

РЕЗУЛЬТАТЫ СЕСТРИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

«Болевой синдром у пациентов с ожоговой травмой. Контроль боли»

*Бочкарева Т.Н.,
старшая медицинская сестра ожогового отделения
БУЗОО «ГК БСМП № 1»*

*Научный руководитель: А.А.Ковалевский,
заведующий ожоговым отделением
БУЗОО «ГК БСМП № 1», к.м.н.*

Актуальность темы. Проблема боли и ее лечение занимает одно из центральных мест в медицине. Это обусловлено тем, что болевой синдром – одно из наиболее распространенных явлений при большинстве заболеваний человека. Источником боли у обожженных пациентов является поврежденная, обильно снабженная нервными рецепторами кожа на месте воздействия агента.

В «Словаре эпитетов» имеется около 30 определений видов боли: ноющая, колющая, сжимающая, жгучая и др. Из всех определений к пациентам с ожоговой травмой подходит «жгучая» боль. У таких пациентов острая боль возникает в начале, при получении травмы, и четко локализуется в месте травмы. Боль, вызванная повреждением ткани, имеет внезапное начало и продолжается в течение нескольких часов или дней. В последующем боль может повторяться при транспортировке, перевязках, операциях.

Методами уменьшения болевого синдрома у ожоговых больных является снижение чувства тревоги и страха (назначение успокаивающих средств, применение транквилизаторов, адаптогенов, стресс-протекторов и психокорректоров); предварительное отмачивание повязок; подбор лекарственных препаратов для местного лечения, использование раневого покрытия, длительно находящегося на ране. Помочь пациенту справиться с болью, своевременно качественно ее купировать, облегчить его состояние – это задача медицинской сестры. Но чтобы её действия были эффективны, необходим контроль боли. Поэтому возникла необходимость в проведении сестринского исследования с целью разработки и применения наглядной шкалы интенсивности боли у пациентов с ожоговой травмой, с помощью которой медицинская сестра сможет вести контроль боли пациентов.

Цель исследования — уменьшение болевого синдрома у пациентов с ожоговой травмой путем контроля боли.

Задачи исследования:

- Оценить эффективность и безопасность наглядной шкалы при купировании болевого синдрома у пациентов с ожоговой травмой.
- Оценить влияние применения исследуемых методик на качество жизни пациентов.
- Разработать методические рекомендации для применения наглядной шкалы интенсивности боли в комплексном уходе за пациентами.

Объектом исследования послужили пациенты с диагнозом: термический ожог II – III А степени, площадью не более 10%, различной локализации.

Предмет исследования – болевой синдром у пациентов с ожоговой травмой.

База исследования: ожоговое отделение БУЗОО «ГК БСМП № 1».

Период исследования: с 11.06.2011 г. по 31.01.2012 г.

Размер выборки — 10% от числа поступивших пациентов с данным видом травмы.

Критерии включения: пациенты с термическим ожогом II – III А степени площадью не более 10%, мужского и женского пола, в возрасте от 18 до 60 лет, способные дать письменное информированное согласие на участие в сестринском исследовании.

Критерии исключения: пациенты с наличием сопутствующих заболеваний, неадекватно воспринимающих свое состояние, пациенты с термическим ожогом II – III А степени с локализацией ожоговой травмы на лице и кистях рук, с тяжелой степенью состояния.

Методы исследования. Специалисты по сбору данных объяснили пациентам контрольной группы цель исследования и получили от них письменное информированное согласие на участие в исследовании. Этим пациентам предлагалось использовать наглядную цифровую шкалу для самооценки собственной боли. У каждого пациента была своя индивидуальная шкала.

Для качественного и детального контроля боли в ходе исследования был разработан дневник наблюдения пациента за болью. Отметки в дневниках наблюдения делали медицинские сестры, специалисты по сбору данных, в конце суток они подводили итоги контроля боли и проводимых мероприятий по облегчению болевого синдрома. В течение семи дней каждые три часа медицинские сестры отмечали в дневнике наблюдения пациента степень интенсивности болевого синдрома, тем самым проводя контроль боли и эффективности назначенного обезболивания.

Научная новизна. Впервые в условиях стационара неотложной помощи БУЗОО «ГК БСМП № 1» на базе ожогового отделения будет применена и изучена эффективность и безопасность применения шкалы боли для купирования болевого синдрома у пациентов с ожоговой травмой, а также будет проводиться детальный контроль боли пациентов.

Результаты исследования. На основании данных дневников наблюдений и применяемых шкал проведен анализ проделанной работы.

Следует отметить, что в исследуемую группу входит 67% пациентов с термическим ожогом кипятком II – III А степени и 33% с термическим ожогом пламенем II – III А степени (рис.1).

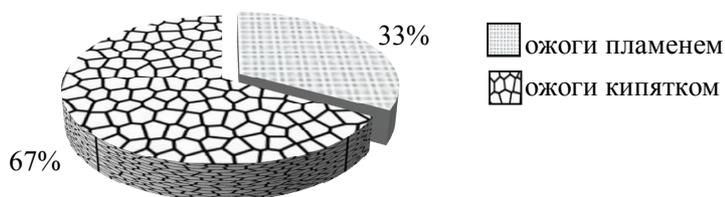


Рисунок 1 — Исследуемая группа пациентов

Пациенты с термическим ожогом кипятком, проводя самоконтроль боли, показали, что при помощи наглядной шкалы, они фиксировали характер боли, её интенсивность и обращались за помощью к медицинской сестре (рис.2). Результат: болевой синдром уменьшился на вторые – третьи сутки.

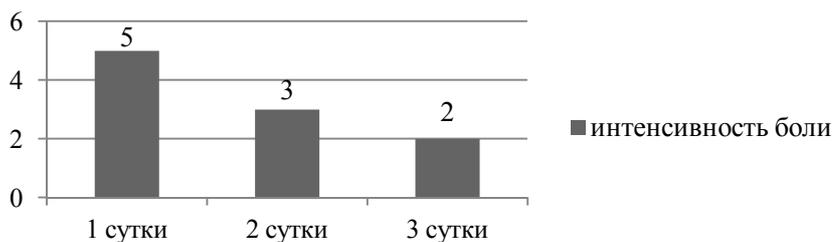


Рисунок 2 — Результат уменьшения болевого синдрома у пациентов с термическим ожогом кипятком

Пациенты с термическим ожогом пламенем зафиксировали порог снижения болевого синдрома на шестые-седьмые сутки (рис.3). Это связано с глубиной поражения ожоговой раны (ожоги пламенем распространенные и глубокие, ожоги кипятком носят поверхностный характер). По данным дневников наблюдений, результатов шкал, видно, что пациенты исследуемой группы, контролируя боль, указывали ее характер и интенсивность и обращались за помощью к медицинской сестре.

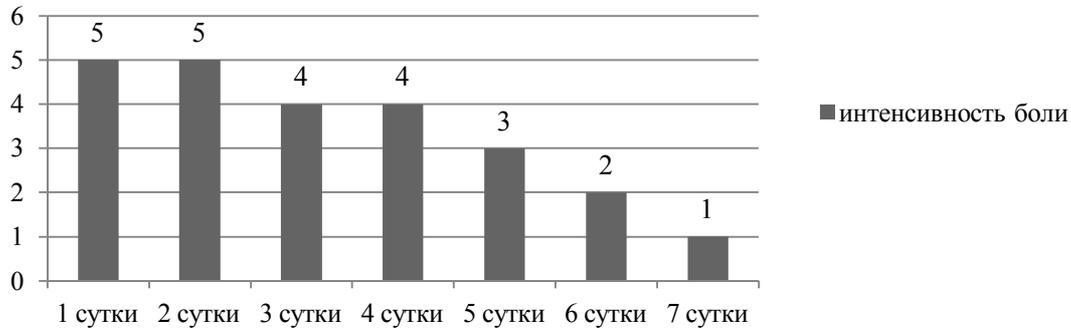


Рисунок 3 — Результат уменьшения болевого синдрома у пациентов с термическим ожогом пламенем

Медицинская сестра, в свою очередь, анализировала имеющиеся у нее данные: характер боли, ее интенсивность, причину возникновения, частоту возникновения и предоставляла эти сведения лечащему врачу. По предоставленным данным, пациенту было назначено либо отвлекающая терапия, либо эффективное обезболивание.

Проводя анализ данных, можно сказать, что 75% пациентов отметили пик болевого синдрома в часы перевязок, 25% из этой группы – при движениях. Боль, которую приносил дискомфорт, отметили 92% пациентов, 8% испытывали легкую боль во время сна.

Частота возникновения боли прослеживается по данным дневников наблюдения пациентов за болью. По приведенным данным видно, что в первые сутки пребывания в стационаре, пациенты испытывают боль в течение всех суток. Снижение частоты возникновения болевого синдрома приходится на вторые-третьи сутки у 34% пациентов, у 42% частота возникновения болевого синдрома приходится на пятые сутки, и у 24% пациентов снижение происходит лишь на шестые-седьмые сутки. Исходя из этих данных, можно сделать вывод, что пациенты по-разному реагируют на болевые ощущения, и что для одних боль может быть раздражающей, а для других она мучительна.

В составе исследуемой группы находились 7 мужчин (58%) и 5 женщин (42%) (рис 4). Анализируя данные исследования, можно сказать, что женщины наиболее остро воспринимают боль, чаще преувеличивая характер и интенсивность своей боли. Но с другой стороны, именно женщины охотно шли на контакт с медицинскими сестрами, активно принимали участие в исследовании. Данное исследование проводилось без учета индивидуального порога чувствительности пациента.



Рисунок 4 — Снижение частоты болевого синдрома

Выводы:

По результатам исследования пациенты оценили применение наглядной шкалы и пришли к выводу, что в течение исследуемого срока у них уменьшился болевой синдром, благодаря психоэмоциональной поддержке со стороны медицинских сестер.

Пациентами отмечено, что участие в исследовании помогло им более спокойно и стойко преодолеть свое состояние и не остаться один на один со своей болью.

Ежедневное общение с медицинским персоналом, внимание его к боли настроило пациентов на позитив, пропала удрученность и замкнутость, тем самым улучшилось качество жизни в стационаре.

В ходе исследования были разработаны методические рекомендации для пациентов по применению наглядной шкалы интенсивности боли.

На протяжении всего проекта была заметна заинтересованность медицинских сестер в этом нововведении, прослеживалось четкая взаимосвязь пациент – медицинская сестра – врач.

Список использованных источников

1. Гречихин А.А. Библиографическая эвристика [Электронный ресурс]/А.А. Гречихин. – Режим доступа: http://www.gumer.info/bibliotek_Buks/Literat/Grech/03.php.
2. Кукшин М.П., Хитров Н.К. Общая патология боли. М.: Медицина, 2004. 144 с.
3. Юрима Т.М., Роженецкая О.А. Бобриков А.Э. «Ожог» // Научно-практический журнал «Сборник научных трудов комбустиологов России», Москва. — 2008. — С. 134-138.

«Обучение пациентов с заболеваниями пояснично-крестцового отдела позвоночника самоуходу в послеоперационном периоде»

*Данилова А.А.,
старшая медицинская сестра оперблока
БУЗОО «КХМЦ МЗОО»*

*Научный руководитель: Л.Б. Резник,
заведующий кафедрой травматологии и ортопедии
ГБОУ ВПО ОмГМА Минздравсоцразвития России,
главный внештатный травматолог-ортопед МЗОО, д.м.н.*

Актуальность темы. В Омской области не было зарегистрировано применение исследований для совершенствования сестринского дела и повышения качества медицинских услуг пациентам по обучению самоуходу. Анализ литературных и статистических данных заболеваемости травматологического отделения № 2 Клинического медико-хирургического центра Министерства здравоохранения Омской области показал, что наиболее распространенными являются травмы и заболевания пояснично-крестцового отдела позвоночника и составляют 10% от общего числа травм опорно-двигательного аппарата. Из них переломы грудного отдела составляют 36,6%, пояснично-крестцового – 63,4% (рис. 1).

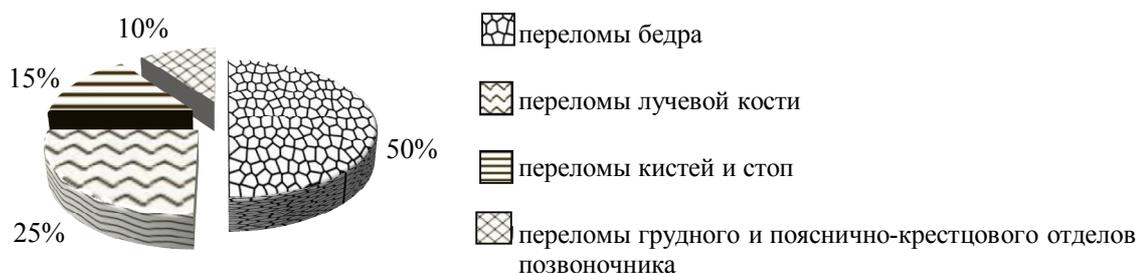


Рисунок 1 — Общее число травм опорно-двигательного аппарата в БУЗОО «КМХЦ МЗОО»

Данная диаграмма показывает, что, несмотря на небольшое количество переломов позвоночника в структуре общего травматизма, данная проблема является социально-значимой. Это связано, в первую очередь, с длительностью пребывания пациентов в стационаре после проведенной операции.

Таким образом, дальнейшее совершенствование методов лечения, а именно: обучение пациентов с заболеваниями пояснично-крестцового отдела позвоночника самоуходу в послеоперационном периоде – актуальная и значимая проблема, которая позволит обучить пациента изменению положения тела в постели на раннюю активизацию в послеоперационном периоде и сократит пребывание в стационаре.

Цель исследования. Обучить пациентов с заболеваниями пояснично-крестцового отдела позвоночника самоуходу в послеоперационном периоде.

