

Ways to improve psychophysical health and quality of life of women with the gynecological pathology

Solovyova N.¹, Naapetyan Ju.², Smorodskaya T.³ (Republic of Belarus)

Пути повышения психофизического здоровья и качества жизни женщин с гинекологическими патологиями

Соловьёва Н. Г.¹, Наапетян Ю. Г.², Смородская Т. Л.³ (Республика Беларусь)

¹Соловьёва Наталья Геннадьевна / Solovyova Natalya - кандидат биологических наук, доцент;

²Наапетян Юлия Геннадьевна / Naapetyan Julia - аспирант, магистр педагогических наук;

³Смородская Татьяна Леонидовна / Smorodskaya Tatyana - магистр педагогических наук; кафедра медико-биологических основ физического воспитания, факультет физического воспитания,

Белорусский государственный педагогический университет имени Максима Танка,

г. Минск, Республика Беларусь

Аннотация: в статье анализируется эффективность средств физической культуры в коррекции психофизического здоровья женщин с гинекологическими патологиями. Отмечается положительное влияние комплекса физических упражнений на уровень психофизического здоровья и качество жизни, что ускоряет восстановительные процессы у лиц с гинекологическими воспалительными заболеваниями.

Abstract: the article analyzes the effectiveness of physical culture in the correction of psychophysical health of women with gynecological pathologies. In it noted a positive effect of physical exercise on the psychophysical health and quality of life. In result the recovery processes accelerate at patients with gynecological inflammatory diseases.

Ключевые слова: гинекологические патологии, качество жизни, психофизическое состояние, физическая культура.

Keywords: gynecological diseases, quality of life, psychophysical condition, physical culture.

В последние годы значительную проблему представляет рост числа и «омоложение» воспалительных заболеваний половой сферы, переходящих в ряде случаев в хронический патологический процесс и являющихся причиной не только бесплодия, патологий беременности, но и снижения качества жизни из-за возникающего физического и психологического дискомфорта, вследствие формирования хронического болевого синдрома, снижения иммунорезистентности и физической активности организма. Гинекологические патологии отличаются многообразием этиологических факторов и сложностью патогенеза, что существенно осложняет процесс их лечения и восстановления. Пациенток с воспалительными заболеваниями органов малого таза относят к группе высокого риска не только по развитию экстрагенитальных и гинекологических заболеваний, но и по развитию психоэмоциональных расстройств и социальной дезадаптированности [1]. Данная категория женщин характеризуется генерализованными расстройствами в виде психо-вегетативного синдрома: эмоциональной и психологической незрелостью, стрессодоступностью, высоким уровнем невротизации, тревожно-депрессивным стилем переживаний, ослабленной мотивационной сферой и инфантильностью [2]. Вопросы изучения депрессивных и тревожных расстройств у пациенток с хроническими гинекологическими заболеваниями до сих пор остаются дискуссионными. С одной стороны, депрессия и тревога рассматриваются как самостоятельные психические заболевания, проявления которых лишь маскируются хроническим болевым синдромом [3]. С другой, считают, что депрессивно-тревожные эмоции являются неотъемлемой составной частью переживания длительной боли [4]. Третья позиция основывается на том, что тазовый болевой синдром представляет собой самостоятельную эмоцию, генерирующую депрессию и тревогу [1].

На пути восстановления здоровья своевременность и эффективность оказания лечебно-коррекционной помощи выступает на первое место. К сожалению, в клинической практике доминирующими выступают биомедицинские аспекты гинекологических патологий. Несколько в меньшей степени реализуются возможности коррекционных методов и, особенно, в области психофизической реабилитации. Актуальность последней, тем более высока, что в условиях длительного противовоспалительного, гормонального и физиотерапевтического лечения у пациенток формируется эмоциональная резистентность к дальнейшим лечебным процедурам, повышается фон нервно-психической нагрузки, возрастает риск развития сексуальной дисфункции и внутрисемейной напряженности [1, 4]. Создаётся порочный круг, который усугубляет ситуацию и снижает процесс излечения. Кроме того, требуют более пристального внимания и вопросы мониторинга уровня психофизического здоровья данной категории, оценки их адаптационных возможностей, активного содействия специалистов и пациенток к привлечению использования средств физической культуры.

Цель работы заключалась в оценке уровня психофизического здоровья и качества жизни лиц с хроническими воспалительными гинекологическими заболеваниями, а также разработка комплексного метода лечения гинекологических и коррекции неврологических дисфункций средствами физической культуры.

