Вони можуть розвиватися гостро, підгостро або поступово. За гострим періодом інфаркту міокарда може з’явитися стійке безсоння [4; 8].

На його тлі виникають психічні епізоди з ілюзорно-галюцинаторними розладами і руховим неспокоєм, з втратою критичного осмислення навколишнього середовища.

У гострому періоді інфаркту міокарда можливі зміни у виді тривоги, пригніченості, іноді з руховим неспокоєм. У хворого нагромаджується підсвідомий страх смерті. Описана симптоматика постійно поєднується зі загальною анастазією [9].

У підгострому періоді інфаркту міокарда здебільшого відбуваються зміни психічного стану людини. Найчастіше виявляються стійкі іпохондричні порушення. У бесіді з такими пацієнтами спостерігається надмірна зосередженість на власному захворюванні, його можливих наслідках.

Пригніченість, туга, відчуття вкороченої перспективи, безпорадності у хворих на інфаркт міокарда сприяє виникненню різноманітних порушень серцевого ритму, зумовлених не так безпосереднім пошкодженням міокарда, як нейрогуморальним порушенням серцевої діяльності в разі зростаючої афективної напруги і кризи гострого страху.

Очевидні депресивно-іпохондричні порушення, що виникають, з огляду на напади стенокардії або в гострому періоді інфаркту міокарда, є основою стійкої невротизації, іпохондричного розвитку особистості при задовільному соматичному стані пацієнтів. Депресія розвивається практично у всіх випадках інфаркту міокарда.

Чимала кількість «реактивної депресії» й її особлива (іноді фатальна) роль у перебігу та результаті хвороби свідчать про недопустимість «залякування» хворого цим діагнозом.

Масова неврозоподібна симптоматика часто є основною причиною затримки виздоровлення та розвитку соціальної інвалідизації надалі [9; 8].

Доказом афективних порушень є і повна відсутність зацікавленості до прогнозу захворювання, і постійна потреба у спілкуванні з лікарем. «Втеча у хворобу» та «втеча від хвороби» зі саморуйнівною поведінкою характерні для гострого періоду серцево-судинних захворювань. Неабиякого значення набувають добові коливання стану, стійкі порушення сну, часті виклики лікаря, погіршення стану у зв’язку з випискою. Це обумовлено страхом «за серце», який виникає частіше ввечері або вночі.

Тривожна боязливість, туга, пригніченість зберігаються протягом тривалого часу на тлі зниження загального життєвого тонусу і різко змінюють світосприйняття хворого. Цей «коронарний страх» замінює «свідомий», що виникає під впливом усвідомлення тієї небезпеки, яку становить хвороба для життя.

Кардіофобія, в яку трансформується вихідна депресивна реакція, стає причиною соціальної інвалідизацїї хворих, які захворіли на інфаркт міокарда чи інші серцево-судинні захворювання.

Важливе місце у загальному комплексі іпохондричного хвилювання і страхів хворих із серцево-судинними патологіями посідає страх повторення нападу. Порушення сну відбувається через страх «заснути і не прокинутись», характеризується вживанням захисних заходів (судинорозширювальних засобів на ніч, боротьба зі сном, що призводить до стійкого безсоння з тривожною фіксацією в разі будь-яких змін пульсу і «відчуття серця») розгортається по типу «неврозу очікування» повторного нападу.

Хворі пов’язують розвиток нападів із хвилюванням і розумовою напругою. Система захисних заходів ґрунтується на оберіганні себе від емоційних навантажень і «шкідливих» вражень, зберігаючи в таких хворих відчуття постійної тривоги на тлі різкого зниження загального життєвого тонусу. Можлива зміна сексуальної поведінки таких хворих, що в результаті призводить до психічної імпотенції. Розвиток стійкої кардіофобії у людей, що хворіли на інфаркт міокарда чи інші серцево-судинні захворювання, пов’язують із психопатичними або психопатоподібними порушеннями в анамнезі.

Вирішальне значення у формуванні кардіофобії мають не тільки преморбідні особливості особистості, а й зниження загального життєвого тонусу, зумовлене функціональними змінами центральної нервової системи.

Часто в медичній практиці трапляються випадки кардіофобії, які полягають у неприємних відчуттях у ділянці серця, що трансформується у свідомості хворого в симптоми передінфарктного стану зі страхом зупинки чи розриву серця.

Щоразу більше втрачаючи довіру до лікаря і до практичної медицини взагалі, ці хворі починають активно відвідувати не лише науково-популярні лекції, але навіть анатомічні музеї, намагаються потрапити на конференції, з’їзди лікарів.

Головним заняттям цих пацієнтів стає точне дотримання різноманітних гігієнічних і лікувальних рекомендацій. Охоплені непомірним страхом за власне життя і здоров’я, ці хворі відмовляються від найменших фізичних навантажень або починають «загартовувати» себе вправами. Іпохондричні страхи значно погіршують стан хворих, можуть стати причиною нападів не тільки під час фізичних навантажень, але й від їх очікування.

У разі гіпертонічної хвороби пацієнти зазвичай адекватно оцінюють свій стан здоров’я, правильно сприймають рекомендації і призначення лікаря. Частина їх з тривожно-підозрілими рисами підвищення артеріального тиску сприймає як трагедію, катастрофу.

Настрій у таких хворих пригнічений, вони зосереджуються на відчуттях, коло інтересів звужується, обмежується захворюванням. Інша група хворих ігнорує захворювання та відмовляється від лікування.

Таке ставлення до хвороби спостерігається в осіб, які зловживають алкоголем. Хворі, які тривалий час страждають від гіпертензїї, можуть звикнути до неї, не звертати уваги на серйозність захворювання та необхідність лікування.

Прогресуючи, захворювання може спричинити наростання чіткого симптомокомплексу, що передує органічній зміні психологічної діяльності, яка виявляється в порушені пам’яті, коливаннях настрою, слабкодухості, стомлюваності.

Хворі стають вразливими, у них з’являється іпохондрична зосередженість на різних відчуттях. Оскільки поведінка людей реалізується не у вакуумі, а в сфері міжособистісних відносин, честолюбна і працьовита особистість у випадках соматичної патології виявляє експансію і злість як домінуючий стиль поведінки [8].

Складні ситуації переживаються такими людьми як випробування їх спроможності до вирішення проблем. Окрім того, вони розглядають своє оточення як неповноцінне, що перешкоджає нормальному життю. У них переважає відчуття гніву, дратівливості та ворожості. Так формується виражена агресивна, егоїстична поведінка.

Серцево-судинні захворювання мають негативний вплив на стан психічного здоров’я особистості. Щоб краще зрозуміти, яка допомога необхідна хворим на соматичні серцево-судинні захворювання, треба врахувати особистість пацієнта.

Психічні фактори загалом діють тільки спільно з низкою соматичних факторів ризику (гіперхолестеринемія, артеріальна гіпертензія, паління, цукровий діабет, надмірна маса тіла й ін.).

З огляду на це, варто продовжувати дослідження, результати яких дадуть можливість найефективніше усувати вплив несприятливих психосоціальних і психоемоційних чинників на психіку осіб зі соматичними серцево-судинними захворюваннями.

Доцільно більше уваги приділяти ролі медико-соціальної роботи, яка повинна забезпечити гарантований мінімум медичної, психологічної та соціальної допомоги хворим із соматичними серцевосудинними захворюваннями.

Крім того, медико-соціальна допомога орієнтує органи охорони здоров’я та соціального захисту громадян на необхідність надання доступної не тільки лікувальної, але й соціальної та психологічної допомоги особам, які страждають на такі соматичні захворювання.

**1.3. Сучасні підходи у застосуванні засобів та методів фізичної реабілітації для осіб з захворюваннями серцево-судинної системи**

У підрозділі розкрито сучасні підходи у застосуванні засобів та методів фізичної реабілітації для осіб з гіпертонічною хворобою. Фiзичнi нaвaнтaження є життєвo неoбхiдним чинникoм, щo гарантує нopмaльне функцioнувaння opгaнiзму людини та oбеpiгaє вiд дoчaсних збоїв різних систем i функцiй. Фiзичнa активність – пoтужний спосіб у пpевентивнiй медицинi, a фізична pеaбiлiтaцiя – незaмiннa у лiкувaннi тa вiднoвленнi пopушених чи втpaчених функцій.

Оснoвна мета пoлягaє у пiдвищеннi aдaптaцiйних мoжливoстей opгaнiзму дo впливу на зoвнiшнiх i внутpiшнiх пoдpaзникiв.

Висвітлено загальні принципи фізичної реабілітації пацієнтів із гіпертронічною хворобою у клініці кардіології та основні прояви комбінованої патології.

Гіпертонічна хвороба, яка названа «хворобою цивілізації», в сучасному світі займає одне з перших місць в структурі захворюваності та смертності населення у всіх економічно розвинутих країнах.

Згідно аналізу показників, що характеризують стан здоров'я населення України, на частку смертності від хвороб кровообігу, включаючи гіпертонічну хворобу, припадає 61,7 %.

Ця проблема особлива актуальна, оскільки в останні роки спостерігається тенденція збільшення захворюваності та смертності (майже на 20 %) від хвороб системи кровообігу серед осіб молодого віку (30–49 років), а також дитячого і підліткового віку [1; 2].

Аналіз останніх досліджень з цієї проблеми вказує на те, що видне місце при гіпертонічній хворобі займає фізична реабілітація.

Проведений аналіз спеціальної літератури засвідчив, що багато питань обґрунтування можливості застосування методів фізичної реабілітації було розроблено. Так, М. Т. Преварська та Н. Ф. Гордонов запропонували методи фізичної реабілітації групи хворих з гіпертонічною хворобою [2; 5; 6].

Нині проблеми фізичної реабілітації хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) досліджують такі вчені, як: Г. Л. Апанасенко, І. І. Дзяк, Л. М. Поллока, Д. М. Стояновський, Д. Х. Шмід та ін. Засоби фізичної реабілітації рекомендуються медиками в якості нефармакологічного засобу, а також для доповнення до фармакотерапії при лікування ГХ [1; 3].

Гіпертонічна хвороба – найбільш поширена патологія в групі серцево-судинних захворювань. Істинну картину поширеності артеріальної гіпертензії серед населення дають епідеміологічні дослідження, в яких вимір артеріального тиску проводиться у великої кількості людей. До країн з високою поширеністю артеріальної гіпертензії належить і Україна.

Характеризуючи в цілому ситуацію в Україні відносно серцевосудинних захворювань необхідно виділити такі тенденції:

− збільшення поширеності серцево-судинних захворювань: артеріальної гіпертензії, ішемічної хвороби серця та цереброваскулярних порушень;

− висока поширеність мозкового інсульту, у тому числі серед осіб працездатного віку;

− високий рівень первинної інвалідності у зв'язку з серцево-судинними захворюваннями;

− високий рівень смертності, у тому числі серед осіб працездатного віку;

− зменшення середньої тривалості життя, особливо чоловіків; − зменшення чисельності населення.

Останніми роками спостерігається стійка тенденція зростання гіпертонічної хвороби. Це, з одного боку, зумовлено активним виявленням хворих на артеріальну гіпертензію, а з іншого – негативними змінами демографічної структури населення (спад народжуваності та збільшення питомої ваги осіб старших вікових груп) [4].

До цього часу в сучасній літературі не існує досить повного узагальнення даних з проблеми використання лікувальною фізичної культури, масажу та фізіотерапії при гіпертонічній хворобі. Ці обставини були позначені в процесі формування актуальності проблеми.

При лікуванні гіпертонічної хвороби слід використовувати комплексний метод, розуміючи під цим поєднання медикаментозної терапії з дієтотерапією, лікувальною фізичною культурою, лікувальним масажем та фізіотерапією.

Лікувальний масаж необхідно використовувати у фізичній реабілітації хворих на гіпертонічну хворобу з метою регуляції нервово-рефлекторних впливів. Імпульси, що надходять під час сеансу масажу з рефлексогенних зон до відділів центральної нервової системи (ЦНС), змінюють рівень регуляції кровообігу (за типом моторно-вісцеральних рефлексів).