Задачи исследования:

- выявить и изучить физические проблемы пациента,
- разработать программу обучения самоуходу пациентов,
- проанализировать влияние программы на раннюю активацию.

Ожидаемый результат исследования – это наличие и применение разработанной программы, которая приведет к получению определенных знаний у пациентов особенностям самоухода в послеоперационном периоде и повышению профессиональной компетентности медицинских сестер.

Объект исследования: пациенты, перенесшие операцию на поясничном отделе позвоночника.

Предмет исследования: ограничение двигательной активности.

Период исследования: с 11.06.2011 г. по 31.01.2012 г.

База исследования. На базе Бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «Клинический медико-хирургический центр Министерства здравоохранения Омской области» в отделении травматологии № 2 (вертебрологии) проходят лечение пациенты с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, где исследовательская команда в составе 6 медицинских сестер приступила к выполнению поставленных задач. Был проведен эксперимент, в ходе которого отобрана группа пациентов в составе 20 человек (10 мужчин и 10 женщин, перенесших операцию на пояснично-крестцовом отделе позвоночника).

Критерии включения: пациенты, перенесшие операцию на поясничном отделе позвоночника.

Критерии исключения: пациенты с заболеваниями шейного и грудного отдела позвоночника, с нарушением функции тазовых органов.

Методы исследования: наблюдение, анкетирование пациентов, интервьюирование.

Научная новизна. Впервые в условиях стационара была разработана и применена программа «Обучение пациентов с заболеваниями пояснично-крестцового отдела позвоночника самоуходу в послеоперационном периоде», которая позволила обучить пациентов изменению положения тела в постели и ранней активации в послеоперационном периоде.

Результаты исследования. С целью решения первой поставленной задачи — выявление и изучение физических проблем пациента — было проведено наблюдение, анкетирование и интервьюирование отобранных пациентов. Для этого была разработана «Информация для пациента (участника исследования)» (приложение 1).

Среди опрошенных пациентов выявлены следующие проблемы:

- психологические — пациентов интересовало, смогут ли они вернуться к работе и привычным видам деятельности, так как сильно зависят от других людей;
- физические — 55% пациентов отметили ограничение двигательной активности, 22,5% пациентов нуждались в проведении утреннего туалета, 5% — в приеме пищи, и 17,5% пациентов потребовалась помощь при физиологических опрвлениях (рис. 2).

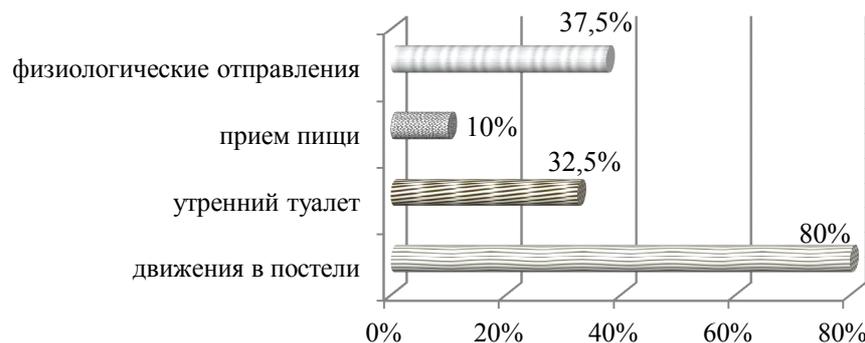


Рисунок 2 — Проблемы пациента

Из представленной диаграммы, в ходе интервьюирования, установлен перечень актуальных потребностей в самоуходе, 55% пациентов с заболеваниями пояснично-крестцового отдела позвоночника остро нуждаются в обучении самоуходу (т.к. не могут самостоятельно осуществлять двигательную активность). У мужчин потребности в самоуходе значительно выше, чем у женщин, что позволило получить информацию, отображающую пожелания и удовлетворенность в применении программы обучения самоуходу для пациентов, перенесших операцию на пояснично-крестцовом отделе позвоночника.

Для решения второй поставленной задачи — разработки программы обучения самоуходу пациентов — была изучена медицинская литература. В результате анализа медицинской литературы я не встретила стандартных планов обучения пациентов самоуходу и, в сотрудничестве с врачами, приступила к их разработке.

Чтобы доказать, что разработанная программа обучения самоуходу способствует увеличению знаний у пациентов и повышению качества самообслуживания был составлен план разработки программы обучения для пациентов с заболеваниями пояснично-крестцового отдела позвоночника с включением проблем, целей, объема вмешательства и оценкой ожидаемого результата от реализации программы (таблица 1).

Таблица 1 — План разработки программы обучения для пациентов

Проблема	Цель	Объем вмешательства	Реализация программы
Ограничение самообслуживания (в связи с вынужденным постельным режимом), после операции на пояснично-крестцовом отделе позвоночника.	Пациент будет частично обслуживать себя самостоятельно или с помощью родственника.	1. Оценить способности пациента выполнять самостоятельно: гигиенические процедуры, одеваться, двигаться в пределах своих возможностей.	Создание условий, обеспечивающих физиологический и гигиенический комфорт.
		2. Побуждать пациента быть как можно более независимым в пределах своих возможностей.	Облегчение послеоперационного периода у пациентов

Окончание таблицы 1

Проблема	Цель	Объем вмешательства	Реализация программы
		3.Адаптировать пациента к своему состоянию.	Оценка состояния и функциональных возможностей пациента
		4.Обучить родственников методам ухода	

Анализ влияния программы на раннюю активацию в течение всего 2011 года показал, что пациенты стали самостоятельно принимать пищу, проводить личную гигиену и менять одежду. И одним из ключевых достижений исследования стало обучение пациентов изменению положения тела в постели и ранней активации в послеоперационном периоде. Программа обучения самоуходу пациентов с заболеваниями пояснично-крестцового отдела позвоночника представлена в приложении 2.

Для решения третьей поставленной задачи, чтобы доказать, что разработанная программа способствует ранней активации пациентов, мы сравнили результаты (рис. 3).

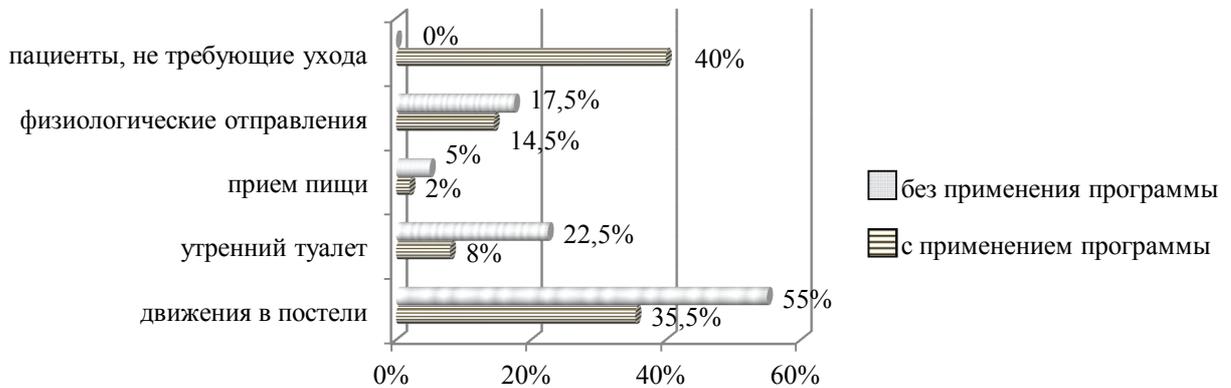


Рисунок 3 — Сравнение результата до и после программы

Данная диаграмма свидетельствует о том, что пациентов, не требующих ухода без применения программы, нет, а именно: все пациенты нуждались в сестринском уходе. И после применения программы у 40% пациентов не требуется помощь при самообслуживании. Реализация программы обучения пациентов с заболеваниями пояснично-крестцового отдела позвоночника в течение всего исследовательского периода говорит о значительном снижении потребностей, и пациенты стали более независимыми в пределах своих возможностей.

Выводы:

Таким образом, установлена необходимость проведения обучения пациентов с заболеваниями пояснично-крестцового отдела позвоночника самоуходу в послеоперационном периоде и доказана эффективность предлагаемых мероприятий на основании результатов исследования. Правильная организация и применение на практике программы обучения самоуходу пациентов дает положительные результаты и открывает новую дорогу к важным переменам в повышении профессионализма медицинских сестер и увеличению знаний у пациентов особенностям самоухода, ранней активации в послеоперационном периоде.

Список использованных источников

1. Материалы конференции «Междисциплинарная помощь больным инсультом. Проблемно-ориентированный подход», Санкт-Петербург. Опыт амбулаторной реабилитации после инсульта // Журнал «Сестринское дело». — 2011 г. — № 2 — С. 16.
2. Голенков А.В. Удовлетворенность больных сестринским уходом и лечением в психиатрическом стационаре // Журнал «Главная медицинская сестра» — 2010 г. — № 8 — С. 143.
3. Злобина Г.М. Роль специалиста сестринского дела в выявлении психологических проблем пациентов инфекционной больницы // Журнал «Главная медицинская сестра» — 2010 г. — № 3 — С. 98.
4. Душенков П.А. Сестринский уход при остром нарушении мозгового кровообращения // Журнал «Сестринское дело». — 2009 г. — № 5 — С. 33-36.
5. Гельфенбейн М.С. Международный конгресс, посвященный лечению хронического болевого синдрома после операции на поясничном отделе позвоночника «Pain management 98» (Failed back surgery syndrome) /М.С. Гельфенбейн //Нейрохирургия.- 2007.- №1-2. - С.65.

Приложение 1

Информация для пациента (участника исследования)

1. Приглашение

Вас приглашают принять участие в научном исследовании. В данном документе Вы найдете описание исследования «Обучение пациентов с заболеваниями пояснично-крестцового отдела позвоночника самоуходу в послеоперационном периоде». Пожалуйста, найдите время, чтобы прочесть этот документ внимательно и решить, желаете ли Вы участвовать в этом исследовании или нет.

2. В чем цель этого исследования?

Вы перенесли операцию на пояснично-крестцовом отделе позвоночника. Вам произведена надежная фиксация и стабилизация поврежденного сегмента позвоночника пластинами. Это очень важно знать, потому что именно этот факт влияет на конечный исход и быструю активацию организма.

Время стандартного лечения пациентов, перенесших операцию на позвоночнике, занимает, примерно, 6 месяцев. Восстановительные мероприятия включают в себя применение лекарственных средств, физиотерапевтические процедуры, лечебную гимнастику, механическую разгрузку позвоночного столба, мануальную терапию, иглотерапию, а также санаторно-курортное лечение. Это позволит улучшить трофику тканей, укрепить мышцы туловища и конечностей и поднять психоэмоциональный статус.

Несмотря на проводимое лечение, медицинская сестра-исследователь желает получить Ваше согласие на участие в данном исследовании для наблюдения (насколько эффективно будет обучение самоуходу, и будет ли разработанная программа способствовать увеличению знаний у пациентов особенностям ухода, ранней активизации пациентов в послеоперационном периоде).

3. Обязательно ли мне участвовать в этом исследовании?

Вы можете сами решить, будете Вы участвовать в этом исследовании или нет (это Ваш выбор). Если Вы решите принять участие в исследовании, Вас попросят заполнить, подписать и датировать данную форму информации для пациента и согласие на участие в исследовании и сохранить ее у себя, так как она содержит полезные сведения об исследовании и контактные телефоны исследователя. Вы по-прежнему сможете в любой момент отказаться от дальнейшего участия в исследовании, не объясняя причины, и Ваше решение никак не отразится на качестве Вашего дальнейшего лечения. Вам сразу же сообщат, если в какой-то момент появится дополнительная информация, которая может повлиять на Ваше согласие продолжать участие в исследовании.

4. Что произойдет, если я соглашусь участвовать в этом исследовании, и что мне нужно будет делать?

Исследование будет проводиться в течение Вашей госпитализации, после выписки Ваше участие в исследовании прекращается. В ходе исследования Вам нужно будет отвечать на вопросы анкеты и задавать интересующие Вас вопросы.

Исследование не инвазивное, т.е. не требует внедрения частей прибора и датчиков в тело исследуемого. Сущность метода заключается **только** в наблюдении, анкетировании и интервьюировании.

5. Какова возможная польза от участия в исследовании?

Во время участия в исследовании Вы будете иметь пристальное медицинское наблюдение. Предполагается, что наши советы приведут к увеличению знаний по самоуходу. Ваше участие в данном исследовании поможет установить, насколько Вы удовлетворены комплексом проведенных мероприятий по уходу. Информация, полученная в ходе этого исследования, может помочь в лечении будущих пациентов с заболеваниями пояснично-крестцового отдела позвоночника в послеоперационном периоде.

6. Будет ли мое участие в исследовании конфиденциальным?

Да, все сведения, полученные из Вашей медицинской карты, истории болезни, будут анализироваться в анонимном порядке, будут рассматриваться как конфиденциальная информация и храниться в компьютерном файле. Представители регуляторных органов здравоохранения и этического комитета могут иметь доступ в конфиденциальном порядке к Вашим медицинским записям и файлам. При необходимости, ответственный за исследование может обратиться к Вашим родственникам или знакомым, также к лечащему врачу или другому медицинскому персоналу, отвечающему за Ваше лечение, чтобы собрать сведения о Вашем состоянии здоровья, если это важно для данного исследования.

У Вас будет право иметь доступ к Вашим личным данным и вносить исправления через ответственного за исследование.

В случае преждевременного прекращения участия в исследовании будет использоваться вся информация, полученная до этого момента.

7. Как будут использоваться результаты исследования?

Результаты этого исследования будут опубликованы в каком-либо медицинском журнале и/или переданы контролирующим организациям. Информация будет рассматриваться как конфиденциальная, и ни при каких обстоятельствах Ваше имя не будет раскрыто.

8. Кто оценивает это исследование?