Исследования проводились среди девушек (24±3 лет; n=45) с хроническими воспалительными заболеваниями (сальпингит, аднексит, сальпингоофарит), находившихся на стационарном лечении в РНПЦ «Мать и дитя» и ЛГУ «5-ая клиническая городская больница г. Минска», и студенток, имеющих данную патологию и проходивших оздоровление в условиях санатория-профилактория БГПУ (21±2 лет; n=37). Учитывая симптомокомплекс данной нозологической группы, была разработана программа психофизической реабилитации с учетом выявленных резервных возможностей и особенностей адаптации организма [5]. Алгоритм лечебно-профилактических мероприятий был направлен на восстановление и улучшение состояния здоровья и включал комплексный подход (рис. 1). Медикаментозная терапия включала санацию очага инфекции (антибактериальные, антимикотические препараты), дезинтоксикацию (инфузионная терапия, антигистаминные и нестероидные противовоспалительные препараты) и повышение общей резистентности организма (витамины, адаптогены). Психофизическая реабилитация включала цикл лечебной гимнастики из традиционных физических упражнений и элементов йоги, дыхательной гимнастики (однократно по 40 мин, n=10 дней) на фоне музыкотерапии (музыкальная коллекция «Шедевры инструментальной музыки», Laser dance, 2003). Для повышения психоэмоционального фона в заключительной части каждого занятия в двух из комплексных групп использовались приемы психологической релаксации вербальным методом.

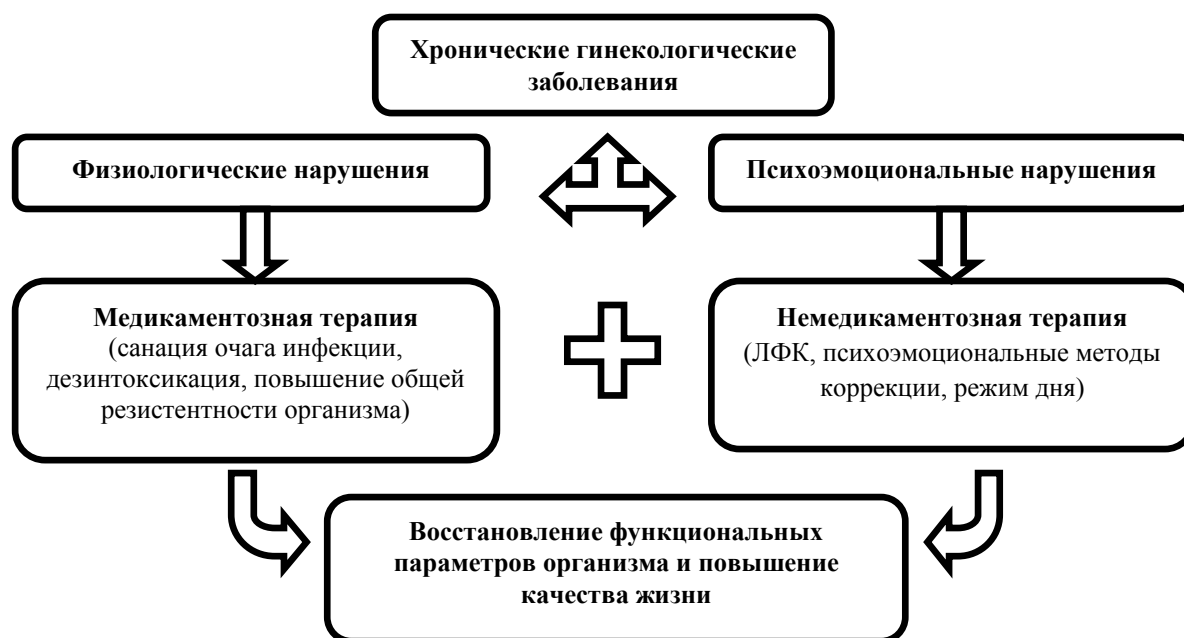


Рис. 1. Алгоритм комплексной восстановительной терапии у лиц с хроническими гинекологическими заболеваниями