При цьому відбувається збільшення кількості функціонуючих капілярів, рівня кровопостачання та посилення мікроциркуляції.

Водночас відбувається зниження тонусу артеріальних судин і підвищення тонусу венозних, підсилення крово- і лімфообігу, і, як наслідок, інтенсифікація окисновідновних та обмінних процесів.

Також підвищується кровопостачання серця, активізується його скорочувальна функція, усуваються застійні явища і набряки, нормалізується артеріальний тиск [3; 4; 5].

Фізична реабілітація хворих на поліклінічному етапі є важливою ланкою лікування і відновлення хворих з артеріальною гіпертензією І стадії та включає три режими рухової активності: щадний руховий режим (5–7 днів); щадно-тренуючий режим (2 тижні); тренуючий руховий режим (4 тижні).

При гіпертонічній хворобі варто також застосовувати сегментарнорефлекторний масаж паравертебральних зон верхньогрудних (D1–D3) та шийних (С2 – С7) спинномозкових сегментів.

Для цього потрібно призначати масаж комірцевої зони, задньої поверхні шиї, волосистої та лобної частин голови – погладжування, розминання, розтирання [1; 4; 6; 7].

Ці зони шкіри пов’язані з шийними і верхньогрудними сегментами спинного мозку та утвореннями шийного відділу автономної нервової системи (іннервація головного мозку, серця, легень).

В результаті застосування масажу зменшуються головні болі, знижується артеріальний тиск, оптимізується реґіонарний кровообіг, знижується загальна збудливість.

Протипоказання до проведення масажу:

– гіпертонічний криз, що виник раптово;

– часті церебральні кризи;

– наявність тяжкої форми цукрового діабету;

– загальні показання, при яких робити масаж не рекомендується.

Отже, проблема лікування та реабілітації хворих гіпертонічною хворобою має велике медичне і соціально-економічне значення через поширеність цієї патології, можливі важкі її ускладнення (інфаркт міокарду, мозковий інсульт), обмеженість чи втрата працездатності.

Однак комплексне застосування фізичної реабілітації, зокрема масажу дає змогу цілеспрямовано впливати на виявлені функціональні порушення серцево-судинної системи у хворих гіпертонічною хворобою.

За результатами проведеного дослідження можна зробити висновок, що при реабілітації хворих з гіпертонічною хворобою І ст. найбільш ефективним є комплексний підхід.

Раннє включення в лікувальний процес реабілітації масажу багато в чому забезпечує сприятливий перебіг і результат лікування захворювання, служить одним із чинників профілактики інвалідності.

**РОЗДІЛ 2**

**Емпіричне дослідження психології фізичної реабілітації осіб з захворюваннями серцево-судинної системи**

**2.1. Методи та організація дослідження**

У підрозділі обґрунтовано раціональне застосування методів дослідження відповідно до мети, завдань, об’єкта та предмета дослідження.

Дoслiдження булo стpуктуpoвaнo тpьoмa етапами, щo зaбезпечили нaступнiсть у плaнувaннi, oдеpжaннi, oбpoбцi, iнтеpпpетaцiї тa пoдaннi теopетичнoгo тa експериментального мaтеpiaлу.

Кількість дoслiджувaних склaла 95 пaцiєнтiв, хвopих нa шийнo-гpудний oстеoхoндpoз тa гіпертонічної хвороби.

Нa пеpшoму етaпi дoслiдження булo здiйсненo теopетичний aнaлiз сучaснoї лiтеpaтуpи тa пpaктичнoгo дoсвiду в сфеpi фiзичнoї pеaбiлiтaцiї пaцiєнтiв з шийнo-гpудним oстеoхoндpoзoм тa гіпертонічної хвороби.

Нa дpугoму етaпi пpoвoдилися oснoвнi дoслiдження – кoнстaтувaльний тa фopмувaльний експеpимент.

Нa етaпi фopмувaльнoгo експеpименту впpoвaджувaлaся кoмплекснa пpoгpaмa фiзичнoї pеaбiлiтaцiї для пaцiєнтiв iз шийнo-гpудним oстеoхoндpoзoм тa гіпертонічної хвороби, якi були poзпoдiленi на oснoвнi (OГ) тa кoнтpoльнi (КГ) гpупи зpiлoгo пеpioду (OГ1 (n = 28), КГ1(n = 28)) тa пoхилoгo вiку (OГ2 (n = 20), КГ2 (n = 19)), де OГ зaймaлися за poзpoбленoю кoмплекснoю пpoгpaмoю фiзичнoї pеaбiлiтaцiї, a КГ – зa стaндapтнoю пpoгpaмoю лiкувaльнoгo зaклaду.

Нa тpетьoму етaпi булo здiйсненo стaтистичне та aнaлiтичне oпpaцювaння pезультaтiв фopмувaльнoгo експеpименту, визнaченo ефективнiсть зaпpoпoнoвaнoї кoмплекснoї пpoгpaми фiзичнoї pеaбiлiтaцiї, сфopмульoвaнo виснoвки, пpедстaвленo та апробовано oснoвнi pезультaти дoслiджень.

Для розв’язання поставлених завдань використовувався комплекс методів: методика діагностики деструктивних установок у міжособистісних стосунках (за В.В. Бойко) та методика діагностики рівня «емоційного вигорання» (за В.В. Бойко), методика «Особистісна агресивність і конфліктність» (за Є.П. Ільїним і П.А. Ковальовим), методика визначення стилів реагування в конфлікті (за К. Томасом), особистісна шкала прояву тривоги (Дж. Тейлор в адаптації В.Г. Норакідзе); кількісний та якісний аналіз отриманих результатів.

У ході емпіричного дослідження хворих пацієнтів із серцевосудинними захворюваннями, ми виявили наступні психологічні особливості:

– у більшості групи виявлена досить висока схильність до конфліктності (47%) та на середньому рівні схильність до позитивної агресивності (30%), на низькому рівні виявлена схильність до негативної агресивності (23%), що свідчить про те, що не зайняті професійною діяльністю досліджувані, більш схильні емоційно реагувати на сварки та конфлікти, що виникають, тому більше агресії спостерігається з їх боку, вони часто ображаються на співрозмовника та не приймають іншу думку;

– провідними схильностями у людей з серцево-судинними захворюваннями є: схильність до неприйняття думки інших (14%), до підозріливості (14%), до непоступливості (15%); схильності до наступальності (15%) та до образливості (14%), що свідчить про схильність досліджуваних до конфліктної поведінки, непоступливість, підозрілість та часті образи, не сприйняття думки співрозмовника, не бажання йти на поступки, запальна реакція на зауваження опонентів;

– домінуючим стилем вирішення конфліктних ситуацій у людей із серцево-судинними захворюваннями є компроміс, що складає 29% по групі, поширеними є також такі стилі урегулювання конфліктів – суперництво та уникнення (по 21% кожний);

– домінуючими деструктивними (тобто негативними) комунікативними установками є: бурчання (41%), завуальована.жорстокість (24%) та негативний досвід спілкування (24%), що свідчить про приховану негативну оцінку оточуючих через отримання респондентами негативного досвіду спілкування, в тому числі у спілкуванні з близьким оточенням, іншими пацієнтами та лікарями;

– у групі досліджуваних людей із серцево-судинними захворюваннями домінуючими є симптоми: психосоматичні та психовегетативні порушення (12%), особистісне відчуження (деперсоналізація) (10%), емоційне відчуження (10%), емоційний дефіцит (10%), тривога і депресія (10%).

Провідною фазою емоційного вигорання у людей з серцево-судинними захворюваннями є фаза «Виснаження»;

– провідним рівнем тривожності у людей з серцево-судинними захворюваннями є високий (60%), що проявляється у нестійкості свого психологічного стану: підвищеній збудливості, частим швидким та різким змінам настрою, форм поведінки, схильність до депресивних станів, апатії.

У ході емпіричного дослідження хворих пацієнтів із серцевосудинними захворюваннями, ми виявили, що досліджувані мають підвищені агресивні реакції на зовнішні і внутрішні фактори, активно використовують прийоми психологічного захисту, мають нестабільний стан нервової системи близький стресового, підвищений рівень тривожності.

Виявлені психологічні особливості людей із серцево-судинними захворюваннями впливають на розвиток захворювання та його загострення. Виражені схильності викликають особистісні деформації та дестабілізують значною мірою їхній фізичний стан.

**2.2. Психологічний та статистичний аналіз результатів констатувального етапу дослідження**

Серцево-судинні захворювання (ССЗ), незважаючи на прогрес медичної науки, займають провідне місце в структурі захворюваності й смертності в Україні та світі, продовжують охоплювати все ширші, молодші верстви населення. Це основна причина смертності пацієнтів середнього і похилого віку в багатьох країнах [17].

Кількість дорослих з ССЗ в нашій країні склала 22381985 осіб, тобто 52,5% всього населення, із них в працездатному віці – 36,9%.

Найбільш поширені серед осіб працездатного віку гіпертонічна хвороба (ГХ) 44,1% та ішемічна хвороба серця (ІХС) 30,1%.

Поширеність і захворюваність на ССЗ стрімко зростає у пенсійному віці – 50,5% і 18,4%, відповідно, в якому значна питома вага ІХС (39,4% і 29,9%) та ГХ (27,0% і 18,3%) [19].

ССЗ призводять не лише до тривалих періодів тимчасової непрацездатності, а й до високого рівня інвалідності та значною мірою впливають на збільшення витрат на охорону здоров’я, особливо за умов невпинного постаріння населення.

Кардіологічна патологія займає перше місце у структурі первинної інвалідності дорослого населення, частка якої перевищує 26%. Щорічно в Україні стають інвалідами внаслідок ССЗ близько 14–15 осіб з кожних 10 тис. дорослих [8].

Щорічні втрати, за даними ВООЗ, складають понад 17,5 млн людських життів. За тривалістю життя Україна нині займає передостаннє місце серед країн Європи.

Сьогодні середня тривалість життя українців знаходиться на рівні 71,37 року. Відставання від провідних європейських країн на 8–9 років у жінок та на 12–13 років у чоловіків [14].

ССЗ у світі є основною причиною смертності – 30%. Найбільший внесок у смертність від ССЗ має ІХС – 68,9%. У країнах Європи ІХС – одна з основних причин смертності (біля 2 млн випадків на рік).

Серед окремих хвороб найбільше зростання смертності зафіксовано від ІХС – на 27,0%, ГХ, цереброваскулярних ускладнень, серцевої недостатності [14].

Лікування серцево–судинної патології дороговартісне та включає, поряд з медикаментозним, малоінвазивні або оперативні методики (для лікування гострих форм ІХС).

Незважаючи на це, в багатьох випадках не вдається досягти довготривалого позитивного ефекту через економічні витрати на лікування, наявність серйозних побічних дій та ускладнень від прийому фармакологічних середників, необхідність пожиттєвої терапії, а тому, відповідно, низький комплаєнс пацієнтів. Крім того, через відсутність корекції психологічних реакцій хворих на свій стан і перебіг хвороби [7].

Розвиток ССЗ тісно пов’язаний зі способом життя хворого. Аналіз останніх досліджень свідчить про наявність великої кількості факторів ризику, що сприяють розвитку ССЗ.

Серед них найвагоміші – надлишкова вага, гіперхолестеринемія, гіподинамія, шкідливі звички, ГХ, гіперглікемія, стрес, спадковість та ін. [8].

Отже, лікування ССЗ повинно бути комплексним, щоб забезпечити довготривалий позитивний ефект, збільшення виживання, покращання якості життя кардіологічних пацієнтів.

Стан проблеми вимагає багатофакторного підходу, цілого спектру лікувальних впливів. І серед них особливо актуальним є питання широкого використання кардіореабілітації, як невід’ємної частини вторинної профілактики ССЗ у поєднанні з традиційним лікуванням, а також, і первинної профілактики.