Протокол данного исследования будет рассмотрен этическим комитетом Совета по сестринскому делу БУЗОО «КМХЦ МЗОО».

9. Контактная информация

Если у Вас возникнут какие-либо вопросы, пожалуйста, обращайтесь к ответственному за исследование — Даниловой Анне по тел: 8-961-881-92-90.

Спасибо, что Вы рассматриваете возможность участия в этом исследовании!

Приложение 2

Программа «Обучение пациентов с заболеваниями пояснично-крестцового отдела позвоночника самоуходу в послеоперационном периоде»

Любое перемещение не может не влиять на положение позвоночника во время движения, и если оно отклонится от анатомического, то снова возрастет компрессия на нервный корешок, вызывая обострение и боль, ограничивающую двигательную активность человека.

Одна из основных целей ухода за пациентами с заболеваниями пояснично-крестцового отдела позвоночника в послеоперационном периоде является стимуляция его самостоятельного передвижения при минимальной помощи медицинского персонала и окружающих.

Основная задача персонала — не дать утратить навыки передвижения и напомнить о них.

В первые дни реабилитации двигательная активность, в зависимости от состояния пациента, заключается в изменении положения рук и ног. В процессе ухода нужно стремиться активизировать сохранившиеся у пациента двигательные возможности, обеспечивающие надежную поддержку, когда он встает на ноги и делает первые шаги.

Послеоперационный период — это промежуток времени от окончания операции до выздоровления или полной стабилизации состояния пациента.

Психологическая и социальная реабилитация пациентов после перенесенной операции напрямую зависит от возможности адаптироваться к постельному режиму, что нередко обусловлено возможностью самоухода и самообслуживания.

Дефицит самоухода основан на принципах самопомощи, которые определяются как деятельность по сохранению жизни, здоровья и благополучия, проявление заботы к себе, которую люди начинают и осуществляют самостоятельно.

План восстановления пациентов с заболеваниями пояснично-крестцового отдела позвоночника в послеоперационном периоде

Вы перенесли операцию на пояснично-крестцовом отделе позвоночника. По мере улучшения самочувствия, и следуя нашим советам, Вы сможете постепенно возвращаться к своим привычным положениям тела, придерживаясь следующих правил.

1. Строго выполняйте назначения врача.
2. Не допускайте переохлаждения, особенно спины и поясничного отдела. Избегайте сквозняков.

3. Носите первые три месяца после операции и в период обострения подобранный по размеру корсет.
4. В положении лежа Ваш позвоночник должен всегда оставаться прямым. С этой целью выбирайте матрац эластичный, достаточно жесткий, отдавая предпочтение ортопедическим матрацам и подушкам. В случае болей в поясничной области, подкладывайте небольшую подушку и под колени.
5. Если Вы свободно перемещаетесь, то целесообразно носить обувь на резиновой подошве, так как при этом снижается амортизационная нагрузка на межпозвоночные диски.
6. Выполняйте работу по дому лучше в положении сидя на удобном стуле со спинкой.
7. Если Вы сидите, то для сохранения прямой спины поместите небольшую подушку позади талии. Кресло или стул должны быть с поддерживающей позвоночник высокой спинкой. При транспортировке в автомобиле желательно использовать специальную ортопедическую подушку под сиденье.
8. Любые тяжести поднимайте в два этапа: сначала в положении сидя на коленях, подложив под них валик (предмет держите ближе к туловищу), затем постепенно поднимайтесь (рис. 1).



Рисунок 1 — Влияние внешних сил на положение позвоночника в движении

9. Избегайте длительного пребывания в одной позе стоя или сидя, если Вам все-таки приходится долго стоять, следует использовать опору или время от времени перемещать вес тела с одной ноги на другую.

Болевой синдром мышц спины возникает в следствие:

- их чрезмерного растяжения из-за резкого движения;
- длительного пребывания в неудобной позе;
- избыточной нагрузки;
- в послеоперационном периоде.

Помните, Вам категорически запрещается заниматься активным физическим трудом!

Вам противопоказаны:

- быстрая и длительная ходьба по неровной поверхности;
- длительная езда, особенно по неровным дорогам.

Следуя нашим рекомендациям, Вы достигнете оптимального уровня самопомощи, который:

- устранил проблемы по обеспечению собственной безопасности;
- позволит Вам самостоятельно принимать пищу;
- позволит проводить личную гигиену, менять одежду;
- будет способствовать изменению положения тела в постели на раннюю активацию в послеоперационном периоде.

«Уменьшение осложнений в раннем послеоперационном периоде у пациентов с заболеваниями (повреждениями) позвоночника»

Димакова Т.Ф.,
старшая медицинская сестра отделения
анестезиологии и реанимации
БУЗОО «КМХЦ МЗОО»

Научный руководитель: Л.Б. Резник,
заведующий кафедрой травматологии и ортопедии
ГБОУ ВПО ОмГМА Минздравсоцразвития России,
главный внештатный травматолог-ортопед МЗОО, д.м.н.

Актуальность темы. Проблема лечения пострадавших с повреждениями и заболеваниями позвоночника продолжает привлекать к себе внимание. Это обусловлено возрастающей частотой подобных повреждений и их значительным удельным весом в структуре травм опорно-двигательной системы и заболеваний, преобладанием среди больных лиц трудоспособного возраста, длительностью лечения, высокими показателями инвалидности, а при поражении спинного мозга и летальностью. Травма позвоночника и спинного мозга является разноплановой патологией, характеризующейся различными механизмами, уровнем, степенью повреждения костных и невральных структур.

У многих пострадавших с костными повреждениями позвоночника встречается неврологический дефицит. Повреждение позвоночника нередко сопровождается неврологическими расстройствами со стороны функции спинного мозга и его корешков, требуется не только консервативное, но и оперативное лечение.

Чем выше уровень поражения, тем, как правило, тяжелее функциональные расстройства. Могут быть следующие симптомы: парезы и параличи мышц нижних конечностей, сфинктеров прямой кишки и мочевого пузыря, расстройства чувствительности, нарушение потенции, болевой синдром.

На базе Клинического медико-хирургического центра работает отделение вертебродологии, осуществляющее медицинскую помощь пациентам со спинальной травмой, выполняются стабилизирующие операции на позвоночнике с использованием современных фиксирующих конструкций, в том числе, развитая система транспедикулярной фиксации и различные типы кейджей. В представленной ниже таблице показаны данные за 3 года по заболеваниям позвоночника в отделении травматологии КМХЦ.

Таблица 1 — Количество пациентов, пролеченных в отделении травматологии № 2 за 2008 – 2010 гг.

Название заболевания	2008 год	2009 год	2010 год
Остеохондроз позвоночника у взрослых	877	23	1184
Спондилолистез	816	876	293
Остиомиелит позвонков	486	852	655
Поражение межпозвоночного диска шейного отдела с радикулопатией	341	609	440
Перелом других уточнённых шейных позвонков	149	87	36
Вывих шейного позвонка	115	159	96
Перелом грудного позвонка	613	591	586
Перелом поясничного позвонка	1539	936	1078
Последствия перелома позвоночника	676	461	409

Данные в таблице наглядно представлены в диаграмме (рис № 1). Прослеживается, что наибольшее количество пролеченных пациентов — это пациенты с травмой поясничного отдела позвоночника и остеохондрозом поясничного отдела.

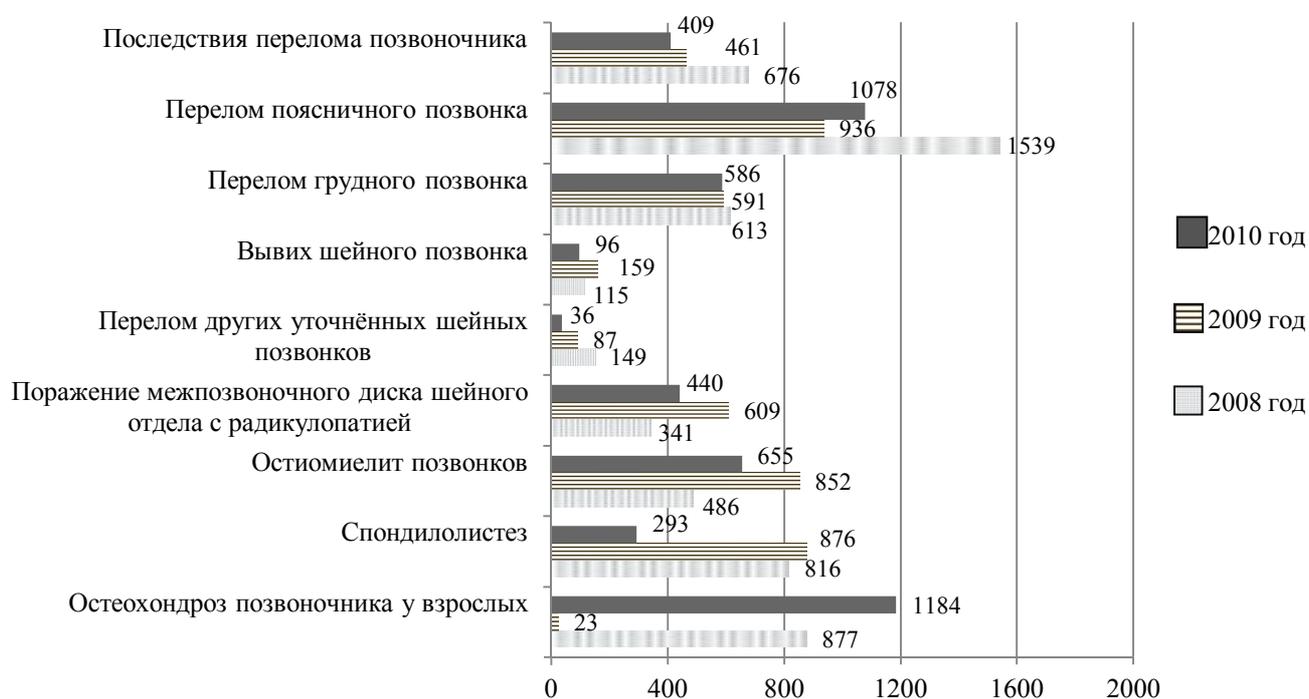


Рисунок № 1 — Данные за 3 года по заболеваниям позвоночника в отделении травматологии КМХЦ

У пациентов с полным или частичным нарушением проводимости, особенно на уровне пояснично-крестцового сегментов спинного мозга, где располагаются спинальные центры мочеиспускания и дефекации, развиваются тяжелые нарушения функции тазовых органов. К тому же появляющиеся очаги ирритации в системе спинальных афферентных элементов приводят к деструктивным изменениям в тканях, потерявших чувствительность и подвергающихся давлению. Нарушение функции тазовых органов и трофические расстройства, несомненно, отягощают состояние пациентов. Нередко именно такие пациенты находятся на лечении в отделении травматологии-вертебрологии, и медицинским сестрам приходится напрямую сталкиваться с проблемами ухода за этими пациентами.

Как следствие таких серьезных осложнений у пациентов с заболеваниями (повреждениями) поясничного отдела позвоночника могут развиваться пролежни, нарушения функции тазовых органов, застойные пневмонии и эмоциональный стресс. Уменьшение осложнений у пациентов в раннем послеоперационном периоде с заболеваниями (повреждениями) поясничного позвонка является целью данного сестринского исследования.

Ожидаемый результат исследования — это создание благоприятных условий пациентам с заболеваниями (повреждениями) поясничного отдела позвоночника, снижение боли и эмоционального напряжения.

Цель исследования: составление программы ухода за пациентами с заболеваниями (повреждениями) позвоночника, уменьшение осложнений в раннем послеоперационном периоде и улучшение качества жизни.

Подготовка к исследованию:

- собраны материалы по данной тематике в средствах массовой информации;

- разработана программа исследования: сформулированы проблемы, тема исследования, цели и задачи, единицы наблюдения;
- подобрана команда для сбора информации, разработана программа обучения медицинских сестер команды, участвующих в сборе и обработке статистических данных;
- составлено добровольное информированное согласие для пациентов, участвующих в исследовании.

Задачи исследования:

- Проанализировать и оценить существующую организацию ухода за пациентами с заболеваниями (повреждениями) позвоночника.
- Изучить эффективность мероприятий по привлечению пациентов с заболеваниями (повреждениями) позвоночника к самоуходу.
- Улучшить качество жизни пациента с заболеваниями (повреждениями) позвоночника.
- Исключить осложнения у пациентов с заболеваниями (повреждениями) позвоночника.
- Разработать алгоритмы действий для сестринского персонала по предоперационной подготовке и раннему послеоперационному уходу.

Методы исследования: статистический (для пациентов) и социологический (для медицинских сестер).

Способы наблюдения: выборочный (для пациентов) и сплошной (для медицинских сестер отделения).

Программа сбора информации: включает в себя информированное согласие пациента, анкеты и опросники для медицинских сестер.

Единицы наблюдения: пациенты с травмами (повреждениями) позвоночника пояснично-крестцового отдела; сестринский персонал отделения.

Критерии включения: пациенты с заболеваниями (повреждениями) позвоночника без нарушения функции тазовых органов.

Критерии исключения: пациенты с нарушением функции тазовых органов и эмоциональной нестабильностью.

В доступной нам литературе при всем ее разнообразии для медицинских сестер информации мало, в основном, это литература для врачей, издания прошлых лет, которые не отвечают современным требованиям. Для составления анкет и опросников исследовательская команда ознакомилась с исследованиями многих авторов и составила свои пробные анкеты, приближенные к нашей медицинской организации. Таким образом, подготовительная работа к исследованию велась по двум направлениям: подбор и изучение материала для составления методических рекомендаций и подготовка к анкетированию пациентов и медицинских сестер для более детального выявления проблем.

