**СЛАЙД № 1**

**«Влияние тревоги на степень болевого синдрома у пациентов**

**с острым инфарктом миокарда. Снижение частоты возникновения**

**приступов боли»**

**Каримова И.Ж.,**

**медицинская сестра палатная**

**отделения анестезиологии-реанимации**

**и интенсивной терапии**

**НУЗ «ОКБ на ст. Омск-Пассажирский» ОАО «РЖД»**

**Научный руководитель: В.Э. Дворников,**

**заведующий кардиологическим отделением**

**НУЗ «ОКБ на ст. Омск-Пассажирский» ОАО «РЖД», к.м.н.**

**Здравствуйте, уважаемые коллеги!**

**СЛАЙД № 2**

Каждый человек в своей жизни сталкивался с проявлениями тревоги, чувствовал симптомы тревоги у себя, видел, как страдают от тревожных расстройств близкие и друзья.

Одной из наиболее характерных психологических особенностей пациентов c сердечно-сосудистыми заболеваниями является высокий уровень тревоги. Это сказывается на течении заболевания, эффективности лечения, качестве жизни пациента.

Инфаркт миокарда ежегодно настигает тысячи пациентов. Часто известие об этом диагнозе становится психотравмирующим фактором, который по международной шкале стрессов оценивается как экстремальный. Уровень смертности у пациентов, перенесших инфаркт миокарда и страдающих тревогой, в 3–6 раз выше, чем у тех, кто перенес инфаркт миокарда и не имеет признаков тревоги. В ряде кардиологических исследований показано, что тревога является самостоятельным фактором риска при остром инфаркте миокарда и ассоциируется с тяжелым течением, высокой частотой коронарных катастроф и повышенной смертностью от коронарной болезни.

**СЛАЙД № 3**

Очевидно, что актуальность тревожных состояний определяется не только их распространенностью и дезадаптирующим влиянием, но и тем, что своевременное выявление этих состояний во многих случаях становится решающим условием успешного течения и лечения заболевания.

Целью настоящего исследования является изучение роли влияния тревожности на степень болевого синдрома у пациентов с острым инфарктом миокарда.

**СЛАЙД № 4**

Задачами исследования являются:

* изучение распространенности влияния тревожных состояний на степень болевого синдрома у пациентов с острым инфарктом миокарда;
* выявление связи между тревожностью и степенью болевого синдрома;
* разработка основы психокоррекционной программы на снижение тревожности у пациентов с острым инфарктом миокарда;
* апробация программы на пациентах отделения анестезиологии–реанимации и интенсивной терапии.

**СЛАЙД № 5**

Объектом исследования являются пациенты отделения анестезиологии – реанимации Отделенческой клинической больницы на ст. Омск – Пассажирский, а предметом — тревожные состояния, которые провоцируют возникновение болевого синдрома у пациентов с острым инфарктом миокарда.

**СЛАЙД № 6**

Одной из методик, применяемых в исследовании, является госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), разработанная в 1883 г., которая относится к субъективным методикам и предназначена для скринингого выявления тревоги и депрессии у пациентов соматического стационара.

Вторая шкала — это визуальная аналоговая шкала, которая представляет собой прямую линию длиной 10 см, начало которой соответствует отсутствию боли – «боли нет». Конечная точка на шкале отражает мучительную невыносимую боль – «нестерпимая боль».

**СЛАЙД № 7**

Исследование состояло из трех этапов*:*

**I этап**– первичное тестирование обеих групп с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии и визуальной аналоговой шкалы.

**II этап** – разработка психокоррекционной программы для контрольной группы и применение ее на практике.

**III этап**– повторное тестирование групп.

**СЛАЙД № 8**

Научной новизной исследования являетсяактивная роль медицинской сестры в обучении основам адаптации пациента с острым инфарктом миокарда к заболеванию и разработка шкалы уровня боли.

Для проведения исследования была сформирована команда, которая на протяжении всей работы помогала и поддерживала меня. Это старшая медицинская сестра Титова Людмила Степановна, врач Гвоздик Юрий Владимирович и медицинская сестра отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии Зоя Виктория Валерьевна и медицинская сестра хирургического отделения поликлиники № 1 Гришина Наталья Юрьевна.