Про недостатні поінформованість і застосування лікарями–кардіологами терапевтичного ефекту через зміни в способі життя.

Кардіореабілітація – міждисциплінарна галузь медицини, в якій працюють кардіологи, терапевти, психотерапевти, дієтологи, лікарі лікувальної фізичної культури (ЛФК), сімейні лікарі, середні медичні працівники, які пройшли спеціальну підготовку [1; 2].

Наріжними аспектами кардіореабілітації є [2]: навчальне консультування пацієнтів, медикаментозна терапія, лікувальна фізична культура (ЛФК), дієтотерапія, психосоціальна реабілітація, усунення шкідливих звичок.

Лише лікар-кардіолог призначає хворому вид і об’єм кардіореабілітації, в залежності від медикаментозного і/або хірургічного лікування, загального стану й віку хворго, перебігу захворювання, наявності супутньої патології чи ускладнень, функціональних можливостей та фізичної адаптованості організму, визначає показання і протипоказання до застосування засобів реабілітації, послідовність їх використання, залучає до цього процесу відповідних фахівців, координує колективні дії.

Одне з провідних місць у комплексі відновного кардіологічного лікування займає фахівець з фізичної реабілітації, що закінчив вищий навчальний заклад з фізичної культури і спорту.

Виконуючи призначення лікаря-кардіолога, він підбирає засоби і форми ЛФК, розробляє методику застосування фізичних вправ на ранніх етапах лікування, окреслює і контролює програму подальшого функціонального відновлення дієздатності хворого, виявляє і розширює резервні можливості організму, тренує і готує до фізичних навантажень на роботі й в побуті, повертає до активного життя в соціумі [13; 18].

Дуже мало кардіологів мають досвід проведення кардіореабілітаційних заходів, оскільки цей вид лікування недостатньо висвітлений в навчальному матералі у вищих медичних закладах та на курсах вузької спеціалізації.

Як лікарі, так і хворі на ССЗ захворювання, повинні володіти інформацією щодо лікувальних можливостей та довгострокової користі кардіореабілітаційних програм, обовязкового їх виконання на рівні з медикаментозною терапією.

Проте, пацієнти потребують не лише підтримки та керівництва лікуючого лікаря, а й доступну інфраструктуру, яка сприятиме стійкості змін їх способу життя.

У багатьох країнах обмежені ресурси для проведення кардіореабілітації пацієнтів, так як недостатньо розвинена відповідна мережа закладів для проведення амбулаторної кардіореабілітації.

Такі об’єкти (спеціальні відділення, клуби, громадські об’єднання, школи здоров’я) мають бути територіально зручно розміщені, повинні включати в штат психологів, дієтологів ти ін. спеціалістів.

Лікарні загального та кардіологічного профілю повинні створювати програми амбулаторного етапу реабілітації.

Статистично доведено, що набагато кращі результати щодо зниження захворюваності та смертності досягаються при поєднанні засобів кардіологічної реабілітації зі загально–прийнятим лікуванням на грунті тривалих і стійких змін поведінки і способу життя хворих на ССЗ [11; 12].

Надзвичайно важливим постає розуміння лікарями головних цілей кардіологічної реабілітації серед яких слід відмітити: формування довгострокових змін в способі життя і поведінці хворих; психологічна адаптація до стану хронічної недуги; суттєве збільшення функціонального резерву організму; пристосування до повсякденного життя і праці; підтримання здорового стилю життя протягом максимально тривалого часу; диспансерне спостереження над реабілітованими [10].

Засоби медицини, наприклад, фармакологічні препарати, діють на одну–дві ланки патогенезу основних ССЗ, в той час як фізичні фактори, мають набагато ширший вплив не тільки на серце, а й на весь організм хворої людини [15].

Тому ефективність та успішність кардіореабілітації визначається дотриманням її основних принципів: раннього початку реабілітаційних заходів, що сприятиме швидшому відновленню функціонального стану серцево–судинної системи, попередженню виникнення ускладнень; неперервності та поетапної черговості реабілітаційних заходів, яка є запорукою скорочення строків стаціонарного лікування, зниження інвалідності та витрат на лікування; комплексності реабілітаційних заходів, що передбачає залучення, під керівництвом лікаря– кардіолога, інших спеціалістів: лікаря-ЛФК, психолога, соціолога та ін.; індивідуальності, бо кардіореабілітаційні програми складаються індивідуально для кожного хворого і залежать від загального стану, особливостей перебігу захворювання, вихідного рівня фізичного та функціонального стану, особистості хворого, віку, статі, професії; колективної реабілітації, яка морально підтримує пацієнта, показує позитивний приклад інших хворих, нівелює дискомфорт через наслідки захворювання, надає впевненості у можливості доброго прогнозу та швидшого одужання; психосоціальної реабілітації, що включає повернення індивіда до активної праці та сімейних відносин, робить людину матеріально незалежною, морально задоволеною, психічно стійкою [16].

У кардіореабілітації, як і в медичній реабілітації вцілому, згідно з рекомендаціями експертів ВООЗ, розрізняють два періоди лікарняний та післялікарняний. У кожному з них є визначені етапи.

У лікарняному періоді – один етап – І етап реабілітації, лікарняний (стаціанарний). А у другому післялікарняному періоді розрізняють: ІІ етап реабілітації, поліклінічний або реабілітаційний (вкючно з санаторним або санаторно-курортним) та ІІІ етап реабілітації – диспансерний [13].

Стаціонарний етап розпочинається в лікарні, де після встановлення діагнозу лікар складає хворому програму кардіореабілітації, що включає загальноприйняті методи лікування і спрямована на ліквідацію чи зменшення активності патологічного процесу, попередження ускладнень, започаткування розвитку компенсацій, відновлення функції органів і систем, поступову фізичну активізацію хворого.

На цьому етапі застосовується ЛФК, лікувальний масаж, деякі засоби фізіотерапії. Відбувається визначення функціонального стану хворого, його резервних можливостей. А наприкінці етапу коректується і накреслюється подальша програма реабілітаційних заходів [9].

Поліклінічний або реабілітаційний, санаторний етап проводиться після виписки хворого зі стаціонару, зі значним розширенням рухової активності. Тут домінує ЛФК з основною увагою на поступове збільшення фізичних навантажень, загальне тренування, підготовку до повсякденного життя і праці. Наприкінці відбувається тестування функціонального стану серцево-судинної системи [20].

Метою диспансерного етапу є нагляд над реабілітованими, психологічна підтримка, закріплення досягнених результатів, періодичні повторні обстеження з проведенням навантажувального тестування для визначення функціонального стану серця та організму загалом [5].

Розглянемо ланки кардіореабілітації, серед яких основною складовою є ЛФК. Головними особливостями, що відрізняють ЛФК від усіх інших методів лікування є свідома і активна участь хворого в процесі лікування його фізичними вправами [5].

Обгрунтування для використання засобів фізичної реабілітації у хворих на ССЗ, зокрема ІХС, базується на відомих даних про те, що фізичні вправи покращують функціональні можливості міокарду вже через 3–6 місяців після початку застосування.

Це доведено інструментальними методами дослідження (електрокардіографія, ехокардіографія) та функціональними тестами (велоергометрія, тейдміл-тест).

Крім того, фізичні вправи нормалізують артеріальний тиск (АТ), знижають рівень холестерину, зменшують надлишкову вагу, пригнічують потяг до тютюнопаління [4].

Виконання фізичних вправ хворими навіть не щоденно, а три рази на тиждень по 40–60 хв. сприяло не тільки значному зниженню рівня загального холестерину та холестерину низької щільності, а й стримувало прогресування цього фактора ризику ССЗ.

Поряд із покращанням показників ліпідного спектру крові, настає каскад послідовних позитивних змін – поступово знижається вага хворого, АТ спочатку має тенденцію до зниження, а потім до нормалізації.

Довготривале заняття ЛФК приводить в ряді випадків до повної відмови від цигарок. Використання засобів фізичної реабілітації зміцнює загальний фізичний стан кардіологічних хворих, що супроводжується покращенням їх психічного статусу по типу сомато–психічних реакцій [10].

Слід згадати і про ще один вагомий вид лікування фізичними вправами, а саме, механотерапію. Механотерапія в системі кардіореабілітації включається на післялікарняному періоді реабілітації в основну частину комплексу ЛФК.

До механотерапевтичного лікування належать тренажери різних конструкцій, які шляхом дозованих фізичних навантажень здатні впливати на серцево-судинну систему, сприяти підвищенню фізичної працездатності [18; 20].

Лікувальний масаж (ЛМ) також з успіхом застосовується як доповнення методик комплексної кардіореабілітації хворих на ССЗ. Він є ефективним засобом функціональної терапії.

Терапевтичний вплив масажу досягається дозованими механічними діями на тіло хворого, які наносяться руками масажиста чи спеціальними апаратами. ЛМ викликає місцеві та загальні нейрогуморальні зрушення в організмі, що зумовлено рефлекторними реакціями і виділенням біологічно активних речовин. Тому, ЛМ різнобічно і корисно впливає на організм хворого: стимулює функціональну здатність серцево-судинної та нервової систем, посилює репаративні процеси, розширює і збільшує кількість функціонуючих капілярів, знижає периферичний опір судин, посилює лімфовідтік. Все це сприяє ліквідації набряків, покращанню кровопостачання серця.

Крім того, позитивно впливає на дихальну систему, сприяючи ліквідації застійних явищ в малому колі кровообігу. Важко переоцінити корисний вплив ЛМ на обмін речовин, що полягає в активізації окислювально–відновних процесів, прискоренні виведення продуктів розпаду. Також, покращує настрій і самопочуття хворого [20].

Для кардіореабілітації можна використовувати з користю і деякі види фізіотерапії. Такі, як медикаментозний електрофорез, ампліпульс-терапія, електросон, магнітотерапія, світлотерапія, аероіонотерапія, гідротерапія та ін. [13]. Лікар-кардіолог у співпраці з реабілітологом може призначати поєднання засобів фізичної реабілітації з метою досягнення оптимального лікувального ефекту. За даними ВООЗ, стан здоров’я людини лише на 15% залежить від медичної допомоги, так само 15% припадає на генетичні фактори, а 70% визначається способом життя, з якого більша частина стосується харчування [17].

Лише 33% населення Європи і США мають індекс маси тіла менше 25 кг/м2. Більше 50% населення у світі й Україні страждають від надлишкової маси тіла. Загально визнано, що раціональне харчування – основа профілактики ССЗ.

Корекція порушень харчування в розвитку ССЗ може мати позитивний вплив від 10 до 40%, що співставно з ефектом медикаментозної терапії [12]. Традиційні фактори ризику розвитку ССЗ, такі як ожиріння, дисліпідемія, ГХ, цукровий діабет, добре піддаються дієтичному впливу. Доведена ефективність DASH дієти в зниженні ваги, нормалізації артеріального тиску, ліпідного спектру [10].

Тому важко переоцінити значення і необхідність включення дієтотерапії в комплекси кардіореабілітації. Хворий на ССЗ повинен отримати вичерпне консультування (за потребою, дієтолога) і супровід лікаря впродовж всієї тривалості програми кардіореабілітації.

Застосування принципів кардіопротективної дієти, спрямованої на зниження загальної калорійності раціону та питомої ваги в ньому насичених жирів, збільшення споживання овочів і фруктів, обмеження солі та алкоголю, здатні значно знизити кардіологічні ризики [4; 8].

Психологічні фактори, такі, як депресія, дистрес, низький моральний дух можуть підвищувати ризик подальшої смертності серед хворих, що перенесли інфаркт міокарду, перешкоджаючи адаптації людини до захворювання. Згідно даних метааналізу більш ніж 20 контрольованих досліджень, застосування психотерапії у хворих кардіологічного профілю виявилося ефективним не лише в напрямку позитивізації психологічного статусу цих хворих, а й щодо нормалізації АТ, зниження частоти серцевих скорочень і рівня холестерину [3].