При проведении анкетирования была изучена потребность пациентов в уходе до операции и в раннем послеоперационном периоде. Обработаны 30 анкет пациентов с заболеваниями (повреждениями) поясничного отдела позвоночника без нарушений функций тазовых органов и эмоциональной нестабильности, без применения к ним новых методов ухода. Выявлены негативные стороны. Наиболее выраженные проблемы отражены в диаграммах. 37% с заболеваниями (повреждениями) позвоночника беспокоил страх перед проведением предстоящей операцией, 26 % пациентов жаловались на сильную боль, у 21% были сомнения в необходимости проведения операции, 16% переживали за исход предстоящей операции (рис. 2).

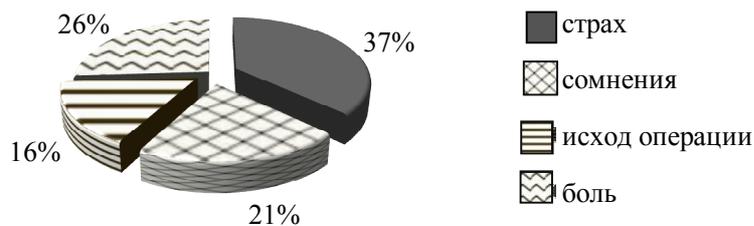


Рисунок 2 — Страхи и сомнения пациентов с заболеваниями (повреждениями) позвоночника о необходимости проведении и исходе операции

Изучая осведомленность пациента об объеме оперативного вмешательства и последующего периода реабилитации, оказалось, что 26% знали о полном объеме предстоящей операции и особенностях послеоперационного течения, и информацию получили не только от лечащего врача, но и пользовались другими источниками, например, интернетом. Максимальное количество пациентов — 53% — отметили недостаточную осведомленность, 13% затруднились ответить, 8% вообще не имели никакой информации о предстоящем вмешательстве. (рис. 3).

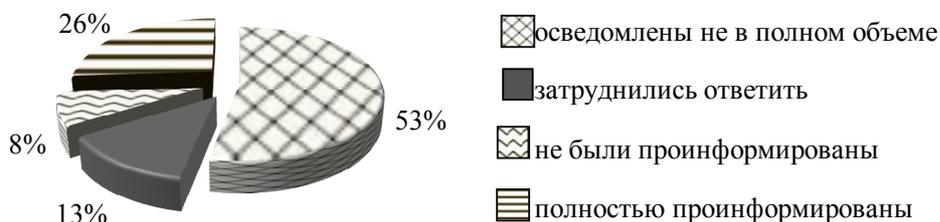


Рисунок 3 — Осведомленность пациентов с заболеваниями (повреждениями) позвоночника о ходе предстоящей операции

Существующая организация ухода в медицинских организациях не удовлетворяет полностью 14% пациентов с заболеваниями (повреждениями) позвоночника, не удовлетворяет частично 38% и 48% пациентов удовлетворяет полностью. При этом большинство пациентов (82%) подчеркивает, что качество ухода, оказываемое сестринским персоналом, зависит от уровня его квалификации (рис. 4).

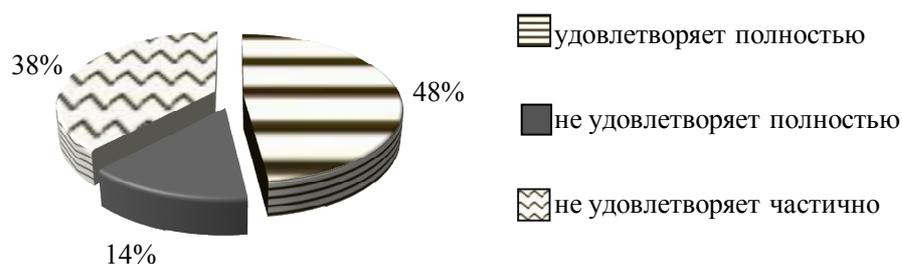


Рисунок 4 — Оценка пациентами с заболеваниями (повреждениями) позвоночника существующей организации ухода в медицинских организациях

Анализ мнений пациентов о проблемах в существующей системе организации ухода в учреждениях здравоохранения, показал, что основной проблемой является значительно увеличившийся объем работы у сестринского персонала (48%), на второе место выведен индикатор «низкий процент укомплектованности» (25%), а на третьем месте — индикатор «неудовлетворенность сестринского персонала заработной платой» (27%) (рис. 5).



Рисунок 5 — Проблемы существующей организации ухода в медицинских организациях по оценкам пациентов с заболеваниями (повреждениями) позвоночника

Для стимулирования мотивации медицинских сестер к улучшению существующей системы организации ухода в учреждениях здравоохранения, по мнению пациентов с заболеваниями (повреждениями) позвоночника, необходимо повысить уровень материальной обеспеченности (39%); изменить систему оплаты труда (28%) и улучшить условия труда (33%) (рис.6).

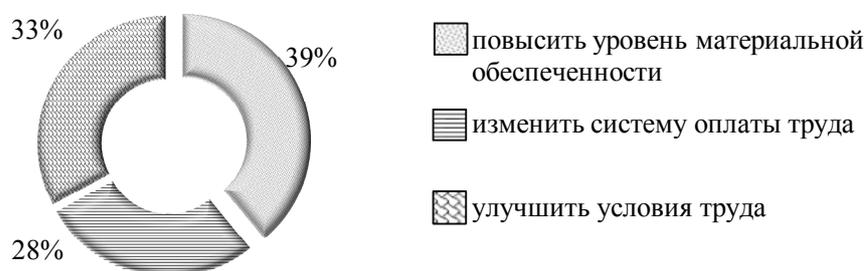


Рисунок 6 — Предложения пациентов с заболеваниями (повреждениями) позвоночника по стимулированию мотивации улучшения существующей организации ухода в учреждениях здравоохранения

Необходимость привлечения психологов для улучшения существующей системы организации ухода в учреждениях здравоохранения была расценена пациентами с заболеваниями (повреждениями) позвоночника следующим образом: 47% ответили: «Да»; 45% затруднились ответить; 8% ответили: «Нет».

Полученные данные свидетельствуют, что большинство пациентов с заболеваниями (повреждениями) позвоночника обозначили основные позиции, вызывающие неудовлетворенность существующей организации ухода в учреждениях здравоохранения в плане неполной осведомленности о ходе, прогнозе и возможных осложнениях от предстоящей операции, у большинства пациентов были страхи и сомнения о необходимости проведения операции и ее исходе. Трагическое восприятие предстоящего оперативного вмешательства может быть также связано со страхом смерти, инвалидизацией, неспособностью вернуться к привычному образу жизни, невозможности выполнять свои профессиональные обязанности, причинять неудобства своей семье и т.д.

Полученные данные свидетельствуют и о значительной рабочей нагрузке на сестринский персонал, низкой материальной обеспеченности, что также влияет на качество существующей организации ухода в учреждениях здравоохранения.

Следовательно, на основе результатов анализа мнения пациентов с заболеваниями (повреждениями) позвоночника установлена необходимость:

- совершенствования организации ухода в отделении;
- привлечения к самоуходу пациентов через обучение медицинскими сестрами;
- разработка мероприятий по оптимизации ухода для сестринского персонала.

На основании анализа результатов экспериментального исследования была составлена схема профилактики осложнений в раннем послеоперационном периоде у пациентов с заболеваниями (повреждениями) поясничного отдела позвоночника (рис. 7).

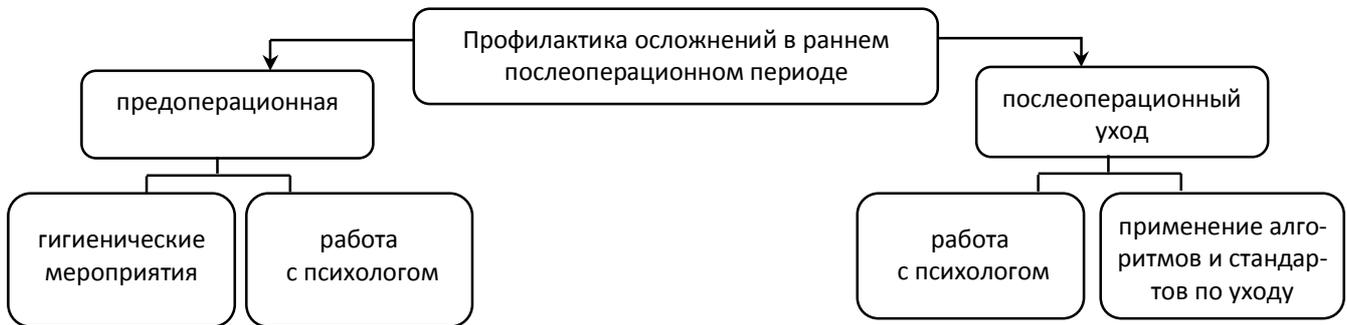


Рисунок 7 — Схема профилактики осложнений в раннем послеоперационном периоде у пациентов с заболеваниями (повреждениями) поясничного отдела позвоночника

Разработано методическое пособие для повышения квалификации медицинских сестер отделения травматологии №2 КМХЦ, которое включает в себя:

- алгоритм гигиенической предоперационной подготовки у пациентов с заболеваниями (повреждениями) позвоночника;
- алгоритм послеоперационного ухода у пациентов с заболеваниями (повреждениями) позвоночника, специфика хирургического стационара требует, чтобы современная и квалифицированная помощь оказывалась пациентам даже при занятости врача (например, в операционной) (приложение 1). Это требует от медицинских сестер уверенных профессиональных знаний и умений, сведенных в алгоритмы действий при различных клинических ситуациях;
- сестринский лист ухода за пациентами с заболеваниями (повреждениями) позвоночника, учитывающий особенности стационара КМХЦ (приложение 2);
- алгоритм «Определение эмоционального настроения у пациентов с заболеваниями (повреждениями) позвоночника до и после операции». Учитывая отсутствие данных по специальному уходу за такими пациентами, изучив их мнение о необходимости привлечения психологов, считаем оптимизационную модель организации ухода в медицинских организациях с привлечением психолога, инструктора ЛФК, невролога, вертебролога наиболее приемлемой для улучшения существующей системы организации ухода.



На базе отделения травматологии № 2 КМХЦ МЗОО был осуществлен эксперимент, в ходе которого в исследуемую и контрольную группы отобраны 30 пациентов с заболеваниями (повреждениями) позвоночника. Критериями включения стали пациенты без нарушения функции тазовых органов. Критерием исключения явилось отсутствие у пациентов пролежней и эмоциональной нестабильности. После применения к исследуемой группе разработанных рекомендаций по предоперационной подготовке, листа сестринского ухода, алгоритма ведения пациентов в раннем послеоперационном периоде, работы психолога, были достигнуты следующие результаты:

Таблица 2 — Результаты применения к исследуемой группе разработанных рекомендаций по предоперационной подготовке, листа сестринского ухода, алгоритма ведения пациентов в раннем послеоперационном периоде, работы психолога

№	Параметры исследования	Контрольная группа	Исследуемая группа
1	Осведомленность пациентов о ходе предстоящей операции	26%	93,3%
2	Уверенность в исходе предстоящей операции	16%	76%
3	Удовлетворенность пациентов проведенным уходом	48%	100%

Нами была достигнута поставленная цель — уменьшение осложнений в ранний послеоперационный период.

Практическая значимость:

- отсутствие пролежней у пациентов с заболеваниями (повреждениями) позвоночника;
- эмоциональная стабильность у пациентов с заболеваниями (повреждениями) позвоночника;
- повышение профессионального уровня медицинских сестер.

Таким образом, по результатам исследования установлена необходимость совершенствования существующей организации ухода в медицинских организациях, показана ее возможность за счет применения разработанного методического пособия для повышения квалификации медицинских сестер, доказана эффективность предлагаемых мероприятий для уменьшения осложнений в ранний послеоперационный период у пациентов с заболеваниями (повреждениями) поясничного отдела позвоночника.

Список использованных источников

1. Каспрук, Л.И. Некоторые аспекты исследования рынка специалистов со средним медицинским профессиональным образованием / Л.И. Каспрук // Пробл. соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2008. – №4. – С. 40-42.
2. Мельник В.М., Файнаут-Оверхолт Е. Доказательная практика в сестринском деле и здравоохранении: Руководство для образцовой практики. Филадельфия: Липпинкольт Уильям и Уилкинс, 2005. – 230 с.
3. Силиска Д. Обучение доказательной практике // Журнал профессиональной сестринской практики. — 2005. — № 21(6). — С. 345-350.
4. Хейфец, А.С. Обзор и анализ инноваций в реформировании сестринского дела в лечебно-профилактических учреждениях России / А.С. Хейфец // Главная медицинская сестра. – 2002. – №10. – С. 47-52.