**СЛАЙД № 9**

Исследование проводилось на базе Отделенческой клинической больницы на ст. Омск-Пассажирский. В критерии включения вошли пациенты с острым первичным инфарктом миокарда. Критериями исключения стали пациенты с осложненным инфарктом миокарда (тромбоэмболия легочной артерии, отек легкого, кардиогенный шок).

Таким образом, для проведения исследования была сформирована основная группа пациентов, состоящая из 7 человек, — это мужчины от 40 до 55 лет, и группа сравнения — 7 человек — это мужчины в возрасте от 41 до 54 лет.

**СЛАЙД № 10**

Первым этапом исследования сталопервичное тестирование с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии обеих групп. На диаграмме видно, что уровень тревожности высок в обеих группах. Высокий уровень тревоги/депрессии в субклинической форме составил **71,4%** в основной группе и **57,2%** в группе сравнения; клинически выраженной форме тревоги/депрессии — **28,6%** в основной группе и **42,8%** в группе сравнения.

**СЛАЙД № 11**

В дополнение пациентам была предложена визуальная аналоговая шкала. В первые дни при возникновении боли пациенты отмечали на прямой точки, соответствующие сильной боли. В этот момент у них наблюдалась нервность, напряжение, учащение сердцебиения, потные холодные ладони, страх, затрудненное дыхание, ощущение, что должно произойти что-то опасное.

**СЛАЙД № 12**

На втором этапе исследования была проведена разработка психокоррекционной программы для основной группы и применение ее на практике. Целью программы было устранение тревожности, в основе которой лежит страх перед возможным возникновением сердечного приступа (боли), при инфаркте миокарда.

**СЛАЙД № 13**

Определены задачи программы:

* коррекция психологического состояния пациентов, отношения их к болезни, к самому себе, к окружающим;
* оптимизация внутренней картины болезни;
* формирование выдержки в борьбе с болезнью и ее последствиями с целью быстрейшего возвращения к активной жизни;
* нормализация эмоциональных реакций на проявления болезни, снятие эмоциональной напряженности;

**СЛАЙД № 14**

Так же в задачи психокоррекционной программы вошли:

* повышение психологической устойчивости пациентов;
* обучение технике релаксации и ухода от стрессовых ситуаций, опасность которых для кардиологических пациентов особенно значима;
* обучение основам адаптации в конкретной среде;
* подготовка пациентов к жизни с отдельными проявлениями своей болезни.

**СЛАЙД № 15**

При проведении психокоррекционной программы использовались такие методы, какбеседа, чтение лекций, дыхательная гимнастика, аутогенная тренировка.

**СЛАЙД № 16**

На третьем этапе исследования проведено повторное тестирование с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии обеих групп. На диаграмме отмечено снижение уровня тревоги в субклинической форме до **14,2%,** отсутствие симптомов у **85,8%** в основной группе, и отсутствие у пациентов клинически выраженной тревоги. В группе сравнения изменений не отмечалось.

В результате психокоррекции пациенты стали отмечать улучшение самочувствия, аппетита, сна, отсутствие напряженности, тревожности и реже говорить о возникающей боли за грудиной. Таким образом, на предлагаемой пациентам визуальной шкале после психокоррекции, они стали отмечать точки на линии соответствующие «боли нет».

**СЛАЙД № 17**

По результатам проведённого исследования у всех пациентов с инфарктом миокарда выявлен повышенный уровень тревожности (субклинически выраженные симптомы тревоги и депрессии 71,4%, клинически выраженные — 28,6%). Психокоррекция тревожных состояний значительно улучшает исходы заболевания, способствует ранней реабилитации, снижению показателей стойкой утраты трудоспособности и препятствует развитию повторного инфаркта миокарда.

Результаты проведённого исследования наглядно продемонстрировали, что адекватное участие медицинской сестры в коррекции тревожных состояний способствует гармонизации внутренней картины болезни, личностных установок на лечение в целях достижения благоприятного эффекта воздействия на вегетативную симптоматику (улучшение сна, аппетита, восстановление работоспособности).

**СЛАЙД № 18**

Благодарю за внимание!