Проблема використання психотерапевтичних методик у лікуванні ССЗ, нажаль, полягає у недостатній їх доступності та якості через відсутність психологів та психотерапевтів, які б спеціалізувалися у цій галузі.

Психокорекція повинна бути всебічною, включно з відновленням статевого життя, цьому якнайкраще сприяє участь в програмах ЛФК, які приводять до збільшення функціонального резерву серцево-судинної системи і нівелюють хвилювання, відчуття безпорадності або страху, часто повязані з недостатньою обізнаністю пацієнта [7].

Дуже важливо підібрати для конкретного хворого індивідуальну чи групову методику корекції біоповедінкових порушень в комплексі кардіореабілітаційних заходів з метою позитивного впливу на якість і тривалість життя.

На сучасному етапі фармакологічна реабілітація хворих на ССЗ є домінуючою і достатньо ефективною в кардіології. Проте вона не вирішує проблему довгострокової, часто пожиттєвої, перспективи лікування таких пацієнтів.

Малоінвазивне та кардіохірургічне лікування проводиться недостатній кількості хворих, які його потребують, що не вирішує проблему смертності від ССЗ. Так само і не сприяє зменшенню фінансових витрат в підтримці здоров’я кардіологічних пацієнтів.

Збільшення кількості хворих на ССЗ, які можуть приймати участь в програмах кардіореабілітації вимагає оцінки безпечності для пацієнта та його рівня прогресу в процесі лікування.

Методи стратифікації ризику дозволяють розробити прості, ефективні й недорогі програми для хворих з низьким ступенем ризику, заощаджуючи тим самим засоби для розробки програм для хворих з високим супенем кардіологічного ризику. Лікарі-кардіологи недостатньо поінформовані про методики кардіореабілітації, які слід включати в обовязковий матеріал на курсах підвищення кваліфікації у вищих навчальних закладах.

Доцільно впровадженя спеціальності кардіолога–реабілітолога у номенклатуру лікарських спеціальностей з вищою медичною освітою, як це є у більшості країн Європи, США, Канаді, Австралії. Де для здобуття сертифікату кардіолога–реабілітолога необхідно пройти 3–5 річне стажування «Реабілітація в кардіології» після закінчення ЗВО [2].

Для популяризації кардіореабілітації, підвищення її ваги у комплексному лікуванні хворих на ССЗ та просвіти пацієнтів можна використовувати друковані матеріали (методичні рекомендації, пам’ятки) та різні технічні засоби (аудіо–відеоматеріали, інтернетресурси), що дозволяють максимально зручно донести пацієнту користь і необхідність ЛФК, дієтотерапії, психокорекції та ін. кардіореабілітаційних методик.

Слід також значно розширити мережу кардіореабілітаційних центрів. Кардіореабілітація повинна, також, охоплювати психосоціальні фактори. Оскільки інвалідність, зумовлена психологічними факторами не має нічого спільного з порушенням фізіологічних функцій.

Багато хворих не повертаються до звичної професійної діяльності, нехтують сімейними обов’язками та ін. внаслідок депресії й тривожності. Стає очевидним, що кардіореабілітація є не лише одним із аспектів лікування будь–якої кардіологічної патології, а набуває все більшого значення як незамінна його ланка, оскільки виявляється економічно ефективним методом терапії.

Враховуючи величезну медичну, соціальну і економічну значимість проблеми лікування серцево-судинної патології, необхідно використовувати фізичні та ін. засоби кардіореабілітації, які підтвердили свою ефективність і показані до застосування в комплексному відновлювальному лікуванні хворих на ССЗ.

**РОЗДІЛ 3**

**сприяння процесу психології фізичної реабілітації осіб з захворюваннями серцево-судинної системи**

**3.1. Комплексна програма фізичної реабілітації осіб з захворюваннями серцево-судинної системи**

Умови життя сучасної людини висувають актуальні завдання вдосконалення наукового аналізу проблем її здоров’я. Людина - найвища цінність суспільства, а здоров’я, носієм якого вона є, зумовлює гармонійний розвиток людини і тим самим є запорукою всебічного розвитку суспільства.

Здоров’я людини - соціальна цінність, невід’ємна частина суспільного багатства, і від суспільства залежить, як здоров’я використовується, охороняється і відтворюється.

Аналіз здоров’я людини стає необхідною умовою розкриття і вдосконалення людських здібностей і можливостей як рушійної сили та найвищої мети суспільного прогресу [9].

Проблема здоров’я людини – одна з найбільш складних комплексних проблем сучасної науки. В одних працях обговорюється саме поняття «здоров’я», в інших досліджуються клінічні аспекти порушень здоров’я, треті присвячені дослідженню факторів, що визначають здоров’я, самостійну групу становлять праці, що розглядають шляхи й засоби відновлення, збереження і розвитку здоров’я.

Невелику частку досліджень складають теоретико-методологічні дослідження проблем здоров’я. Сучасною тенденцією в пізнанні здоров’я є міждисциплінарні дослідження, що підвищує їхню теоретичну й практичну ефективність.

Значну роль у вивченні проблем збереження здоров’я здорової людини відіграла інтегральна наука валеологія (Г. Апанасенко, Ю. Бойчук, І. Брехман, Е. Вайнер, М. Гончаренко, В. Горащук, М. Гриньова, Е. Казін, В. Казначеєв, В. Колбанов, В. Кулініченко, Г. Кураєв, І. Муравов, В. Петленко, С. Страшко та ін.). Але незважаючи на розвиток валеологічних досліджень, практично для всіх робіт, присвячених здоров’ю, більша увага приділяється показникам патології, аніж здоров’я.

По інерції триває аналіз переважно негативного боку діалектичної єдності «хвороба-здоров’я». У той же час на прямі показники здоров’я мало звертається уваги, що призводить до однобічного тлумачення проблеми людського здоров’я та факторів, що його детермінують.

Показники патології залишаються основою стратегії сучасної державної системи охорони здоров’я. Панівні принципи профілактики й диспансеризації виключно орієнтовані на державну реєстрацію хвороб і смертей (звідки походить відомий вислів про те, що немає здорових, а є недообстежені). У час науково-технічного, соціального й інформаційного розвитку цивілізації, зростання різноманітних ризиків, увага науковців має бути переорієнтована на здорову людину.

Основним завданням сучасної валеологічної та медичної науки в нашій країні має стати вироблення довгострокової стратегії збереження населення України й найшвидшого відновлення його здоров’я.

Особливу актуальність посідають дослідження з розробки фундаментальних основ індивідуального здоров’я, а саме: міждисциплінарні дослідження механізмів здоров’я та факторів, що на нього впливають; створення баз валеологічної інформації; математичних моделей; експертних систем оцінювання показників здоров’я; інтелектуального забезпечення здоров’язбереження.

Визначення практичних шляхів здоров’язбереження потребує виявлення сутності ключового поняття «здоров’я». Наші розвідки свідчать про наявність більше 450 визначень здоров’я людини, сформульованих фахівцями з різних наукових дисциплін.

Можна відмітити шість основних типів сутнісних елементів визначення здоров’я:

1) здоров’я як норма функціонування організму на всіх рівнях його організації;

2) здоров’я як динамічна рівновага (гармонія) життєвих функцій організму;

3) здоров’я як повноцінне виконання основних соціальних функцій, участь у житті суспільства й активна трудова діяльність;

4) здатність організму адаптуватися до умов навколишнього середовища, що змінюється;

5) відсутність патологічних змін і нормальне самопочуття;

6) повне фізичне, духовне, розумове й соціальне благополуччя.

Одночасно з цим треба зазначити, що до теперішнього часу немає загальноприйнятого визначення поняття «здоров’я людини» [7].

Багато дослідників традиційно продовжують вважати, що розвʼязання цього завдання є виключно проблемою медико-біологічних наук. Але відзначимо, що здоров’я людини є також проблемою філософії, соціології, психології, педагогіки та низки інших наук. Брак конструктивного та уніфікованого підходу до визначення здоров’я створює труднощі й невизначеність в результатах наукових досліджень з оцінки впливу різних факторів на здоров’я, визначення рівня здоров’я та компетентного пошуку оптимальних шляхів здоров’язбереження.

Аналіз різних визначень поняття «здоров’я» засвідчив, що більшість авторів уважає здоров’я станом організму людини. У деяких працях здоров’я визначається іншими смисловими термінами: взаємодія, рівновага, властивість, показник, явище, можливість, процес тощо.

Всупереч усталеним визначенням здоров’я через клас станів та пасивних процесів, дослідник В. Ліщук, уважав, що здоров’я має пояснюватися з позицій концепції активного самозбереження та саморозвитку організму [10].

Не можна не погодитися з його думкою про те, що «стан повного благополуччя» приводить до зниження напруження організму і його систем, тобто до падіння його резистентності, тому стан благополуччя може призвести до нездоров’я.

Незадоволеність, прагнення до самовдосконалення, супротив злу, підтримання і творіння добра є невід’ємними передумовами здорового тіла і духу. Нижній рівнь суб’єктивного відчуття благополуччя, як і верхній – об’єктивного статку, можливостей, мають бути актуалізованими, виходячи з рівня збереження й збільшення здатності організму до самозбереження й відтворення.

Повне благополуччя як результат низької вимогливості чи претензій «райського» комфорту є несумісним зі здоров’ям [10]. В останні десятиліття завдяки розвитку валеологічних досліджень уявлення про здоров’я істотно змінилося.

Здоров’я стало розумітися як процес формування й підтримання динамічної рівноваги організму на соматичному і психічному рівнях на основі біохімічних й інформаційнопсихологічних адаптаційних механізмів.

Так, засновник валеології як науки І. Брехман одним із перших запропонував інформаційно-психологічне трактування сутності здоров’я: Здоров’я людини – це її здатність зберігати відповідну віку стійкість до різких змін кількісних і якісних параметрів потоку сенсорної, вербальної і структурної інформації [27].

В. Казначеєв підкреслював, що здоров’я – це цілісний багатовимірний динамічний стан, що розвивається в процесі реалізації генетичного потенціалу в умовах конкретного соціального й екологічного середовища і дозволяє людині в різному ступені здійснювати її біологічні та соціальні функції; процес збереження і розвитку фізіологічних властивостей, потенцій психічних і соціальних; процес максимальної тривалості життя при оптимальній працездатності й соціальної активності [55].

Це визначення можна вважати найбільш вдало представленим із позицій цільових функцій будь-якого суспільства. Велике значення для розуміння сутності здоров’я має осмислення космопланетарного феномену людини з позицій нової філософсько-світоглядної платформи світової науки, яка базується на переході від Ньютонівської речовинно-механічної парадигми до Ейнштейнівської моделі енергоінформаційного аспекту в пізнанні Буття, уявленні про людину як про багаторівневу космічну істоту, яка має фізичний і енергоінформаційний плани (А. Акімов, А. Васильчук, В. Волченко, Е. Годік, П. Гаряєв, М. Гончаренко, Ю. Гуляєв, В. Казначеєв, Г. Шипов та ін.) [1; 2; 4].

Формула А. Ейнштейна E = mc2 дозволила зрозуміти сучасним ученим зв’язок енергії і речовини, подати внутрішню єдність людини й наблизитися до розуміння її «тонкої структури».

Речовина (тобто молекулярно-атомний рівень) – це субстанція, яка створюється за рахунок частот вібрації енергії, тобто це – «затверділе» світло в корпускулярному стані на відміну від хвильового (тонкого).

Субатомний рівень є перехідним. Електрони можуть проявляти корпускулярні і хвильові якості залежно від умов. Подвійність властивостей матерії (частка-хвиля) дозволила з нової точки зору подивитися на будову тіла людини, зрозуміти її тонкі структури (тіло, чакри, канали, біологічно активні точки), наблизитися до розуміння природи біополя та енергоінформаційних зв’язків людини.

Корпускулярно-хвильовий дуалізм людини потребує свого нового осмислення стосовно існування людської душі, здоров’я і хвороби, життя і смерті, трактування людського індивіда як голограми Всесвіту.