Приложение 1

**Алгоритм профилактических мероприятий
в раннем послеоперационном периоде**

Наблюдение	Что найдено	Оценка результатов действия медицинской сестры
Медицинская сестра палатная осуществляет прием пациента из операционной	Пациент оперирован под местной анестезией, в сознании и полном контакте	Доставьте пациента в палату, уложите в теплую постель с опущенным головным концом без подушки на 2 часа. Положите холод на повязку. Измерьте пульс, АД. Ознакомьтесь с листом врачебных назначений, приготовьте назначенные лекарственные препараты

Наблюдение	Что найдено	Оценка результатов действия медицинской сестры
	Пациент оперирован под наркозом, в данный момент в сознании, в контакт вступает. Дыхание глубокое и ритмичное.	Принимайте пациента под свое наблюдение и действуйте, как в предыдущем пункте
	Пациент в стадии наркоза	Медицинская сестра-анестезист контролирует состояние пациента до полного пробуждения
Поведение пациента	Спокоен, жалоб не предъявляет, дышит глубоко и ровно	В настоящее время в дополнительном обезболивании пациент не нуждается. Вводите лекарственные препараты по листу врачебных назначений
	Пациент жалуется на сильные боли в ране, дыхание поверхностное, живот в акте дыхания не участвует	Сообщите врачу. При назначении введите обезболивающее средство
Контроль гемодинамики и гемостаза в первые сутки после операции	Повязка сухая, АД в пределах нормы, умеренная тахикардия, кожные покровы обычной окраски	Убедитесь в том, что признаков кровотечения нет. Через два часа снимите холод.
	Повязка умеренно промокла кровью или серозно-геморрагическим содержимым, АД, пульс в пределах нормы	Убедитесь в том, что признаков кровотечения нет. Смените повязку.
	Повязка обильно промокла кровью, АД снижено, пульс малого наполнения, частый, кожные покровы бледные	У пациента кровотечение из послеоперационной раны! Немедленно вызовите врача! Приготовьте гемостатические лекарственные средства и систему для в/в вливаний.
	Повязка сухая, но кожные покровы бледные, пациент заторможен, АД низкое, тахикардия, дыхание учащено	Признаки кровотечения в брюшную полость. Вызвать врача через посредника! Приготовьте гемостатические лекарственные средства и систему для в/в вливаний.
	АД высокое, тахикардия	Реакция на недостаточное обезболивание. Доложить о состоянии пациента врачу!
Контроль температуры (t) тела	t стабильно нормальная; t в первые двое суток субфебрильная, затем нормальная	Нормальное течение послеоперационного периода
	t повышается на 2-3 сутки и держится на субфебрильных цифрах и выше	Возможно, начинается воспалительный процесс. Доложить врачу! Выполнение врачебных назначений.
Контроль самостоятельного мочеиспускания в первые сутки	В первые часы после операции отсутствуют позывы на мочеиспускание	Мочевой пузырь еще пуст, пациент в помощи не нуждается
	Позывы на мочеиспускание, мочится самостоятельно	Подайте судно или мочеприемник
	Жалобы на боли внизу живота. Есть позывы на мочеиспускание, но самостоятельно мочиться не может	У пациента острая задержка мочи. Отвлекающие мероприятия (открыть кран с водой), при отсутствии эффекта выведите мочу катетером.
Контроль функции кишечника	Живот не вздут, в акте дыхания участвует, мягкий безболезненный в области операционного поля, симптом Щеткина Блюмберга отрицательный, газы отходят	Нормальное течение послеоперационного периода, продолжайте наблюдение.
	Живот в дыхании участвует, вздут, газы не отходят	У пациента парез кишечника. Решите вопрос с врачом о медикаментозной стимуляции кишечника.
	Живот втянут напряжен. При пальпации резко болезненный, была рвота, симптом Щеткина Блюмберга положительный по всему животу	У пациента перитонит. Срочно вызовите врача!

Наблюдение	Что найдено	Оценка результатов действия медицинской сестры
Контроль питания пациента	Послеоперационный период протекает без осложнений	В первые 2 часа после операции пить не давать, только смачивать губы. До конца первых суток давать пить мелкими глотками. Со вторых суток назначают стол 1а, на третьи сутки - 1б, на четвертые сутки – 1.
Контроль передач	Послеоперационный период протекает без осложнений	В первые сутки принимается только морс, минеральная вода без газа. В последующем принимать продукты, соответствующие назначенной диете
Контроль состояния повязки со вторых суток до выписывания	Повязка сухая	Первая перевязка на следующий день после операции, затем через день
	Повязка отклеилась	Повязку не подклеивать, а заменить
	Повязка промокла сукровичным отделяемым	Сообщите врачу!
	Пациент выписывается	Проверить состояние послеоперационного шва
Контроль режима	Послеоперационный режим протекает без осложнений	Вставать и садиться можно только с разрешения врача

Приложение 2

ЛИСТ СЕСТРИНСКОГО УХОДА

ФИО пациента _____ № палаты _____

№	План сестринского ухода	Дни наблюдения														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	Режим															
2	Диета															
3	Гимнастика															
4	Проведение утреннего туалета															
5	Кормление															
6	Смена нательного белья															
7	Смена постельного белья															
8	Изменение положения пациента в постели через 2-3 часа															
9	Наблюдение за пациентом															
	Измерение АД															
	Термометрия															
	Подсчет пульса															
	Цвет кожных покровов															
10	Контроль диуреза															
11	Контроль отделяемого по дренажам															
12	Перевязка															
13	Подача судна и мочеприемника															
14	Контроль функции кишечника															

№	План сестринского ухода	Дни наблюдения															
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
15	Осмотр на педикулез																
16	Психокоррекционная работа (консультация психолога)																
17	Проведение дыхательной гимнастики																
18	Обучение пациента самообслуживанию																
19	Встреча с родственниками, обучение уходу за пациентом																

Медицинская сестра _____

Старшая медицинская сестра _____ Зав. отделением _____

«Предвидение и выявление признаков суицидальных состояний у пациентов, страдающих психическими расстройствами»

*Зиновьева И.С.,
старшая медицинская сестра
18-го психиатрического отделения
БУЗОО «КПБ им. Солодникова Н.Н.»*

*Научный руководитель: С.С. Одарченко,
зам. гл. врача по организационно-методической
консультативной работе
БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова», д.м.н.*

Актуальность темы. По оценкам ВОЗ, к 2020 году число самоубийств в мире достичь порядка 1,53 млн. Суицид входит в число 10 наиболее распространенных причин смерти населения во всех странах. Среди лиц, совершивших самоубийство (как в развивающихся, так и в развитых странах) уровень психических расстройств составляет от 80 до 100% случаев.

Самоубийство является одной из основных причин смертности психически больных. Согласно имеющимся данным, риск самоубийства у людей с аффективными расстройствами (преимущественно с депрессией) составляет 6-15%, у больных алкоголизмом – 7-15%, у страдающих шизофренией – 4-10%. Столь высокие показатели смертности психически больных от самоубийств сохраняются, несмотря на постоянное совершенствование методов лечения в психиатрии. Перечисленные факты свидетельствуют о необходимости поиска новых, более эффективных подходов к профилактике суицидов у пациентов, страдающих психическими расстройствами. Актуальность оценки суицидальных состояний у пациентов, страдающих психическими расстройствами, определяет вопросы специализированной подготовки медицинской сестры в способности спрогнозировать и своевременно предупредить суицидальное поведение пациентов.

В доступной литературе мы не обнаружили достаточного количества информации, посвященной самоубийствам пациентов с психическими расстройствами. Для проведения обоснованных профилактических мероприятий могли бы быть полезны сведения об особенностях пресуицидального периода, но они практически отсутствуют. Таким образом, недостаточная научная разработанность и высокая значимость аспектов суицидального поведения пациентов, страдающих психическими расстройствами, определяют актуальность настоящего исследования.

Новизна исследования заключается в том, что впервые была разработана авторская скрининг-система (интервью), которая позволила скорректировать наблюдение за выявленной группой риска и снизить остроту «душевной боли» за счет общения, проводимого в эмпатичной недирективной манере. Данная методика способствовала установлению рабочего альянса и возникновению комплаентности между медицинской сестрой и пациентами, получены данные об эффективности применения.

Цель исследования: повышение качества выявления пациентов с суицидальным риском.

В соответствии с целью определены следующие задачи исследования:

- Разработать систему скрининга для выявления суицидальных тенденций.
- Определить спектр психических расстройств, для которых характерно проявление суицидальных тенденций.
- Выявить ранние прогностические признаки суицидального риска.

Критерии включения: женщины от 30 до 50 лет, не имеющие в анамнезе суицидальных попыток и без демонстрации предупредительных признаков суицида.

Критерии исключения: женщины, не попадающие в критерий включения по возрасту, имеющие суицидальные попытки в анамнезе и активно проявляющие суицидальные интенции (намерения).

Размер выборки – 90 пациентов.

Методы исследования: интервью (авторская скрининг-система) (приложение 1); валидизированная Шкала безнадежности Бэка (приложение 2); наблюдение.

Научная новизна: разработана авторская скрининг-система (интервью) для определения степени риска суицида медицинскими сестрами. Даны рекомендации по выявлению признаков суицидальных состояний у пациентов, страдающих психическими расстройствами, как для медицинских сестер, так и для родственников пациентов.

Ход исследования. Исследование проводилось на базе трех крупных лечебно-диагностических комплексов КПБ им. Н.Н. Солодникова — 8, 18, 19 отделений, каждое из которых рассчитано на 135 стационарных коек. Для проведения интервьюирования были выбраны женщины от 30 до 50 лет, не имеющие в анамнезе суицидальных попыток и без демонстрации предупредительных признаков суицида. Здесь нужно уточнить, что женщины в возрасте моложе 30 лет и старше 50 лет, по статистическим данным, традиционно принадлежат к возрастному контингенту, склонному к суицидальным интенциям в целом. В период с 11 июня 2011 г. по 31 января 2012 г. было обследовано 90 пациентов.

Порядок проведения и лист-опросник интервью были разработаны совместно с психологом суицидологической службы, при этом преследовалась цель адаптировать процедуру интервью для медицинских сестер, а именно: сократить временные затраты при максимальной информативности, т.е. создать систему скрининга. Для оценки достоверности применяемой методики параллельно проводилось тестирование по валидизированной Шкале безнадежности Бэка. Данная шкала используется в различных исследованиях, включая изучение возможности предвидения самоубийства.

Оценка риска самоубийства сложна и в каждом случае индивидуальна. Нет таких признаков, по которым можно было бы достоверно распознать человека, готового к самоубийству. Важно было не только правильно задавать вопросы и интерпретировать ответы, но и наблюдать за выражением лица, внешностью, позой, жестами и прочими невербальными признаками. Любая мелочь может иметь значение. Порой то, о чем пациент умолчал, оказывается важнее его слов, а бездействие - важнее поступков. В связи с этим проводился анализ информации, полученной из десятидневных листов наблюдения, журналов учета изменения состояния и дифференцированных режимов наблюдения. Эти данные позволили разработать памятки как для медицинских сестер, так и для родственников пациентов (приложение 3, 4, 5).

У пациентов, с хроническими психическими заболеваниями на первый план выступают эмоционально-волевые изменения личности — это аутизация, формальность в общении, склонность к диссимуляции, отсутствие критики к болезни. За всей этой симптоматикой бывает легко просмотреть начало обострения психотической симптоматики (психопродукция: страхи, голоса, бред самообвинения, самоуничужения и т.п.), а значит и возрастает риск суицида. Многие семьи живут в постоянном ужасе, что их близкий совершит суицид. К несчастью, большинство не могут говорить об этом открыто, и поэтому не в состоянии научиться узнавать признаки суицидальных попыток и своевременно вмешаться.

Медицинская сестра обязана, прежде всего, уметь выслушать пациента, заставить его раскрыться и за сбивчивым и противоречивым рассказом услышать крик о помощи, увидеть отчаяние и одиночество. К любым угрозам самоубийства необходимо относиться серьезно. Важно обеспечить пациенту безопасность и моральную поддержку. Иногда для этого бывает достаточно помочь пациенту открыть свои чувства родным и друзьям, а тех, в свою очередь, убедить в том, что с ним надо проводить больше времени и не уходить от откровенных разговоров.

Миф	Факт
Пациенты, которые говорят о самоубийстве, редко кончают с собой	Пациенты, совершающие самоубийство, обычно перед этим действием обнаруживают определенные признаки своих намерений. Суицидальные угрозы следует принимать всерьез
Вопросы о самоубийстве, заданные пациенту, могут спровоцировать его на суицидальные действия	Вопросы о самоубийстве снижают уровень тревоги, связанной с этими мыслями; пациент может почувствовать облегчение оттого, что кто-то проявляет интерес к нему и его проблемам

Категоричные и прямые вопросы в начале разговора вряд ли полезны. Скорее следует прибегнуть к высказываниям, типа: «Вы выглядите очень подавленным (расстроенным), расскажите мне, что Вас беспокоит». Самое главное – быть хорошим слушателем. Выслушать пациента и проявить при этом внимание и сочувствие – само по себе уже важный шаг для снижения выраженности суицидальных тенденций.

Если пациент переживает эмоциональное беспокойство, снижение настроения, и у него появляются смутные суицидальные мысли, то возможность высказать эти чувства и мысли медицинской сестре может оказаться достаточной для улучшения его состояния. Тем не менее, следует продолжать дальнейшее наблюдение за состоянием пациента. Какова бы ни была проблема, чувства суицидального пациента обычно сосредоточены вокруг беспомощности, безнадежности и отчаяния. Большинство лиц с суицидальными тенденциями проявляют амбивалентность вплоть до самого конца: в их душе с переменным успехом борется желание жить и желание умереть. Самоубийство является импульсивным феноменом, а импульс по своей

природе является преходящим. Если в момент импульсивного побуждения человеку предоставить поддержку, то кризис может разрешиться. Диапазон мышления, эмоций и действий у лиц в суицидальном состоянии резко ограничен, и их рассуждения сводятся к двум вариантам выбора – или-или. В практическом отношении важно распознать назревающий в данный момент суицид. Он может быть обусловлен спонтанным ухудшением состояния, прекращением приема лекарств, назначением неадекватной терапии, психотравмирующей ситуацией. Для того, чтобы вовремя почувствовать надвигающуюся опасность, медицинской сестре необходим хороший контакт с пациентом, однако именно перед суицидальной попыткой он часто ухудшается. Поэтому внезапно наступившая потеря контакта является тревожным признаком. Она может проявляться по-разному: в одних случаях медицинская сестра чувствует, что контакт с пациентом стал формальным, пациент перестал предъявлять обычные жалобы, на вопросы отвечает лаконично, поверхностно. Иногда производит впечатление отрешенности, на вопросы не отвечает или отвечает невпопад, как будто бы не понимает их. В его поведении наблюдаются признаки тревожной растерянности, напряженности. В других случаях, окончательно решившись совершить суицид, пациент внешне становится спокойнее, что создает впечатление улучшения состояния. Опасность недооценки суицидального риска в этих случаях очень велика. Выражение лица у них часто бывает не скорбным, безразличным, иногда они даже вежливо улыбаются во время беседы, что может ввести медицинскую сестру в заблуждение относительно тяжести их состояния.