Анализ психофизического состояния осуществлялся с помощью тестовой методики диагностики типа отношения к болезни ТООБЛ, оценки уровня тревожности по Спилбергеру, уровня самочувствия и физической активности (САН), адаптационного показателя и качества жизни SF-36 (краткая форма для краткосрочных исследований) в компьютерной программной оболочке. Модель, лежащая в основе конструкции шкал и суммарных измерений опросника SF-36, включала вопросы, позволяющие оценить качество жизни по основным шкалам: физическое и ролевое физическое функционирование (Physical Functioning, PF; Role Physical, RP), болевое ощущение (Bodily Pain, BP), общее состояние здоровья (General Health, GH) и жизнеспособности (Vitality, VT), социального (Social Functioning, SF) и эмоционального функционирования (Role Emotional, RE), психологического здоровья (Mental Health, MH). Расчет баллов качества жизни по каждой из шкал проводился с последующим расчетом средних значений и стандартных отклонений для каждой шкалы в статистической программной оболочке [6]. Определялись среднее арифметическое, дисперсия, стандартное отклонение; для оценки значимости различий применялся t-критерий Стьюдента ($p < 0,05$).

Качество жизни, являясь комплексной характеристикой физического, психического, эмоционального и социального функционирования человека, тесно связано со здоровьем и позволяет дифференцированно

определить влияние болезни и терапии на психофизическое состояние. Наличие депрессии и тревоги снижают качество жизни по большинству шкал, в этой связи решение проблемы преодоления психодезадаптационных синдромов представляется перспективным подходом для достижения высокого качества жизни.

Анализ данных анкетирования по методике SF-36 показал невысокий общий уровень качества жизни девушек с хроническими гинекологическими заболеваниями ($49,6 \pm 3,4$), а также сниженные сферы их физического и ролевого функционирования (на 30% и 27% соответственно), эмоционального функционирования (на 25%) и жизнеспособности (на 19%), психологического и общего здоровья (на 43% и 22%) с высокой распространенностью депрессивных расстройств. Введение лечебной гимнастики способствовало росту общего уровня качества жизни ($59,9 \pm 2,0$). При этом существенно возросли показатели физического функционирования (на 26%), эмоционального и психологического здоровья (на 22% и 29% соответственно). В группе, в которой использовались физические упражнения на фоне вербальной релаксации, было отмечено более устойчивое повышение психоэмоционального фона, что выразилось в росте значений шкал ролевого эмоционального функционирования и психологического здоровья (на 33% и 50% соответственно). Качество жизни девушек, проходивших курс только медикаментозной терапии, практически соответствовало долечebному уровню.

Внедрение цикла физической культуры изменило и отношение к болезни. Так, в обследуемых группах в долечebный период типы отношений к болезни адекватного блока были диагностированы у 26 лиц ($0,38 \pm 0,05$): у 12 присутствовал гармоничный тип ($0,43 \pm 0,08$), у 8 – эргопатический ($0,39 \pm 0,06$) и у 6 – анозогнозический тип ($0,33 \pm 0,05$). Данные лица, реально оценивают свое состояние, не препятствуют лечению заболевания, преимущественно соблюдают назначенный врачом режим, характеризуются стремлением преодолеть заболевание, неприятием «роли больной», сохранением активного социального функционирования. Вместе с тем достижение данных целей этой группой лиц может идти порой посредством снижения критичности к своему состоянию и преуменьшения значения заболевания. Отсутствие выраженных явлений психодезадаптации у таких девушек, тем не менее, не может выступать фактором полного психофизического благополучия. Для 19 девушек была характерна интрапсихическая и интерпсихическая направленность реагирования на болезнь, которая и обусловила проявление тревожного ($n=5$), ипохондрического ($n=5$), меланхолического ($n=2$), апатического ($n=2$), неврастенического ($n=2$), сенситивного ($n=2$) и эгоцентрического ($n=1$) типов отношений. Эмоционально-аффективная сфера у данных лиц приближалась к дезадаптивному поведению: реагирование по типу раздражительной слабости, тревожности, подавленности, угнетенности, нетерпеливости при проведении лечебных и диагностических процедур, недоверия к их эффективности, колебании настроения и повышенной чувствительности к боли. Коррекционная программа позволила изменить распределение по блокам отношений к болезни в среднем на 12%: группа адекватного типа – 34 девушки ($0,39 \pm 0,05$), группа психодезадаптационных изменений – 7 ($0,28 \pm 0,06$), группа психических дезадаптаций по неврастеническому и эгоцентрическому типам – 3 ($0,48 \pm 0,08$) и 1 девушка соответственно.