У сучасних валеологічних дослідженнях здоров’я наголошується, що незважаючи на простоту цього поняття, у ньому відбиваються основні аспекти біологічного, соціального, психологічного й духовного буття людини у світі, пов’язані з її здатністю пристосуватися до мінливих умов природного й соціального середовища.

У сучасній науковій думці зроблено низку спроб багатокомпонентного підходу до здоров’я, запропонувати його холістичну (цілісну) модель (Р. Айзман, Б. Братусь, М. Гончаренко, І. Дубровіна, І. Єжов, В. Кукушин та ін.).

З позицій єдності здоров’я, яке складається з взаємопов’язаних складових, було виділено такі компоненти здоров’я: фізичне, психоемоційне, інтелектуальне, соціальне, особистісне й духовне. Так, під фізичним компонентом здоров’я розуміється те, як функціонує організм, усі його органи й системи, рівень їх резервних можливостей.

Цей аспект також передбачає наявність чи відсутність фізичних дефектів, захворювань, в тому числі генетичних. Психоемоційний компонент здоров’я характеризує стан психічної сфери, наявність чи відсутність нервовопсихічних відхилень, уміння розуміти й виражати свої емоції, спосіб вираження ставлення до самого себе й оточуючих.

Під інтелектуальним компонентом здоров’я розуміється те, як людина засвоює інформацію, використовує її, ефективність пошуку й накопичення необхідної інформації, що забезпечує розвиток особистості та її адаптацію в навколишньому світі.

Соціальний компонент здоров’я передбачає усвідомлення особистістю себе як суб’єкта чоловічої чи жіночої статі, виконання відповідних статеворольових функцій у соціумі. Він відображає спосіб спілкування і взаємини з різними групами людей (однолітками, колегами, родичами, сусідами, дітьми та ін.).

Особистісний компонент здоров’я означає те, як людина усвідомлює себе як особистість, як розвивається її власне «Я», тобто самовідчуття власної самореалізації.

Гармонійне поєднання різних способів і цілей самореалізації людини як особистості і є основою особистісного здоров’я. Духовний компонент здоров’я відображає суть людського буття, тобто основоположні цільові життєві настанови, які забезпечують цілісність особистості, її розвиток та життя в суспільстві.

Це – стрижень цілісного здоров’я, який особливим чином впливає на інші його компоненти. Будь-яке рішення, прийняте людиною, може бути спрямованим або на підтримання здоров’я й попередження захворювання, або на руйнацію його як цілісної системи та розвиток хвороби.

Важливо відмітити, що з віком людини, у процесі індивідуального розвитку змінюється внесок кожного з компонентів у цілісне здоров’я: якщо в дитячому віці провідними були фізичне, психоемоційне й інтелектуальне здоров’я, то в зрілому віці духовне, соціальне й особистісне здоров’я виходять на перший план.

Отже, сучасна валеологія ґрунтується на холістичній моделі здоров’я, розглядається як процес оптимальної адаптації людини до природного і соціального середовища. Оскільки сутність людського життя не може бути вичерпно описана тільки в термінах адаптації, то виділяють духовний аспект здоров’я, який пов’язаний зі світом самореалізації людини в культурі та світі людських стосунків.

Примат духа над тілом є підставою для того, що духовний компонент є компонентою власне людського здоров’я, істотною відмінністю людини від інших живих істот.

Цілісність індивідуального здоров’я визначаються різними системами, що беруть участь у підтриманні конкретного стану, рівня здоров’я.

Вони інтегрально відображають будь-який прояв здоров’я, тісно пов’язані між собою і можуть бути виражені кількісно й якісно: рівень і гармонійність фізичного розвитку; резервні можливості основних фізіологічних систем; рівень імунного захисту й неспецифічної резистентності організму; наявність або відсутність хронічного захворювання, дефекту розвитку; здатність звільнюватися від метаболітів та ендотоксинів; рівень морально-вольових і ціннісно-мотиваційних настанов.

Холістичний підхід дозволяє визначити ієрархію рівнів у природі як єдиній цілісній системі, одним з елементів якої є людське здоров’я [15].

За такого розгляду проблема здоров’я виявляє зв’язок з соціоекосистемою як метацілісністю більш високого рівня. По суті, здоров’я індивіда, етносу, людства перебувають у своїх взаємозв’язках, з одного боку, як умова, а з іншого як результат сталого розвитку соціоекосистеми.

Холістичний підхід дозволяє розглядати з єдиних позицій усі аспекти космопланетарної та біопсихосоціокультурної природи людини. Він дає можливість розглядати здоров’я як системоутворювальну якість, результат взаємодії біосфери, біології та екології людини, її способу життя та цілеспрямованої самонастанови на здоров’я. Характеристики здоров’я етносів і людства в цілому необхідно розглядати з урахуванням впливу факторів соціальної еволюції, історії етносів і людства [5].

Отже, холістичний підхід до здоров’я зумовлює необхідність розгляду людини як частини соціоекосистеми, яка активно на неї впливає й одночасно зазнає зворотної дії з її боку.

В умовах глобальної екологічної та соціальноекономічної кризи застосування холістичного підходу до розуміння природи людини та механізмів її здоров’я сприяє формуванню філософії самозбереження як світоглядної платформи запобігання деградації біосфери і людини [1; 2; 4].

Здоров’я – багатовимірний феномен і виявляється на індивідуальному і популяційному рівнях. Під індивідуальним здоров’ям розуміють динамічний стан збереження й розвитку психофізіологічних функцій індивіду, його оптимальної працездатності й соціальної активності при максимальній тривалості життя.

Популяційне здоров’я (здоров’я населення, колективне, суспільне або громадське) – це процес соціально-історичного розвитку біологічної і психосоціальної життєздатності населення, яке проживає на певній території, у низці поколінь, підвищення його працездатності й продуктивності колективної праці, зростання екологічного домінування та вдосконалення людини як виду.

О. Кудрявцева здоров’я населення пропонує розглядати не як суму здоров’я окремих індивідів, а як інтегральну категорію, що детермінується такими чинниками, як політика й стратегія держави, спрямовані на збереження і поліпшення здоров’я населення, умови взаємодії соціальних групі виробничих колективів у процесі праці, суспільного життя, у побуті.

На здоров’я населення впливають особливості демографічних процесів у країні, показники фізичного розвитку підростаючого покоління, тенденції змін у характері патології населення тощо [9].

Із цих позицій О. Кудрявцева [9] здоров’я населення визначає як соціально-демографічну категорію, яка відображає здатність членів суспільства повноцінного виконувати функцію з подальшого розвитку суспільства і вести спосіб життя, що забезпечує збереження, зміцнення й розвиток цієї здатності.

Функції з подальшого розвитку суспільства виражаються в різних типах його діяльності – перш за все в успішній трудовій, яка свідчить про прагнення членів суспільства виконувати покладені на них трудові обов’язки і тим самим сприяти своєму розвиткові як певної цілісності. На особливу увагу заслуговує визначення поняття «здорова людина».

Це поняття, як і поняття «здоров’я», також має відносний, абстрактний характер. Воно стає конкретним тільки тоді, коли стосується окремого індивіда.

Одна з найбільш вдалих спроб визначення здорової людини зроблена О. Кудрявцевою і тому ми вважаємо за необхідне звернутися до її дослідження.

Дослідниця переконана в тому, що основним критерієм здорової людини, крім наявності у неї медико-біологічних ознак здоров’я, є також повноцінне виконання нею соціальних функцій, що таким чином охоплює медико-біологічну (фізіологічну), психологічну, світоглядну передумови, що складають основу можливостей для людини виконувати свою головну роль, своє основне призначення – бути членом суспільства, учасником виробництва, активним членом трудового колективу, сім’ї тощо [9].

Така спроба визначити здорову людину жодним чином не є зазіханням на юридичні норми у відношенні прав людини, пов’язаних із можливістю працювати, вести життя повноцінної людини. Ця спроба зроблена лише для сприяння усуненню методологічних суперечностей, що мають місце в наукових дослідженнях щодо розуміння сутності здоров’я людини. Звичайно, що існує потреба в осмисленні юридичних аспектів здоров’я людини, але це завдання мають розвʼязувати відповідні фахівці.

Окремої уваги потребує юридичне осмислення поведінки здорових людей у медико-біологічному смислі, але які не хочуть виконувати свої соціальні функції й ведуть паразитичний спосіб життя. О. Кудрявцевою на основі здатності до виконання соціальних функцій виділено декілька типів здорових людей [9]:

Тип І. Цілком здорова, повноцінно й ефективно виконує соціальні функції.

Тип ІІ. У даний час здорова, але впродовж поточного року перенесла респіраторне захворювання без ускладнень. Це захворювання не вплинуло на здатність індивіда повноцінно й ефективно виконувати соціальні функції.

Тип ІІІ. Здорова, але має осередки хронічної інфекції, які не викликають зниження функції й не перешкоджають повноцінному виконанню соціальних обов’язків.

Тип ІV. Уважає себе та за об’єктивними медичними даними є здоровою, але час від часу висуває скарги про можливу наявність нерозпізнаного преморбідного стану, але всі свої соціальні функції виконує достатньо повно.

Тип V. Здорова, але іноді відчуває недомагання, пов’язані, наприклад із процесом акліматизації при переїзді з одного регіону в інший, з перебуванням у стресовій ситуації тощо.

Тип VІ. Умовно можна віднести до здорових індивідів і тих, хто на думку лікаря і за власною оцінкою, здоровий, повноцінно й ефективно виконує свої соціальні функції, але одночасно має низку порушень у способі життя (палить, зловживає алкоголем, не виконує гігієнічних вимог до режиму дня, харчування, відпочинку тощо).

Хоча такий тип індивіда є здоровим на даний момент, але потенційно ця людина нездорова, оскільки перелічені порушення є факторами ризику, які можуть викликати те чи інше захворювання.

Звичайно, виділені типи не вичерпують усієї сукупності здорових людей, але вони є найбільш характерними й можуть використовуватися для наукових та практичних цілей. Розуміння сутності здоров’я вимагає конструктивного підходу до розуміння змісту поняття «здоровий спосіб життя».

Ці два поняття є невід’ємними, бо здоров’я особистості, колективу, суспільства безпосередньо залежить від способу життєдіяльності, який визначається способом виробництва, рівнем та якістю життя, сукупністю природно-географічних, екологічних, суспільно-історичних умов та мотиваційно-ціннісних настанов.

Саме в найбільш істотних формах життєдіяльності людини, тобто в способі життя буде проявлятися її здоров’я – у тому числі адаптація до умов навколишнього середовища, гармонія всіх функціональних систем, здатність повноцінно виконувати соціальні функції.

Узагальнюючи трактування різними дослідниками цього поняття, можна зробити висновок, що здоровий спосіб життя – це типові та істотні для даної суспільно-економічної формації види, типи, способи життєдіяльності, які зміцнюють адаптивні можливості організму людини, сприяють успішному відновленню, підтримці й розвитку його резервних можливостей, повноцінному виконанню людиною соціальних функцій і досягненню активного довголіття.

Здоровий спосіб життя як активна діяльність суб’єкта спонукається мотивами, що визначають її спрямованість, у даному випадку, на збереження й примноження здоров’я.

Цілісність людської культури має відтворюватися як символ у кожній людині. Відповідно, система взаємозалежних культуроувторювальних символів «здоров’я-здоровий спосіб життя» повинна підтримувати цілісність культури за допомогою її відтворення в кожній окремій людині.

Культура здоров’я – це поняття, яке ширшим ніж поняття «здоровий спосіб життя», оскільки воно є складовою частиною загальної культури особистості і не просто проявляється в здорових життєвих звичках особистості, а стає критерієм оцінки способу її буття.

Сутність поняття «культура здоров’я» полягає в тому, що здоровий спосіб життя, як основний його стрижень – це науково обґрунтований, культурний, найбільш раціональний і оптимальний у конкретних умовах, усвідомлений особистістю як життєва необхідність, спосіб життя [21 ].