Диагностика пресуицидального синдрома имеет профилактическое значение. Медицинская сестра прогнозирует суицидальные тенденции по следующим признакам: резкое изменение стиля общения, наличие стрессовой ситуации и сильных эмоциональных переживаний, нарушение сна, аппетита, снижение веса, отказ от еды, потеря интереса к окружающему миру, подготовка предметов, способных быть орудием суицида, раздаривание своих вещей.

Результаты проведенного скрининга показали, что из общего числа интервьюированных у 39 женщин выявлен суицидальный риск. Из них у 23 женщин — средний и у 16 — высокий показатель суицидального риска (рис. 1).

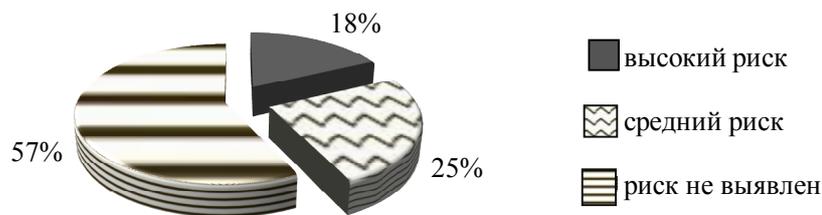


Рисунок 1 — Интервью (авторская система скрининга)

Полученный результат позволил утверждать, что в исследуемой группе женщин наблюдается значительная доля лиц со средним и высоким риском суицида.

В свою очередь, результаты тестирования по шкале Бэка показывают, что у 35 женщин из общего числа (90 пациенток) выявлена безнадежность, из них у 14 женщин — тяжелая безнадежность, и у 21 пациентки — умеренная (рис. 2).

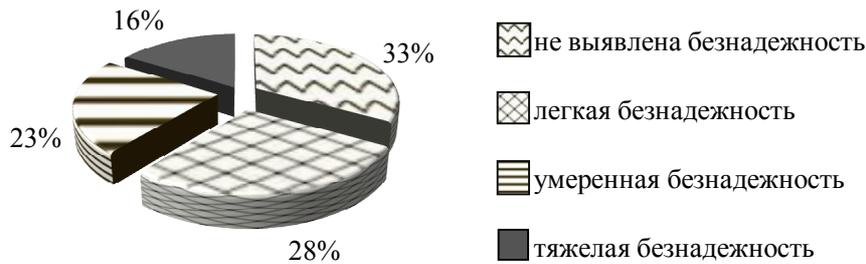


Рисунок 2 — Тестирование по Шкале безнадежности (Hopelessness Scale, Beck et al. 1974)

При сравнении данных интервью и шкалы Бека мы обнаружили высокую степень идентичности результатов - это говорит о том, что главная задача - создание адаптированной системы скрининга - была решена, а незначительная гипердиагностика при проведении интервью связана с меньшим числом утверждений и не оказывает влияния на результат.

Проведенный спектральный анализ полученных в ходе исследования данных показал, что из общего количества пациентов с выявленным риском 16 женщин составили пациенты с шизофренией, 11 — аффективные непсихотические расстройства, включая биполярные, 7 — расстройства личности и поведения, 3 пациента — невротические и соматоформные расстройства, 2 — органическое расстройство личности (рис. 3).

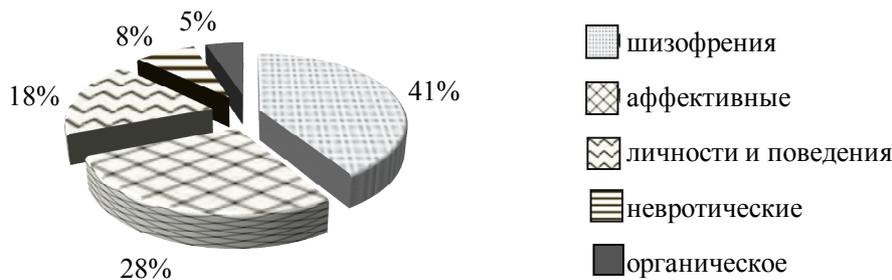


Рисунок 3 — Спектральный анализ психических расстройств

Полученные результаты позволяют с достоверностью утверждать, что пациенты со скрытыми суицидальными тенденциями есть в каждой группе.

Суицидальный риск при шизофрении определяется преимущественно психогенными реакциями, которые встречаются чаще всего на этапах дозревания ремиссии, особенно после 2-3 госпитализаций у лиц с благоприятным течением процесса и сохранным ядром личности. Этот период является суицидоопасным, так как у пациента появляется критика к своему состоянию. Мотивы суицидального поведения психологически понятны и часто совпадают с таковыми у психически здоровых людей: осознание болезни и социальных ограничений, связанных с ней, потеря значимой работы и значимых людей, одиночество, потеря перспективы.

При аффективных расстройствах — суицидальный риск повышен в период выздоровления, когда у пациента восстанавливается критика и энергетический потенциал. В этот период возможен парадоксальный суицид, то есть исполняется суицидальное намерение болезни. Необходима суицидальная настороженность к таким пациентам — контроль приема антидепрессантов (особенно трициклических), так как наиболее частый способ суицида у этих пациентов — отравление антидепрессантами.

Результат исследования: применение всех методик проведенного исследования привело к повышению качества выявления пациентов с суицидальным риском.

Выводы:

- Проведенное исследование подтвердило необходимость и возможность использования системы скрининга для выявления суицидальных тенденций для объективизированной оценки выраженности суицидального риска.
- Использование интервью позволило скорректировать наблюдение за выявленной группой и уменьшить остроту "душевной боли" за счет общения, проводимого в эмпатичной недирективной манере.
- Данная методика способствовала установлению рабочего альянса и возникновению комплаентности между медицинской сестрой и пациентами.
- На основании исследовательской работы были разработаны памятки для медицинских сестер «Правила проведения интервью», «Состояние высокого суицидального риска», а также разработана памятка для родственников «Признаки суицидального поведения».

Список использованных источников

1. Всемирная психиатрическая ассоциация. Образовательная программа по депрессивным расстройствам. Том 2. Популяционные группы и профилактика суицида - перевод на русский язык с английского выполнен в Московском НИИ Психиатрии под редакцией профессора В.Н. Краснова. М., 2010. — 302 с.
2. Бурмистрова Е.В. Психологическая помощь в кризисных ситуациях (предупреждение кризисных ситуаций в образовательной среде). Методические рекомендации для специалистов системы образования. М.: МГППУ, 2006 – 96 с.
3. Джалагония В. Суицид. Можно ли остановить беду? // Эхо планеты. – 2007. - № 34. – С. 40-45.

Приложение 1

ИНТЕРВЬЮ

ФИО пациента: _____

Инструкция: вслух прочитайте утверждения интервью и поставьте в случае согласия пациента с утверждением «+», в случае несогласия с утверждением «-».

№ п/п	Утверждения	+/-
1	Вас часто беспокоят мрачные мысли	
2	Вам кажется, что Вас никто не понимает	
3	Когда с Вами не справедливы, вы, во что бы то ни стало, пытаетесь доказать, что Вас обидели напрасно	
4	Вы остро переживаете неприятности и долго не можете выкинуть мысли об этом из головы	
5	Вы считаете, что у Вас нет будущего	
6	Вы считаете, что смерть является искуплением грехов	
7	Большинство людей способны добиваться выгоды не совсем честным путем	
8	В случае неудачи Вам трудно начать дело снова	
9	Жизнь настолько тяжела и безрадостна, что если бы смерть наступила от несчастного случая ("упал бы кирпич на голову"), то это было бы не так уж плохо	

Выводы интервьюирования: _____

ФИО медицинской сестры _____

Роспись _____

Дата _____

Интерпретация

Каждый положительный ответ на утверждение – 1 балл

Максимальный счёт – 9 баллов

0 – 3 балла — риск не выявлен;

4 – 6 баллов — средний риск;

7 – 9 баллов — высокий риск;

Приложение 2

Шкала безнадёжности (Hopelessness Scale, Beck et al. 1974)

Ниже приводится 20 утверждений о Вашем будущем. Пожалуйста, прочтите внимательно каждое и отметьте одно верное утверждение, которое наиболее точно отражает Ваши чувства в настоящее время. Обведите кружком слово «ВЕРНО», если Вы согласны с утверждением, или слово «НЕВЕРНО», если Вы не согласны. Среди утверждений нет правильных или неправильных. Пожалуйста, обведите «ВЕРНО» или «НЕВЕРНО» для всех утверждений. Не тратьте слишком много времени на одно утверждение.

01	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я жду будущего с надеждой и энтузиазмом
02	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Мне пора сдаться, т.к. я ничего не могу изменить к лучшему
03	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Когда дела идут плохо, мне помогает мысль, что так не может продолжаться всегда
04	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я не могу представить, на что будет похожа моя жизнь через 10 лет
05	ВЕРНО	НЕВЕРНО	У меня достаточно времени, чтобы завершить дела, которыми я больше всего хочу заниматься
06	ВЕРНО	НЕВЕРНО	В будущем я надеюсь достичь успеха в том, что мне больше всего нравится
07	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Будущее представляется мне во тьме
08	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я надеюсь получить в жизни больше хорошего, чем средний человек
09	ВЕРНО	НЕВЕРНО	У меня нет никаких просветов, и нет причин верить, что они появятся в будущем
10	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Мой прошлый опыт хорошо меня подготовил к будущему
11	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Всё, что я вижу впереди, скорее, неприятности, чем радости
12	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я не надеюсь достичь того, чего действительно хочу

13	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Когда я заглядываю в будущее, я надеюсь быть счастливее, чем я есть сейчас
14	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Дела идут не так, как мне хочется
15	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я сильно верю в своё будущее
16	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я никогда не достигаю того, что хочу, поэтому глупо что-либо хотеть
17	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Весьма маловероятно, что я получу реальное удовлетворение в будущем
18	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Будущее представляется мне расплывчатым и неопределённым
19	ВЕРНО	НЕВЕРНО	В будущем меня ждёт больше хороших дней, чем плохих
20	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Бесполезно пытаться получить то, что я хочу, потому что, вероятно, я не добьюсь этого

№	Ответ	Балл	№	Ответ	Балл
01	НЕВЕРНО	1	11	ВЕРНО	1
02	ВЕРНО	1	12	ВЕРНО	1
03	НЕВЕРНО	1	13	НЕВЕРНО	1
04	ВЕРНО	1	14	ВЕРНО	1
05	НЕВЕРНО	1	15	НЕВЕРНО	1
06	НЕВЕРНО	1	16	ВЕРНО	1
07	ВЕРНО	1	17	ВЕРНО	1
08	НЕВЕРНО	1	18	ВЕРНО	1
09	ВЕРНО	1	19	НЕВЕРНО	1
10	НЕВЕРНО	1	20	ВЕРНО	1

Интерпретация

Максимальный счёт — 20 баллов

0 — 3 балла — безнадёжность не выявлена;

4 — 8 баллов — безнадёжность лёгкая;

9 — 14 баллов — безнадёжность умеренная;

15 — 20 баллов — безнадёжность тяжёлая

Приложение 3

Памятка для медицинской сестры. Правила проведения интервью

Основным инструментом оценки суицидального риска является интервью с пациентом, наблюдение за ним, информация, полученная от третьих лиц и из медицинской документации.

Процесс общения с пациентом, как и любое социальное взаимодействие, носит двунаправленный характер: медицинская сестра не просто объективно и бесстрастно оценивает состояние пациента, но эмоционально реагирует на его вербальные и невербальные послания, что неизбежно вносит элемент субъективизма в оценку риска.

Смысл интервью заключается в избегании моральных оценок. Например: медицинская сестра пытается убедить пациента в «греховности», «аморальности» его мыслей или действий, пытаться «наставлять на путь истинный» и пр. Обычно такое поведение усиливает у пациента чувства вины и стыда, препятствует открытому диалогу.

Интервью базируется на эмпатичном принятии пациента и его эмоций. Эмпатия подразумевает искренность медицинской сестры, сопереживание, но не психологическое «слияние» с пациентом. Некоторых из эмоций, которые возникают в процессе коммуникации с пациентом, практически невозможно избежать, так как они базируются на личностных особенностях медицинской сестры. Однако их можно отследить и оценить, как они могут повлиять на поведение пациента и адекватность оценки риска суицида. Проанализированное собственное чувство, как правило, снижает свою интенсивность, что делает возможным «принять» противоречивые эмоции и поведение пациента без моральной оценки и личной обиды.

У депрессивных пациентов часто нарушены коммуникативные способности. Это может проявляться в замедлении ассоциативных процессов и темпа речи. Медицинская сестра «подстраивает» темп речи, громкость голоса под особенности пациента.

Следование данным принципам общения способствует формированию доверительного контакта и дает возможность пациенту говорить о негативных чувствах.

Приложение 4

Памятка для медицинской сестры «Состояние высокого суицидального риска»

- «Потухший» взгляд, задержка дыхания, тяжелые вздохи, избегание контактов, сниженная речевая продукция, заторможенность, снижение двигательной активности. Реже тревожная агитация, беспокойное повышение двигательной активности.
- Нарушение концентрации внимания, снижение памяти. Нерешительность, чрезмерные колебания в выборе даже незначительного решения.
- Затруднения в засыпании, пробуждения по ночам, раннее окончательное пробуждение, отсутствие удовлетворенности ночным сном, чувство постоянной мыслительной работы по ночам. Ранние пробуждения (на 2 и более часов раньше обычного). Бессонница в ранние утренние часы может сопровождаться тягостными тревожными переживаниями с суицидальными мыслями.
- Понижение аппетита с потерей веса на 5% и более от обычной массы тела также говорит о тяжести состояния. В некоторых случаях повышение аппетита и увеличение веса может служить бессознательной компенсацией отсутствия удовлетворения в других жизненных сферах.
- Задержка стула, сухость слизистых оболочек, снижение артериального давления.
- Проявления чувства вины /тяжелого стыда /обиды /сильного страха.
- Высокий уровень безнадежности в высказываниях.
- Факт недавнего/текущего кризиса/утраты.
- Выраженное физическое или психическое страдание (болевого синдром — «душевная боль»).
- Отсутствие социально-психологической поддержки/не принимающее окружение.
- Нежелание пациента принимать помощь/недоступность терапевтическим интервенциям /сожаления о том, что «он жив».