Положительные изменения наблюдались также и в структуре тревожных расстройств. Под влиянием циклов лечебной гимнастики увеличилось число девушек с низким уровнем ситуативной и личностной тревожности. Хотя при этом число девушек с высоким уровнем тревожности не изменилось и осталось в прежнем диапазоне (13%; $n=4$). Данная категория отличалась также более низкими показателями качества жизни в целом ($43,6 \pm 3,0$), физического ($40,9 \pm 3,2$) и психологического здоровья ($29,0 \pm 1,8$).

Анализ мотивационной сферы в долечebный период показал недостаточный уровень: регулярно посещали спортивные и физкультурные занятия только 20% из опрошенных, 80% – занимались физической культурой время от времени или совсем не занимались. При этом 25% из последних имели низкий уровень самочувствия и физической активности, 75% – средний уровень. При беседе было отмечено, что преимущественно все девушки (90%) осознают необходимость формирования и поддержания на должном уровне своей физической активности, и лишь 7% – прислушиваются к мнению врача и задумываются об изменении стиля жизни только в период обострения заболевания, 3% – не видят смысла на данном этапе своей жизни в поддержании здоровья и хорошей физической формы. В категории девушек с низким уровнем мотивации, самочувствия и физической активности был выявлен также более высокий фон повышенной раздражительности, изменчивости настроения и утомляемости (в среднем на 15%), в отдельных случаях – повышенная мнительность, тревожность, ипохондрия ($n=5$). Кроме того, у данных лиц были выявлены и вегетативные сдвиги в регуляции жизненных функций в сторону преобладания парасимпатических влияний: результаты исследований нагрузочных функциональных проб (ортоклиностатическая, проба Мартинэ-Кушелевского, вегетативный индекс и адаптационный потенциал) характеризовались неудовлетворительными показателями в виде гипотонического и дистонического типов реагирования [5]. Превалирование парасимпатикотонии, в целом, характеризуется комплексом трофотропных изменений: понижение общего уровня основного обмена и кровоснабжения, мышечной деятельности и активности, повышение порога раздражимости и

интровертированности. Данные процессы изменяют энергопотенциал организма и, как следствие, снижают его адаптационные возможности и стрессоустойчивость. В результате стресс-индуцированных перестроек возникают патологические явления, влияющие на физиологический гомеостаз всего организма и особенно его репродуктивной сферы [1, 5].

Активизация внутренних механизмов саморегуляции и самососредоточенности через систему йоги, дыхательные и релаксационные упражнения способствовала более выраженной динамике эффективных изменений психофизического здоровья. Перестройка на адренергическую регуляцию, осуществляемая в период выполнения физических упражнений, индуцирует более полновесный последующий этап анаболического покоя и холинергического гомеостаза, что способствует росту энергопотенциала организма и улучшению психофизического здоровья [5]. В частности, прирост адаптационного потенциала по окончании коррекционной программы в среднем составил 28% по сравнению с 18% в контрольной группе ($p < 0,05$). Мотивационная сфера и самочувствие также улучшились в среднем на 30% ($p < 0,05$).

Таким образом, комплекс физических упражнений в лечебно-восстановительном алгоритме существенно изменяет уровень психофизического здоровья и качества жизни в позитивную сторону, снижает проявления психогенной тревожности и болевого синдрома, ускоряет восстановительные процессы и благоприятствует нормализации функциональных механизмов у лиц с гинекологическими патологиями. Кроме того, способствует формированию мотивации к физической активности и дальнейшему включению в среду оздоровительных занятий, формирующих здоровьесберегающую культуру личности.

Литература

1. Незнанов Н. Г. Характеристика депрессивных расстройств у пациенток с хроническими тазовыми болями // Соц. и клин. психиатр. 2004. № 2. С. 27–31.
2. Мингалева Н. В. Медико-социальные аспекты гинекологической заболеваемости // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2007. № 4. С. 21–24.
3. Смулевич А. Б. Депрессии в общей медицинской практике. М., 2000. С. 43.
4. Аверкина Н. А. Психологические факторы при хронической боли // Неврология и психиатрия. 2000. Т. 100, № 12. С. 21–27.
5. Соловьёва Н. Г., Рудницкая Ю. Г. Физическая культура в комплексе оздоровительных мероприятий, направленных на сохранение репродуктивного здоровья // Оздоровительная физическая культура молодежи: актуальные проблемы и перспективы: Междунар. науч.-практ. конф. (Минск, 25–26 апреля 2013). Минск: БГМУ, 2013. С. 33–36.
6. Инструкция по обработке данных, полученных с помощью опросника SF-36 [Электронный ресурс]: Режим доступа: <http://therapy.irkutsk.ru>. (дата обращения: 15.04.2013).