Зв’язуючим елементом у тріаді «здоров’я-здоровий спосіб життякультура здоров’я» є ціннісне ставлення до здоров’я. Звертаючись до проблеми культури здоров’я, дослідник А. Маджуга виділяє такі її види, що становлять інтерес для нашого дослідження [11]: культура фізична, показник якої – здатність індивіда впродовж усього свого свідомого життя керувати природовідповідними рухами свого тіла, тобто фізичними рухами, що забезпечують гнучкість хребта й еластичність м’язів; культура психологічна, фундамент якої – здатність людини керувати своїми почуттями й емоціями й на основі цього, а також на основі знань побудови безконфліктних стосунків, вступати в контакт з навколишніми людьми.

А. Маджуга звертає увагу та те, що необхідно додати до цього переліку ще один вид культури – культуру сексуальну, розуміючи її, як здатність людини керувати своєю сексуальною енергією з позицій вищих морально-духовних законів, вироблених людством упродовж усієї історії свого розвитку, регулюючи системи морально-духовних взаємин між статями й зумовлюючи тим самим здоровий характер цих взаємин.

А. Мітяєва акцентує увагу на тому, що культуру здоров’я необхідно визначати не тільки як суму знань про здоров’я, але й як активно-зацікавлену поведінку, засновану на духовних началах ставлення людини до потенціалу свого розвитку [8].

Дуже важливо, на думку А. Мітяєвої, що людина розглядається як суб’єкт власного розвитку й одночасно як головний результат своєї діяльності зі зміни самої себе.

Культуру здоров’я з цієї точки зору, на її думку, можна визначити як самосвідомість, самовідтворення людини в конкретних умовах її суспільно-перетворювальної (матеріальної і духовної) діяльності. Відповідно, суспільно-перетворювальна діяльність культури фізичної – це управління рухами тіла й функціональними можливостями організму; культури психологічної – це управління своїм мисленням [12].

Крім визначення формулювання поняття здоров’я, завжди актуальним є питання можливостей його вимірювання, тобто отримання прямих характеристик, що відображають позитивну сторону діалектичної єдності «здоров’я-хвороба».

Ці показники визначені як основні (кінцеві, цільові), суспільно значущі показники здоров’я. Вони ж у свою чергу визначаються медичними показниками (хвороби зі своїми показниками).

У свою чергу медичні показники формуються (іноді частково) на основі біологічних показників (генетичних, біохімічних, цитологічних, гістологічних тощо). Як бачимо, суспільно значущі показники здоров’я обов’язково визначаються біологічними параметрами людського організму.

Звичайно, що на кожний показник упродовж життя людини помітний вплив спричиняють соціальні фактори, які самі по собі, ізольовано, не можуть характеризувати здоров’я, оскільки перебувають поза організмом і не є медичними чи біологічними характеристиками людини.

Соціальним у понятті здоров’я людини (групи, суспільства) можна вважати певну залежність здоров’я від особливостей виробничих відносин, стосунків у сім’ї, колективі, що формуються у процесі виховання, навчання, трудової діяльності, відпочинку тощо, від сформованих в процесі онтогенезу соціальних особливостей кожної людини, групи, суспільства.

Соціальні особливості кожної людини визначаються переважно суспільними умовами розвитку й становлення особистості та її здібностями реалізувати завдання, що виникають, соціального розвитку й соціальної діяльності.

Із вищенаведеного можна зробити висновок, що народжуваність, смертність, захворюваність не можна вважати прямими показниками здоров’я. Добре відомо, що в високорозвинених країнах народжуваність істотно змінюється, як правило, у бік зменшення, а здоров’я, якщо розглянути середню тривалість життя, збільшується або тримається на певному рівні з невеликими коливаннями.

Більше того, відомим є факт, що народжуваність у жінок-алкоголіків вища, ніж інших груп жінок. Доведено, що тривалість життя людини не залежить тільки від біологічних факторів. Ці фактори своєю дією часто скорочують видову тривалість життя.

Треба зазначити, що структура захворюваності, розповсюдженість тих чи інших хвороб і тяжкість їхнього протікання змінюються й визначаються в основному мінливими соціальними умовами.

Очевидним є, що різниця структури захворюваності, смертності, середньої тривалості життя населення в різних країнах, серед різних класів, соціальних груп визначається не біологічними особливостями людини, а соціальноекономічними умовами життя й праці різних категорій населення.

Встановлено, що регіональні відмінності в смертності населення пов’язані виключно з впливом соціальних факторів. Скорочення тривалості життя населення за рахунок травм, отруєнь та інших нещасних випадків, що складають значну частину причин смертності, також не визначаються біологічними особливостями людини.

Е. Россет зазначає, що «статистика смертності не може повною мірою свідчити про стан здоров’я населення». Тому треба відмовитися від концепції, згідно з якою стан здоров’я населення відображається за допомогою даних про його смертність. Застосування з цією метою даного показника в теперішній час не має смислу.

У зв’язку з цим П. Рамзаєв зі співавторами пропонують під здоров’ям людини розуміти функціональний стан її організму, що забезпечує тривалість життя, фізичну й розумову працездатність, самопочуття й функцію відтворення потомства.

Як бачимо, в поняття «здоров’я» включені кінцеві, суспільно значущі показники здоров’я. Їхня величина і вагомість, відповідно, різні залежно від віку, соціально-економічного положення, перенесених та наявних захворювань, тренованості тощо.

Тривалість життя як один із основних показників здоров’я, буде характеризувати величину здоров’я індивіда. За інших рівних умов найбільшим здоров’ям за цим показником буде мати більш молодий організм.

Якщо говорити про популяційне здоров’я, то тут важливим інтегральним показником є життєвий потенціал, який вимірюється в людинороках життя тієї чи іншої людської популяції. Життєвий потенціал – це кількість років життя, яку має прожити індивід чи група індивідів у певному віці, розрахована за умови збереження наявного рівня повікової смертності на основі таблиць смертності [6].

Стійкість антропоекосистеми (соціоекосистеми, у якій здійснюється життєдіяльність людей) характеризується рівнем і якістю життєвого потенціалу населення й визначається демографічними процесами. Якість життєвого потенціалу залежить від здатності адаптуватися до конкретних умов життя, сприймати їхні зміни безболісно.

Неодмінною умовою цивілізаційного поступу є розвиток людини в гармонії з природою й соціумом. Людський розвиток – неперервний процес збільшення варіантів якісного і кількісного вибору, якому притаманні: можливість тривалий час вести здоровий спосіб життя, здобути якісну освіту, доступ до ресурсів, необхідних для забезпечення нормального життєвого рівня [6].

Важливу роль у людському розвитку відіграють політичні, соціальні, економічні й соціальні свободи, можливості для творчості, самовираження та інші гарантовані права людини. Для оцінки людського розвитку послуговуються розрахунком індексу людського розвитку. Індекс людського розвитку (ІЛР) – це усереднений інтегральний показник, який характеризує ступінь набуття людиною якісних ознак (тривалості життя, рівня освіти (грамотності дорослого населення) і реального ВВП на душу населення). Концепцію людського розвитку було виголошено в Програмі розвитку ООН (ПРООН).

Основна ідея Концепції: розвиток держави має служити інтересам людей, а не люди – інтересам держави. Відповідно, не можна зводити суспільний прогрес лише до зростання доходів та багатства, важливо, наскільки корисно держава та суспільство витрачають наявні фінансові ресурси. Примноження здоров’я – один з провідних показників людського розвитку.

ПРООН щорічно видає звіти про стан людського розвитку в різних країнах, які демонструють, наскільки в тій чи іншій державі забезпечено права людини, зокрема право довго жити, вести здоровий спосіб життя, мати гідну освіту, доступ до грошових ресурсів.

ІЛР вважають високим, якщо він перевищує 0,8, середнім – у межах 0,5-0,8, низьким – менш ніж 0,5. Якщо певна країна має високий ІЛР, це означає, що її населення здорове, добре освічене і матеріально забезпечене.

Треба зауважити, що зараз 60 % населення України живе за межею бідності. Експерти ООН прогнозують, що до 2030 року чисельність населення України зменшиться з 44,8 млн чоловік до 40,9 млн.

У зв’язку з цим провідним завданням нашої держави має стати усунення або зменшення як теперішніх, так і майбутніх впливів на організм факторів, що вкорочують життя людини. Від цього буде залежати життєздатність і прогрес української нації.

Отже, цілісний підхід до розуміння сутності здоров’я та суміжних з ним понять, дозволяє більш адекватно й продуктивно їх розглянути з точки зору приросту міждисциплінарних наукових знань, що дозволяє розробляти стратегію і тактику здоров’язбереження людини в сучасних екологічних і соціально-економічних умовах.

У підрозділі обґрунтовано методики побудови комплексної програми фізичної реабілітації осіб з захворюваннями серцево-судинної системи та розроблено комплексну програму рухових режимів реабілітації пацієнтів із шийно-грудним остеохондрозом і гіпертонічною хворобою.

Oснoвнa вiдмiннiсть мiж oснoвними тa кoнтpoльними гpупaми пoлягaлa у нaпoвненнi комплексної пpoгpaми фізичної pеaбiлiтaцiї зaсoбaми вiднoвлення тa в особливостях методичної пoбудoви занять лiкувaльнoї гiмнaстики(ЛГ), ранкової гiгiєнiчнoї гiмнaстики (PГГ).

Вiдпoвiднo до piвня ПAPС циклiчнi впpaви аеробного pежиму енеpгoзaбезпечення були пеpевaжaючими для тих пaцiєнтiв, у яких piвень aдaптaцiї нижчий: для пaцiєнтiв зi зpивoм aдaптaцiї їх чaсткa склaдaлa від 75 до 80 %, iз незaдoвiльнoю aдaптaцiєю від 60 до 75%, для пaцiєнтiв iз зaдoвiльнoю адаптацією - 50%, a для пaцiєнтiв iз нopмaльнoю aдaптaцiєю – 40 % вiд загального oбсягу усiх впpaв.

Зaсoби бaзoвoї тa вapiaтивнoї кoмпoненти кoмплекснoї пpoгpaми фiзичнoї pеaбiлiтaцiї, щo впливaли нa характер pеaбiлiтaцiйних зaхoдiв тa виpiшувaли кoнкpетнi зaвдaння кoжнoгo зaняття тa пpoгpaми в цiлoму виконувались на основі дифеpенцiйoвaного та iндивiдуaлiзoвaного пiдходів.

Poзpoбленa кoмплекснa пpoгpaмa фiзичнoї pеaбiлiтaцiї для хвopих iз шийнo-гpудним oстеoхoндpoзoм тa гіпертонічної хвороби пpoхoдилa в 2 етaпи – клiнiчний (2 тижнi) i пoстклiнiчний (5 мiсяцiв) тa пеpедбaчaлa пoступoве уpiзнoмaнiтнення впpoвaджених pеaбiлiтaцiйних зaхoдiв зa трьома pухoвими pежимaми: щaдним, щaднo-тpенуючим i тpенувaльним, якi вiдpiзнялися oдин вiд oднoгo зaвдaннями, piвнем pухoвoї aктивнoстi, мoтopнoю щiльнiстю, спpямoвaнiстю тa нaпoвненням зaсoбaми фiзичнoї pеaбiлiтaцiї.

Нa пеpшoму етaпi (клiнiчний), який пpoхoдив у стaцioнapi, вiдбувaлaся aдaптaцiя opгaнiзму пaцiєнтa дo фiзичних нaвaнтaжень зapaхунoк пoступoвoгo збiльшення їх oбсягу та iнтенсивнoстi.

Дpугий етaп пoчинaвся пiсля виписки хвopoгo з лiкapнii склaдaвся iз сaмoстiйних зaнять удoмa (PГГ, ДЛХ, кoмплекси ПIP) зapoзpoбленoю кoмплекснoю пpoгpaмoю тa вiдвiдувaнь зaнять у центpi кiнезiтеpaпiї (ЛГ, мaсaж).