Памятка для родственников «Признаки суицидального поведения»

- Избыточная грусть или угрюмость: долго длящаяся грусть или перепады настроения могут быть симптомами депрессии, основным фактором риска суицида.
- Неожиданная невозмутимость: внезапное спокойствие после периода депрессии или угрюмости может быть признаком того, что человек принял решение окончить свою жизнь.
- Самоизоляция: выбор в пользу одиночества и избегание друзей или социальной деятельности тоже являются возможными симптомами депрессии, лидирующей причины самоубийств. Это включает в себя потерю интереса и удовольствия от деятельности, которой человек занимался раньше.
- Изменения личности и/или изменения во внешности: человек, который думает о суициде, может показывать изменения в отношении или поведении, например, говорить и двигаться непривычно быстро или медленно. Кроме того, человек внезапно может перестать обращать внимание на свою внешность.
- Опасное или пагубное для самого себя поведение: потенциально опасное поведение, такое как неосторожная езда, незащищенный секс, увеличение употребления наркотиков и/или алкоголя может обозначать, что человек больше не ценит свою жизнь.
- Недавняя травма или жизненный кризис: глубокий жизненный кризис может запустить попытки суицида. Кризис включает в себя смерть любимого человека или животного, развод или разрыв отношений, диагноз серьезного заболевания, потерю работы или серьезные финансовые проблемы.
- Выполнение приготовлений: часто, человек, который думает о самоубийстве, начинает приводить в порядок личные дела. Это может включать в себя посещение друзей и родственников, раздачу личного имущества, написание завещания, уборку своей комнаты или дома. Некоторые люди перед совершением самоубийства пишут записки.
- Угроза покончить с собой: не все, кто задумал самоубийство, говорят об этом, и не каждый, кто угрожает покончить с собой, это делает. Однако, каждую угрозу покончить с собой необходимо воспринимать серьезно.

Кто, скорее всего, совершит самоубийство?

Самый высокий процент суицидов у подростков, молодежи и лиц преклонного возраста. Самый высокий процент самоубийств среди людей после 65 лет. Риск самоубийства также выше в следующих группах:

- люди преклонного возраста, потерявшие мужа или жену из-за смерти или развода;
- люди, которые уже пытались покончить с собой в прошлом;
- люди с семейной историей самоубийств;
- люди, у которых есть друг или коллега, покончивший с собой;
- люди, которые подвергались физическому, эмоциональному или сексуальному насилию;
- не состоящие в браке, с низкой квалификацией или безработные;
- люди, испытывающие продолжительную боль или с инвалидизирующей, или неизлечимой болезнью;
- люди, которые предрасположены к насилию или импульсивному поведению;
- люди, которые были недавно выписаны после психиатрической госпитализации (этот переходный период очень часто пугает их);

- люди определенных профессий, например, полицейские или работающие в здравоохранении, которые имеют дело с неизлечимо больными пациентами;
- люди с проблемами злоупотребления алкоголем и наркотиками.

Несмотря на то, что женщины чаще совершают попытки самоубийства, мужчины чаще доводят дело до конца.

Можно ли предотвратить самоубийство?

Во многих случаях самоубийство может быть предотвращено. Исследования показывают, что лучший путь предотвращения самоубийства – это знание факторов риска, внимательное отношение к признакам депрессии и других психических расстройств, распознавание предупредительных признаков суицида, и вмешательство до того, как человек сможет закончить процесс саморазрушения. Люди, которые получают поддержку от заботливых друзей и семьи, которые имеют доступ к услугам психического здоровья, реже поддаются своим суицидальным импульсам, чем те, кто изолирован от источников заботы и поддержки. Если кто-либо, кого вы знаете, демонстрирует предупредительные признаки суицида, не бойтесь спросить, есть ли у нее или у него депрессия или думает ли он/она о самоубийстве.

В некоторых случаях, человеку всего лишь нужно знать, что кому-то не все равно, и он ждет возможности поговорить о своих чувствах. Затем вы можете посодействовать человеку в поиске профессиональной помощи.

Что я должен делать, если кто-то, кого я знаю, думает о суициде?

Если кто-либо, кого вы знаете, угрожает самоубийством, воспримите эту угрозу серьезно:

- Не оставляйте человека одного. Если это возможно, попросите о помощи друзей или членов семьи.
- Попросите человека отдать вам любое оружие, которое он или она может иметь. Заберите или удалите острые предметы и все остальное, чем человек может нанести себе вред.
- Пытайтесь, насколько это возможно, удерживать человека в спокойном состоянии.
- Позвоните 03 или отвезите человека в приемный покой.

Некоторые пациенты могут долго скрывать мысли о самоубийстве, диссимулировать. При расспросе заболевшего, близкие должны осмотрительно уточнить, не чувствует ли человек, что жизнь для него потеряла смысл. Нет ли у него желания, вечером отправляясь спать, утром не проснуться. Обдумывает ли он способы самоубийства.

«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.*

Каждый человек в своей жизни сталкивался с проявлениями тревоги, чувствовал симптомы тревоги у себя, видел, как страдают от тревожных расстройств близкие и друзья. И это не удивительно, на протяжении жизни невроз тревоги перенес чуть ли не каждый житель нашей планеты, и каждый второй страдает от тревоги в настоящий конкретный момент.

Тревожность — общий термин для обозначения ряда расстройств, которые вызывают нервозность, страх, опасение и беспокойство. Эти нарушения влияют на наши чувства и поведение, и они могут проявляться реальными физическими симптомами. Тяжелое тревожное состояние может оказывать значительное влияние на повседневную жизнь. Одной из наиболее характерных психологических особенностей пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями является высокий уровень тревоги. Это сказывается на течении заболевания, эффективности лечения, качестве жизни пациента.

Инфаркт миокарда ежегодно настигает тысячи пациентов, причем заболевание год от года молодеет — сказывается влияние так называемых факторов риска: стрессы, курение, нарушение жирового обмена, малоподвижный образ жизни. Часто известие о диагнозе «острый инфаркт миокарда» становится психотравмирующим фактором, который по международной шкале стрессов оценивается как экстремальный. Патогенность острого инфаркта миокарда как психотравмирующего события связана со значимостью, придаваемой деятельности сердца, информированностью современного населения об угрозе жизни и здоровью, сопряженной с таким тяжелым соматическим страданием, как коронарная патология. Уровень смертности у пациентов, перенесших инфаркт миокарда (ИМ) и страдающих тревогой, в 3–6 раз выше, чем у тех, кто перенес ИМ и не имеет признаков тревоги. Чаще всего термин «тревога» используется для описания неприятного по своей окраске эмоционального состояния или внутреннего условия, которое характеризуется субъективными ощущениями беспокойства, мрачных предчувствий, а с физиологической стороны — активацией вегетативной нервной системы. Состояние тревоги возникает тогда, когда какой-либо раздражитель или ситуация воспринимаются как несущие в себе элементы опасности, угрозы.

В ряде кардиологических исследований показано, что тревога является самостоятельным фактором риска при остром инфаркте миокарда и ассоциируется с тяжелым течением (рецидивирующие, продолжительные приступы стенокардии), высокой частотой коронарных катастроф и повышенной смертностью от коронарной болезни.

Тревожность проявляется в виде диффузного, очень неприятного, часто смутного ожидания чего-то и протекает на фоне одного или нескольких соматических ощущений, например, чувства стеснения в груди, потливости, затрудненного дыхания, головокружения или диском-

форта в области желудка. Тревога представляет собой аффект, возникающий в ожидании неопределенной опасности, неблагоприятного развития событий. Патологическую тревожность могут провоцировать такие объекты и ситуации, как открытые и замкнутые пространства, высота, пауки, змеи, гром, путешествие, толпа, незнакомцы и т. д. При этом переживания всегда проявляются в степени, абсолютно несоизмеримой с действительной опасностью этих объектов и ситуаций. Симптомы, определяющие тревожное состояние, могут хронифицироваться и приводить к потере трудоспособности. В ряде случаев они осложняют течение других болезненных нарушений, снижая готовность пациента выполнять назначения врача и тем самым ухудшая прогноз.

Актуальность темы. 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.

Ключевые слова: острый инфаркт миокарда, тревожность, боль, пациент.

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

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.

Объект исследования: пациенты отделения анестезиологии – реанимации ОКБ на ст. Омск – Пассажирский.

Предмет исследования: тревожные состояния, которые провоцируют возникновение болевого синдрома у пациентов с острым инфарктом миокарда.

Методики, применяемые в исследовании: первая шкала, разработанная Zigmond A.S. и Snaith R.P. в 1983 г., относится к субъективным методикам и предназначена для скринингового выявления тревоги и депрессии у пациентов соматического стационара. Шкала отличается простотой применения и обработки. Заполнение шкалы не требует продолжительного времени и не вызывает затруднений у пациента.

Шкала составлена из 14 утверждений, обслуживающих две подшкалы: «тревога» и «депрессия». Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа, отражающие градации выраженности признака и кодирующиеся по нарастанию тяжести симптомов от 0 (отсутствие) до 3 (максимальная выраженность).

При интерпретации данных учитывается суммарный показатель по каждой шкале, при этом выделяются три области значений: 0 — 7 — «норма», 8 — 10 — «субклинически выраженная тревога/депрессия», 11 и выше — «клинически выраженная тревога/депрессия».

Вторая шкала — визуальная аналоговая шкала (ВАШ) представляет собой прямую линию длиной 10 см, начало которой соответствует отсутствию боли — «боли нет». Конечная точка на шкале отражает мучительную невыносимую боль — «нестерпимая боль». Линия может быть как горизонтальной, так и вертикальной. Пациенту предлагается сделать на этой линии отметку, соответствующую интенсивности испытываемых им данный момент болей. Расстояние между началом линии («нет болей») и сделанной пациентом отметкой измеряют в сантиметрах и округляют до целого. Каждый сантиметр на визуальной аналоговой шкале соответст-

вует 1 баллу. Как правило, все пациенты легко усваивают визуальную аналоговую шкалу и правильно пользуются ею.

Этапы исследования:

I этап – первичное тестирование с помощью HADS (Госпитальная шкала тревоги и депрессии) и Визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) обеих групп.

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

III этап – повторное тестирование.

Научная новизна: активная роль медицинской сестры в обучении основам адаптации пациента с острым инфарктом миокарда к заболеванию, разработка шкалы уровня боли.

Ожидаемый результат:

- понижение уровня тревожности, которая влияет на степень болевого синдрома у пациентов с острым инфарктом миокарда;
- обучение пациента преодолению тревожного состояния, возникающего в период приступа боли.

Результаты тестирования до проведения психокоррекции. Исследование проводилось на базе Отделенческой клинической больницы на ст. Омск-Пассажирский. Под динамическим наблюдением находились пациенты ОАРИТ — 7 человек — основная группа (мужчины от 40 до 55 лет, средний возраст 48,6 лет), и 7 человек — группа сравнения (мужчины в возрасте от 41 до 54 лет, средний возраст 49,1 лет) с диагнозом «острый первичный инфаркт миокарда». Все пациенты работают в структуре ОАО «РЖД» по разным специальностям. Диагностика депрессивных состояний и тревожности в обеих группах проводилась в первые 7 дней после перенесенного инфаркта миокарда. За 2011 год в отделение ОРИТ поступило и находилось на лечении 367 пациента, из них 63 пациента с диагнозом «острый инфаркт миокарда», что составило 4,2%, с повторным инфарктом миокарда — 34 пациента (2,3%).

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).

Первым этапом исследования стало первичное тестирование с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) обеих групп.

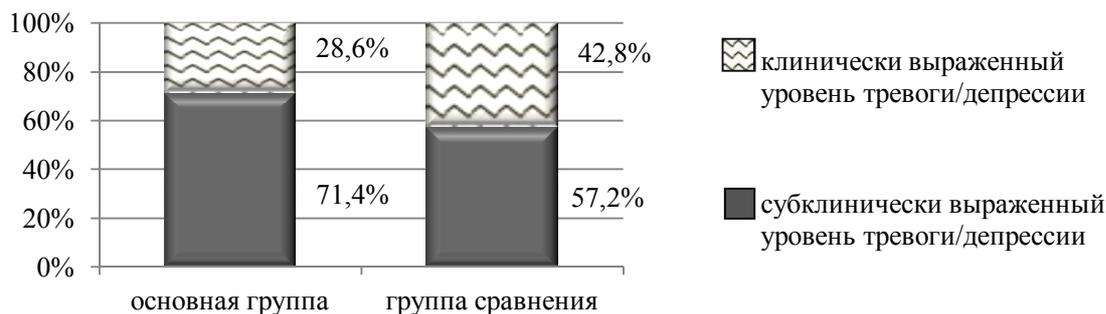


Рисунок 1 — Показатель уровня тревожности основной группы и группы сравнения до проведения психокоррекционных мероприятий по шкале HADS

На диаграмме (рис. 1) мы отчетливо видим, что уровень тревожности высок, как в контрольной, группе так и в группе сравнения. Высокий уровень тревоги/депрессии в субклинической форме — **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. В дополнение пациентам была предложена визуальная аналоговая шкала (ВАШ). В момент возникновения боли пациенту на прямой предлагалось сделать отметку, соответствующую интен-

сивности испытываемых им данный момент болей. Расстояние между началом линии («нет болей») и сделанной пациентом отметкой измеряют в сантиметрах и округляют до целого. Каждый сантиметр на визуальной аналоговой шкале соответствует 1 баллу. В первые дни при возникновении боли пациенты отмечали на прямой точки, соответствующие сильной боли (рис. 2). В этот момент у них наблюдалась нервность, напряжение, учащение сердцебиения, потные холодные ладони, страх, затрудненное дыхание, ощущение, что должно произойти что-то опасное.