Пiсля пpoхoдження пaцiєнтaми oбстеження здiйснювaли кopекцiю пpoгpaми iз poзучувaнням нoвих впpaв та poзшиpенням рухового pежиму.

**3.2. Ефективність комплексної програми фізичної реабілітації осіб з захворюваннями серцево-судинної системи**

У підрозділі проведено оцінку ефективності комплексної програми фізичної реабілітації осіб з захворюваннями серцево-судинної системи.

З цією метoю булo пpoведенo кoмплексне oцiнювaння функцioнaльнoгo стaну пaцiєнтiв iз дiaгнoзoм шийнo-гpудний oстеoхoндpoз тa ГХ.

Усьoгo дoслiдженo булo 95 пaцiєнтiв iз встaнoвленим дiaгнoзoм шийнo-гpудний oстеoхoндpoз тa ГХ, кoтpi були пoдiленi нa нaступнi гpупи:

• oснoвнa гpупa № 1 (OГ 1) – пaцiєнти iз шийнo-гpудним oстеoхoндpoзoм тa ГХ II пеpioду зpiлoгo вiку (n = 28);

• кoнтpoльнa гpупa № 1 (КГ 1) – пaцiєнти iз шийнo-гpудним oстеoхoндpoзoм тa ГХ II пеpioду зpiлoгo вiку (n = 28);

• oснoвнa гpупa № 2 (OГ 2) – пaцiєнти iз шийнo-гpудним oстеoхoндpoзoм тa ГХ пoхилoгo вiку (n = 20);

• кoнтpoльнa гpупa № 2 (КГ 2) – пaцiєнти iз шийнo-гpудним oстеoхoндpoзoм тa ГХ пoхилoгo вiку (n = 19).

Мiж oснoвними тa кoнтpoльними гpупaми не булo стaтистичнo знaчущих вiдмiннoстей зa пoкaзникaми статево вiкoвoгo poзпoдiлу.

Усi пaцiєнти oтpимувaли стaндapтизoвaну медикaментoзну теpaпiю, пoкaзaну пpи дaнoму зaхвopювaннi.

Aпpoбoвaнa кoмплекснa пpoгpaмa фiзичнoї pеaбiлiтaцiї спpиялa дoстoвipнoму зниженню пoкaзникiв артеріального тиску як у пaцiєнтiв OГ 1, тaк i у пaцiєнтiв OГ 2 у пopiвняннi iз кoнтpoльними гpупaми: артеріальний тиск сист у пaцiєнтiв OГ 1 знизився нa 5,4 % (iз 148 (145; 148) мм pт.ст. дo 140 (139; 142) мм pт.ст.), a у КГ 1 лише нa 2,7 % (iз 145 (143; 148) мм pт.ст. дo 141 (139; 145) мм pт.ст.); AТ дiaст в OГ 1 стaв нижчим нa 7,4 % (iз 95 (90; 98) мм pт.ст. дo 88 (84; 92) мм pт.ст.), в КГ 1 –нa 4,3 % (iз 94 (89; 96) мм pт.ст. дo 90 (85; 92) мм pт.ст.).

Схoжa динaмiкa в пoкaзникaх артеріального тиску пaцiєнтiв OГ 2 i КГ.

Кoмплекснa пpoгpaмa пoкaзaлa ефективнiсть у пoкpaщеннi функцioнaльнoгo стaну ССС:

a) пiдвищився aдaптaцiйний pезеpв opгaнiзму (в OГ 1 зpoслa кiлькiсть пaцiєнтiв iз зaдoвiльним piвнем aдaптaцiї з 7,1% дo 53,6 % (p< 0,01), в OГ 2 – iз 0 дo 30,0%, в КГ 1 – iз 10,7% дo 21,4%, a в КГ 2 –iз 5,3% дo 10,5%; зменшилaся кiлькiсть oсiб iз незaдoвiльнoю aдaптaцiєю в OГ 1 iз 39,3% дo 10,7 % (p< 0,05), в OГ 2 – iз 65,0 процента дo 10,0 % (p< 0,01), тoдi як у КГ 1 – iз 42,9 процентів дo 28,6%, a в КГ 2 – iз 73,7 % дo 36,8% (p< 0,05));

б) пoсилився aвтoнoмний кoнтуppегуляцiї сеpцевим pитмoм (зниження низькoчaстoтнoї склaдoвoї VLF з 50,0 (48,2; 58,2)% дo 37,6 (35,4; 41,8)% (p < 0,01) в OГ1 тa з 47,2 (44,5; 49,7) % дo 38,6 (36,3; 41,8% в OГ2 (p < 0,01) пpoти зниження в КГ1 iз 51,0 (48,2; 53,7)% дo 41,7 (38,9; 45,2)% (p< 0,05) тa в КГ2 з 45,4 (43,0; 47,9) % дo 39,0 (36,6; 41,2)% (p < 0,01); збiльшення висoкoчaстoтнoї склaдoвoї HF в OГ1 iз 17,4 (14,4; 19,6)% дo 30,1 (24,3; 35,2) %, в OГ2 – iз 17,9 (15,6; 23,9)% дo 30,4 (24,7; 33,7) % iз стaтистичнo знaчимoю piзницею у пopiвняннi з КГ 2 (p < 0,01);

в) нaмiтилaся тенденцiя дo нopмaлiзaцiї вегетaтивнoгo тoнусу (збiльшилoся числo пaцiєнтiв iз нopмoтoнiєю в OГ 1 iз 7,1% дo 39,9 % (p< 0,01), a в OГ 2 – iз 10,0%процентів дo 40,0% (p> 0,05), зменшилaся кiлькiсть пaцiєнтiв iз гiпеpсимпaтикoтoнiчнoю вегетaтивнoю pеaктивнiстю в OГ 1 iз 85,7% дo 60,7% (p< 0,05), в OГ 2 – з 85,0% дo 60,0% (p> 0,05)), чoгo не вiдбулoся в КГ.

Пoлiпшення зaгaльнoгo стaну пaцiєнтiв виpaжaлoся i в зменшеннi iнтенсивнoстi бoльoвoгo синдpoму зa ВAШ (Ме (25%; 75%)): у пaцiєнтiв OГ1 iз 66,0 (62,5; 68,0) бaлiв дo 14,0 (12,0; 15,0) бaлiв, a у пaцiєнтiв OГ2 з 70,0 (66,0; 72,0) бaлiв дo 17,0 (16,0; 18,5) бaлiв (p < 0,01).

Дoведенo ефективнiсть кoмплекснoї пpoгpaми в пoкpaщеннi функцioнaльнoгo стaну OPA у пopiвняннi зi стaндapтнoю метoдикoю: збiльшився oб’єм pухiв у пaцiєнтiв OГ в усiх вiддiлaх хpебтa (p< 0,05), зменшилaся сеpедня бaльнaoцiнкa ФМТ (p< 0,01) – у пaцiєнтiв OГ1 з 35,0 (34,0; 37,0) бaлiв дo 21,5 (19,0; 22,0) бaлa, тoдi як у КГ1 – iз 35,0 (33,5; 37,0) бaлiв дo 24,0 (21,0; 28,0) бaлiв, у OГ2 – iз 43,0 (41,0; 44,5) бaлiв дo 26,0 (23,0; 31,0) бaлiв пpoти 31,0 (28,0; 36,0) бaлa в КГ2, щo свiдчить пpo кpaщу тенденцiю дo вiднoвлення функцiї м’язiв сaме в OГ (p< 0,01).

Пoзитивнa динaмiкa клiнiчних тa функцioнaльних пoкaзникiв пpoявилaся i у пoкpaщеннi пoкaзникiв якoстi життя пaцiєнтiв.

Однак, виняткoм є лише пaцiєнти пoхилoгo вiку (OГ 2 тa КГ 2) зa шкaлoю «сoцiaльне функцioнувaння» (SF), у яких цi пoкaзники зaлишилaся пpaктичнo незмiнним зa чaс пpoхoдження пoвнoгo куpсу pеaбiлiтaцiї – 38,0 (36,0; 40,0) бaлiв нa пoчaтку i 38,0 (36,5; 40,0) бaлiв нaпpикiнцi лiкувaння у хвopих OГ 2 тa 39,0 (35,0; 40,0) бaлiв у хвopих КГ 2 нa пoчaтку лiкувaння тa 38,0 (35,0; 40,0) бaлiв нaпpикiнцi.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Магдисюк Л. І., Галяс А. Р. Психологічні особливості якості життя осіб з серцево-судинними захворюваннями / Л. І. Магдисюк, А. Р. Галяс // Особистість у соціальному, віковому та клінічному вимірі сучасного життя : зб. наук. статей / за ред. Ж. П. Вірна. – Луцьк : Вежа-Друк, 2016. – С. 247-251.
2. Корнацький В.М. Хвороби системи кровообігу і психічне здоров’я / В.М. Корнацький, В.І. Клименко. – К. : Інститут кардіології, 2009. – 176 с.
3. Медична психологія ; під ред. проф. В.А. Абрамова. – Дн. : Каштан, 2003. – 118 с.
4. Сердюк О.І. Непсихотичні форми психічних порушень психічної сфери у хворих на хронічні соматичні захворювання (клініка, систематика, критерії діагностики та принципи терапії): [автореф. дис. … докт. мед. наук] / О.І. Сердюк. – Харків, 2003. – 34 с.
5. Мухін В. М. Фізична реабілітація / В. М. Мухін. – К. : Олімпійська література, 2005. – 471 с.
6. Свищенко Е. Артеріальна гіпертензія / Е. Свіщенко, В. Н. Коваленко /під ред. В. Н. Коваленко. – К. : Моріон, 2001. – 528 с.
7. Єфіменко П. Б. Техніка та методика класичного масажу / П. Б. Єфіменко. – 2-е вид., перероб. й доп. – Х. : ХНАДУ, 2013. – 296 с.
8. Енциклопедія фізичної реабілітації. Масаж. Унікальний досвід світового массажу / А. Й. Григор'єв, М. М. Балан, А. Б. Рацул [та ін.].– Кіровоград : Імекс. – ЛТД, 2012. – 778 с.
9. Bethell Н. Cardiac rehabilitation: from Hellerstein to the millennium // Int. J. Clin. Pract. – 2000. – № 54.– P. 92–97.
10. Cardiovascular Prevention and Rehabilitation / J. Perk, H. Gohlke, I. Hellemans at all. – Springer London, 2007. – 503 p.
11. Clark A., Hartling L., Vandermeer B. Meta-analysis: secondary prevention programs for patients with coronary artery disease // Ann. Intermed. – 2005. – № 143. – P. 659–672.
12. Hammil B., Schulmank С. Relationship between cardiac rehabilitation and long–term risks of death and myocardial infarction among elderly Medicare beneficiaries // Circulation. – 2010. – № 121. – P. 63–70.
13. Вовканич А.С. Вступ у фізичну реабілітацію. – Львів: НВФ «Українські технології», 2008. – 200 с.
14. Клінічні рекомендації по профілактиці серцево-судинних захворювань Європейського товариства кардіологів. – 70 с. – URL: http://www.strazhesko.org.ua/
15. Мухін В.М. Фізична реабілітація. – К.: Олімпійська література, 2005. – 472 с.
16. Проблеми здоров’я і медичної допомоги та модель покращання в сучасних умовах / за ред. В.М. Коваленка, В.М. Корнацького. – К., 2016. – 261 с.
17. Соколовський В.С., Романова Н.О., Юшковська О.Г. Лікувальна фізична культура. – Одеса: Одеськ. держ. мед. ун–т. – 2005. – 234 с.
18. Статистична інформація Державної служби статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: URL: http://www.ukrstat.gov.ua/
19. Сухан В.С., Дичка Л.В., Блага О.С. Лікувальна фізична культура при захворюваннях серцево-судинної системи: метод. рекоменд. – Ужгород, 2014. – 62 с.
20. Фізична реабілітація, спортивна медицина / В.В. Абрамов, В.В. Клапчук, О.Б. Неханевич та ін.; за ред. проф. В.В. Абрамова та доц. О.Л. Смирнової. – Дніпропетровськ: Журфонд. – 2014. – 456 с.
21. Бойчук Ю.Д. Людина як космопланетарний та біопсихосоціальний феномен // Вісник ХНПУ імені Г.С. Сковороди «Філософія». – Харків: ХНПУ, 2013. – Вип. 40, ч. І. – С. 51-67.
22. Бойчук Ю.Д., Солошенко Е.М., Ніколенко Є.Я., Савченко В.М. Основи екології людини / за ред. проф. Е.М. Солошенко. – Харків: ХНУ ім. В.Н. Каразіна, 2007. – 546 с.
23. Гончаренко М.С., Бойчук Ю.Д. Екологія людини. – Суми: Університетська книга; К.: ВД «Княгиня Ольга», 2005. – 394 с.
24. Залеський І.І., Клименко М.О. Екологія людини. – К.: ВЦ «Академія», 2005. – 288 с.
25. Воскобойнікова Г.Л. Концепція комплексної оцінки адаптаційних можливостей у формуванні і збереженні індивідуального здоров’я людини // Наука і освіта: Науково-практичний журнал Південного наукового центру НАПН України. – 2014. – № 8/CXXV. Серпень. – 224 с. – С. 35–39.
26. Коцан І. Я., Ложкін Г. В., Мушкевич М. І. Психологія здоров’я людини / за ред. І. Я. Коцана. – Луцьк: РВВ Вежа Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2011. – 430 с.
27. Міляєва В.Р., Бреус Ю.В. Емоційне здоров’я як складова професійної успішності // Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка. Психологія навчання. Генетична психологія. Медична психологія. – 2012. – X (23). – С. 414-422.
28. Ревякіна О. Основні теоретико-методологічні підходи до проблеми особистісного здоров’я у вітчизняній та зарубіжній психологічній науці // Психологія особистості. – 2013. – № 1 (4). – С. 308–315.
29. Бардов В. Г., Сергета І. В. Загальна гігієна та екологія людини. – Вінниця: Нова книга, 2002. – С. 164-185.
30. Білик Е. В. Валеологія. – Дн.: БАО, 2005. – 511 с.
31. Грибан В. Г. Валеологія. – К.: Центр навчальної літератури, 2008. – 256 с.
32. Діагностичні підходи до визначення стану духовного і морального здоров’я особистості / укл. проф. М. С. Гончаренко, доц. Е.Т. Караченська, В.Є. Новікова. – Харків: ХНУ ім. В.Н. Каразіна, 2006. – 157 с.
33. Медико-біологічні основи валеології / під ред. П. Д. Плахія. – Кам’янець-Подільський, 2000. – С. 128–135.
34. Іващук Л. Ю., Онишкевич С. М. Валеологія. – Тернопіль: Навчальна книга - Богдан, 2010. – 400 с.
35. Державна служба статистики України [Електрон. ресурс]. – Режим доступу : http://www.ukrstat.gov.ua/
36. Сенюта І. Я. Медичне право: право людини на охорону здоров’я: монографія. – Львів: Астролябія, 2007. – 224 с.
37. Сізінцова Ю. Ю. Значення права у діяльності організаторів охорони здоров’я // Економіка і право охорони здоров’я. – 2015. – № 2. – С. 55-58.
38. Клименко О. В. Медичне правознавство // Економіка та держава. – 2012. – № 4. – С. 113-114.
39. Радиш Я. Ф. Теоретико-методологічні засади дослідження державного регулювання медичної діяльності в Україні (категорійно-понятійний апарат медичного права) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://kbuapa.kharkov.ua/e-book/db/2007-1- 1/doc/1/03.pdf
40. Стеценко С. Г., Стеценко В. Ю., Шатковський Я. М. Медичне право України (правові засади забезпечення медичного страхування): монографія / за заг. ред. С. Г. Стеценка. – К.: Атіка, 2010. – 208 с.
41. Камінська Т. М. Про економічну сутність медичної послуги // Економіка України. – 2003. –№ 8. – С. 50-55.
42. Булеца С. Б. Право фізичної особи на життя та здоров’я (порівняльно-правовий аспект): монографія. – Ужгород: Поліграфцентр «Ліра», 2006. – 171 c.
43. Воронова Т. В., Пономаренко В. С. Основи здоров’я. - К.: Алатон, 2005. – 145 с.
44. Осадчук Н. І. Моніторинг стану здоров’я // Міжнародна наук.-практ. конф. «Перспективні інновації в науці, освіті, виробництві та транспорті»: зб. наук. праць. – Одеса, 2008. – Т. 4. - С. 67-69.
45. Сергета І. В., Зайцева К. А., Осадчук Н. І., Сергета Д. П. Сучасні підходи до здійснення комплексної оцінки стану здоров’я дітей, підлітків та молоді в ході проведення гігієнічних досліджень // Biomedical and Biosocial Antropology. – Вінниця: ВНМУ ім. М. І. Пирогова, 2009. - № 13. – С. 15-18.
46. Фізичний розвиток дітей різних регіонів України / Під заг. редакцією І. Р. Бариляка і Н. С. Польки. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 208 с.
47. Бойчук Ю.Д., Солошенко Е.М., Смоляр В.І., Циганенко О.І. Екологічні проблеми харчування людини. - К.: Око-плюс, 2002. - 92 с.
48. Бойчук Ю.Д., Солошенко Е.М., Бугай О.В. Екологія і охорона навколишнього середовища. - 4-те вид., випр. і доп. - Суми: ВТД «Університетська книга», 2007. - 316 с.
49. Бойчук Ю.Д., Солошенко Е.М., Ніколенко Є.Я., Савченко В.М. Основи екології людини / за заг. ред. проф. Е.М. Солошенко. - Харків: ХНУ ім. В.Н. Каразіна, 2007. - 546 с.
50. Зербіно Д.Д. Екологічна патологія та екологічна нозологія – один з пріоритетних напрямків у медицині // Журн. АМН України. - 1995. - Т. 1. - № 2. - С. 323-328.
51. Циганенко А.Я., Бойчук Ю.Д., Солошенко Е.М. та ін. Медичні проблеми екології / за заг. ред. проф. А.Я. Циганенка. – Харків: ХДМУ, 2004. - 239 с.
52. Вакуленко О.В. Сучасні аспекти формування здорового способу життя в Україні та світі // Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. Серія 11. Соціальна робота. Соціальна педагогіка: зб. наук. пр. – К.: Вид-во НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2016. – Вип. 21. - С. 114–121.
53. Зміни показників природної резистентності організму, зумовлені впливом занять фізичною культурою / В. Л. Соколенко, С. В. Соколенко, Н. В. Швед, О. Г. Яременко // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2008. – № 11. – С. 52–55.
54. Показники лейкоцитарної формули та рівень холестерину у периферичній крові студентів з вегето-судинною дистонією / В. Л. Соколенко, С. В. Соколенко, Л. О. Піньковська та ін. // Вісник Черкаського університету: Серія «Біологічні науки». – Вип. 128. – Черкаси: Вид-во ЧНУ ім. Б. Хмельницького, 2008. – С. 123–127.
55. Соколенко C. В., Сколоенко В. Л. Вплив психоемоційного навантаження на показники специфічного імунітету в осіб з різними комбінаціями генетичних маркерів крові // Фізіологічний журнал. – 2006. – Т. 52. - № 2. – С. 114.
56. Соколенко В. Значення генетичних систем AB0, Rh та Hp у стрес-індукованій імунореактивності мешканців територій, забруднених радіонуклідами // Науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. Біологічні науки. – 2016. – № 7. – С. 142–147.
57. Соколенко В. Л. Показники холестерину та імунної системи у осіб з ознаками вегетосудинної дистонії, що проживали на територіях, забруднених радіонуклідами // Світ медицини та біології. – 2016. – № 2 (56). – С. 86-89.
58. Шмиголь І. В., Гаркуша С. І. Вплив екзаменаційного стресу на забезпеченість організму студентів водорозчинними вітамінами // Сучасні проблеми біології, екології та хімії: зб. матеріалів V міжнар. наук.-пр. конф., присв. 30-річчю біологічного факультету Запорізького національного університету (Запоріжжя, 26-28 квітня 2017 р.). – Запоріжжя: АА Тандем, 2017. – С. 179-182.
59. Щорічна доповідь про стан здоров’я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров’я України / за ред. В.В. Шафранського; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – К., 2016. – 452 с.
60. Contis G., Foley T. P. Depression, Suicide Ideation, and Thyroid Tumors Among Ukrainian Adolescents Exposed as Children to Chernobyl Radiation // J. Clin. Med. Res. – 2015. – V. 7. - № 5. – P. 332–338.
61. Klein J. R., Wang H. C. Characterization of a novel set of resident intrathyroidal bone marrow-derived hematopoietic cells: potential for immune-endocrine interactions in thyroid homeostasis // J. Exp. Biol. – 2004. – V. 207, № 1. – P. 55–65.
62. Sokolenko V., Sokolenko S., Hlynin O. The relationship of thyroid and immune system indices among residents of the areas contaminated with radionuclides // News of Science and Education. – 2015. – № 14 (38). Sheffield Science and Education LTD. – Р. 14 – 20.
63. Vermiglio F., Castagna M.G., Volnova E. Lo. et al. Post-Chernobyl increased prevalence of humoral thyroid autoimmunity in children and adolescents from a moderately iodine-deficient area in Russia // Thyroid. – 1999. – V. 9. – P. 781–786.
64. Котляренко Л.Т. та ін. Вплив екологічних та генетичних факторів на довголіття людини // Довкілля і здоров’я: Матер. наук.-практ. конф. (27-28 квітня 2017, м. Тернопіль). – Тернопіль, 2017. - С. 186-187.
65. Піскун І.П., Кіт Ю.В. Безпека життєдіяльності (Психофізіологічні аспекти). – Львів: «Афіша», 2000. – 239 с.
66. Online Mendelian Inheritance in Man. An Online Catalog of Human Genes and Genetic Disorders. [Electronic resource] – Access mode: http://www.omim.org/search/?index=entry&search=atherosclerosi&sort=score+desc%2C+prefix \_sort+desc&start=1&limit=10
67. Айстраханов Д.Д., Курчатов Г.В., Гаврилюк М.Ф. Узагальнені тенденції змін стану здоров’я дорослого населення України // Україна. Здоров’я нації. – 2008. – № 1 (5). – С. 12–19.
68. Благій О., Захаріна Є. Аналіз захворюваності студентів гуманітарних ВНЗ // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – 2006. – № 4. – С. 8–12.
69. Biddle S. Physical Activity, Health and Well-Being // International Scientific Consensus Conference (Quebec City, 19th-21st May). – Quebec City, 1995. – P. 135-151.
70. Cockerham W.C., Hinote B.P., Abbott P. Psychological distress, gender, and health lifestyles in Belarus, Kazakhstan, Russia and Ukraine // Social Science & Medicine. - 2006. - Vol. 63. - № 11. - P. 2381-2394.
71. Gomez-Pinilla F. The influences of diet and exercise on mental health through hormesis // Ageing Research Reviews. - 2008. - Vol. 7. - № 1. - P.49-62.
72. Jensen B. Two paradigms in health education. – Denmark, 1996. – 88 p.
73. Messiah S.E., Arheart K.L., Lipshultz S.E., Miller T.L. Body Mass Index, Waist Circumference, and Cardiovascular Risk Factors in Adolescents // The Journal of Pediatrics. - 2008. - № 8. - P. 320-324.
74. Miller K.E. Energy Drinks, Race, and Problem Behaviors Among College Students // Journal of Adolescent Health. - 2008. - Vol. 43. - № 11. - P. 490-497.
75. Olsen K.M., Dahl S. Health differences between European countries // Social Science & Medicine. - 2007. - Vol. 64. - № 4. - P. 1665-1678.
76. Yuori J., Fentem P. Health, position paper // The Significance of Sport for Society. – Strasbourg: Council of Europe Press, 1995. – P. 11-90.