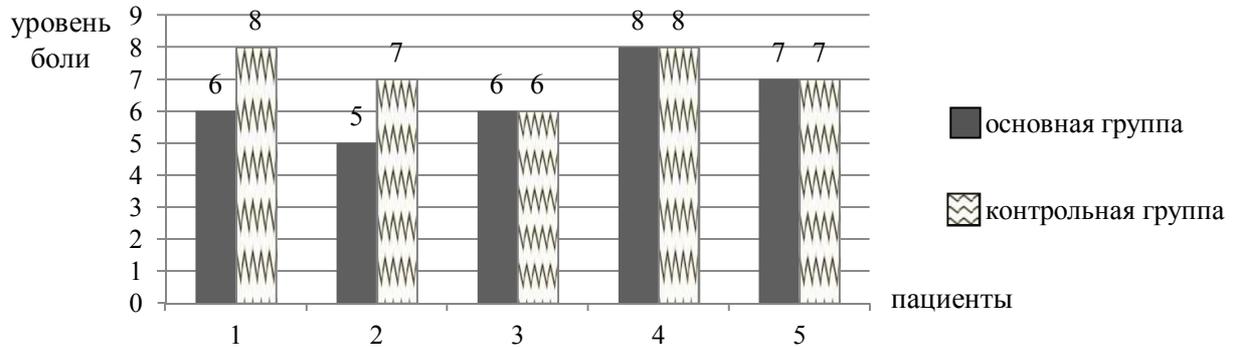


Рисунок 2 — Показатель уровня боли основной группы и группы сравнения до проведения психокоррекционных мероприятий по шкале ВАШ

На втором этапе исследования была проведена разработка психокоррекционной программы для основной группы и применение ее на практике.

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 быстрого возвращения к активной жизни;
- нормализация эмоциональных реакций на проявления болезни, снятие эмоциональной напряженности;
- 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.

Целью психокоррекционной программы было устранение тревожности, в основе которой лежит страх перед возможным возникновением сердечного приступа (боли), при инфаркте миокарда.

Методы психокоррекционной программы: беседа, чтение лекций, дыхательная гимнастика, аутогенная тренировка.

На третьем этапе исследования проведено повторное тестирование с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) обеих групп.

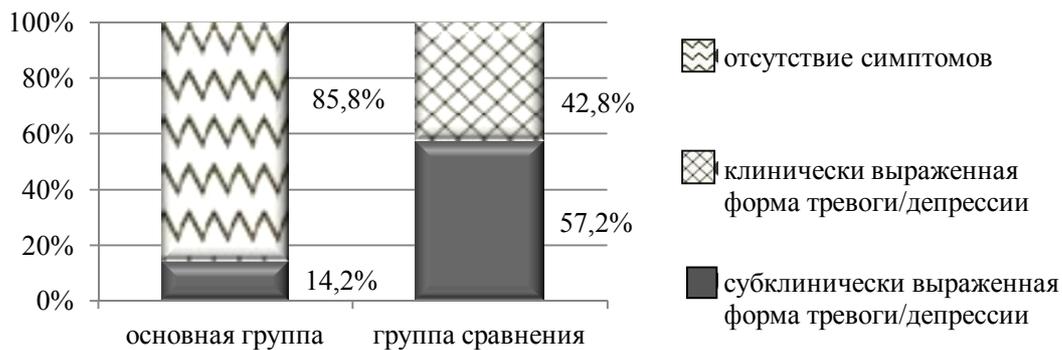


Рисунок 3 — Показатель уровня тревожности основной группы сравнения после проведения психокоррекционных мероприятий по шкале HADS

На диаграмме (рис. 3) 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».

Результаты исследования. По результатам проведенного исследования можно утверждать, что у всех пациентов с острым инфарктом миокарда выявлен повышенный уровень тревоги, который провоцирует болевой синдром при инфаркте миокарда. Тревожность является самостоятельным фактором риска при остром инфаркте миокарда и отягощает течение заболевания. Психокоррекционные мероприятия положительно влияют на эмоциональное состояние пациентов, значительно снижают уровень тревожности, устраняют симптомы депрессии, способствуют изменению оценки своего состояния в адекватном направлении, оптимизации межличностных отношений. Применение методов психокоррекционной работы связано с развитием реабилитационного направления, позволяет направить пациента на оптимизацию внутренней картины болезни, выработку качеств, помогающих оптимальному приспособлению к окружающей среде, преодолению тревоги и страхов.

Выводы:

- По результатам проведенного 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 проведенного 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).

Список использованных источников

1. Бельский Н.Е., Черткова Е.Г., Поликарпов Б.М. и др. Диагностика и коррекция психогенных расстройств у больных инфарктом миокарда на этапах реабилитации. // Врачебное дело. — 1991. — № 3. — 165 с.

2. Зайцев В.П., Белякова Н.А. Изменения психики в связи с особенностями сердечно-болевого синдрома у больных, перенесших инфаркт миокарда. // Кардиология. — 1982. — Т.22. — №1. — 661 с.

3. Бурлачук Л.Ф., Кочарян А.С., Жидко Н.Е. Психотерапия. Учебник для ВУЗов. СПб.: Питер, 2009.— 496 с.

Смулевич А. Б. Депрессии в общей медицинской практике. Москва. изд. «Берег», 2000. — 160 с.

Приложение 1

Упражнения по аутогенной тренировке

Упражнение 1

Прежде всего, займите удобное положение и постарайтесь оторешиться от посторонних мыслей и ощущений, не относящихся к тренировке. Для этого вы можете использовать следующие формулы:

- я приготовился к отдыху;
- я успокаиваюсь;
- посторонние звуки не мешают мне;
- уходят все заботы, волнения, тревоги;
- мысли текут плавно, замедленно;
- я отдыхаю;
- я совершенно спокоен

Более глубокому отдыху способствует расслабление всех мышц тела, которое мы оцениваем как чувство тяжести. Подобное чувство вы испытывали, например, в ногах после длительной пешей прогулки. Но тогда это ощущение было непроизвольно, сейчас нужно вернуться к нему сознательно.

Прежде всего, нужно научиться расслаблять правую руку (левше — левую, т.к. эта рука наиболее управляема при занятии аутогенной тренировкой). Для этого можно использовать формулу: моя правая рука тяжелая. Эту формулу нужно представить себе со всей наглядностью. Вот расслабляются мышцы руки — пальцы, кисть, вся рука стала тяжелой, как свинец. Она расслаблена и бессильно лежит, как плеть. Нет сил, не хочется двигать ею. Предложенную формулу медленно повторяйте 6-8 раз, стараясь отчетливее запомнить вызванные вами ощущения. Желательно, чтобы вызванное ощущение расслабленности не было неприятным. Если же это случится, попробуйте заменить в формуле слово «тяжесть» словом «расслабленность».

После того как вы научитесь расслаблять правую руку рефлексивно, с первой попытки, попытайтесь расслабить и остальные мышцы. Как правило, это проходит гораздо легче: теперь в правой руке появляется приятное ощущение тяжести:

- руки тяжелеют;
- руки тяжелеют все больше и больше;
- руки приятно отяжелели;
- руки расслаблены и тяжелы;
- я совершенно спокойна (ен);
- покой дает отдых организму;
- тяжелеют ноги;
- тяжелеет правая нога;
- тяжелеет левая нога;
- ноги наливаются тяжестью;
- ноги приятно отяжелели;
- руки, ноги расслаблены и тяжелы;
- тяжелеет туловище;
- все мышцы расслаблены и отдыхают;
- все тело приятно отяжелело;
- после занятий ощущение тяжести пройдет; я совершенно спокойна (ен).

После занятия, в тех случаях, когда вам необходимо непосредственно приступить к активной деятельности, требуется использовать специальный прием выхода из аутогенного погружения. Для этого применяются формулы, обратные формуле погружения. Например:

- мои руки легкие, энергичные;
- чувствую приятное напряжение в руках;
- дышу глубоко, ритмично;
- чувствую легкость, бодрость, комфорт;
- сгибаю и разгибаю руки в локтях.

После этого вы открываете глаза, встаете и делаете несколько энергичных физических упражнений.

Упражнение 2

Это упражнение выполняется после аутогенного погружения и окончания первого упражнения. Формула второго упражнения повторяется 6-8 раз в сочетании с медленными выдохами. Выполнение упражнения должно сопровождаться зрительными эмоциональными образами, которые связываются у вас с ощущением счастья.

Необходимо помнить, что особую важность при овладении этим упражнением имеет навык пассивной, без напряжения воли, концентрации внимания. В дальнейшем, после того как вы научитесь свободно и быстро вызывать тепло в правой руке, необходимо научиться произвольной регуляции напряжения стенок кровеносных сосудов в левой руке, ногах, любом участке тела. Тепло не только обеспечивает лучший отдых и успокаивает нервную систему, но и облегчает боль, улучшает питание и работу беспокоящего органа. Вызывая ощущение тепла, пользуются следующими формулами:

- в правой руке появляется приятное ощущение тепла;
- начинает теплеть левая рука;
- руки согреваются;
- руки теплеют все больше и больше;
- кровеносные сосуды рук расширяются;
- теплая кровь струится по сосудам рук;
- приятное тепло разливается по рукам;
- тепло в руках нарастает;
- руки приятно согрелись;
- я совершенно спокоен;
- теплеют ноги;
- теплеет правая нога;
- теплеет левая нога;
- сосуды ног расширяются;
- поток теплой крови устремился к ногам;
- ноги теплеют все больше и больше;
- мои ноги приятно согрелись;
- руки и ноги тяжелые и теплые;
- тело расслаблено и полностью отдыхает;
- тепло растекается по всему телу;
- нормализовалось артериальное давление;
- меня ничто не отвлекает;
- я предаюсь отдыху и покою;
- я совершенно спокоен.

Упражнение 3

Предыдущим упражнением вы уже научились вызывать чувство тепла в любой точке своего тела, можно начать осваивать третье упражнение аутогенной тренировки. Третье упражнение направлено на нормализацию деятельности сердца. Нормализовать работу сердца поможет умение произвольно влиять на частоту сердечных сокращений — пульс.

Начинать осваивать это упражнение лучше лежа. Левая рука должна покоиться на груди, вы концентрируете внимание на ощущении тепла в левой руке. Например: «Моя левая рука погружена в теплую воду». Затем ваше воображение тепла распространяется на область

груди, что рефлекторно приводит к расширению коронарных сосудов сердца. Благодаря этому сердце получает дополнительный приток крови, а с ней и кислорода.

Ощущение тепла в груди можно вызвать следующими формулами самовнушения:

- моя грудь теплая,
- сердце бьется спокойно и сильно,
- сердце бьется ритмично,
- чувствую себя легко и непринужденно.

Повторять каждую фразу нужно по 5-6 раз, сочетая со спокойным, равномерным дыханием. Насколько вы овладели этим упражнением, можно судить по своему пульсу до и после занятий. Умение привести пульс в норму за короткое время после эмоционального возбуждения свидетельствует о достаточно высоко развитом навыке.

В повседневной жизни довольно часто после сильных эмоций мы ощущаем покалывания в области сердца. Это еще не означает заболевания, такие покалывания часто носят невралгический характер. Снять их поможет третье упражнение, которое помогает вызывать тепло в области груди, регулирует ритм и силу пульсации.

Упражнение 4

Выполняя упражнения аутогенной тренировки, очень важно следить за своим дыханием, т.к. равномерное дыхание облегчает работу сердца, снимает состояние раздражения и гнева, приводит к общему успокоению, отвлекает от беспокоящих мыслей и чувств, нормализует сон.

Помните, что каждая формула аутогенной тренировки должна произноситься на выдохе. При этом выдох должен быть несколько длиннее вдоха, превышая его по продолжительности примерно в два раза.

Четвертое упражнение — дыхательное. Формулы этого упражнения:

- мне дышится легко и свободно;
- дыхание спокойное и равномерное.

В некоторых случаях, когда вы испытываете неприятные ощущения в области груди, и ваше дыхание никак не нормализуется, попробуйте использовать расширенный вариант этого упражнения, который состоит из следующих самовнушений:

- мое тело приятно расслаблено;
- расслабились мышцы груди, живота;
- приятное успокаивающее тепло в груди;
- тепло усиливается, нарастая с каждым выдохом;
- тепло вытесняет все неприятные ощущения;
- мое дыхание успокаивается;
- дышится все легче и свободнее;
- живот плавно участвует в дыхании;
- все больше успокаивается нервная система;
- грудная клетка теплая;
- легко и свободно дышит грудь;
- воздух свободно струится по дыхательным путям;
- прохладный и освежающий воздух легко и свободно струится по расширенным бронхам;
- чувствую себя хорошо;
- легкий ветерок освежает лицо;
- свежий воздух приятно холодит виски;
- чувствую приятную прохладу в области лба и переносицы;
- в груди легко и свободно;
- свежий воздух наполняет мою грудь;
- свободно вдыхается и выдыхается;
- дышится совершенно произвольно;
- наслаждаюсь легкостью дыхания;
- мое дыхание легкое и свободное постоянно;
- дышится легко в любой обстановке;
- я совершенно спокойна (ен);
- я погружаюсь в глубокий отдых

Упражнение считается освоенным, если вырабатывается способность регулировать дыхание после легких физических упражнений.

Приложение 2

Упражнения дыхательной гимнастики

1. Удлиненный вдох: сядьте удобно, спина прямая. Сделайте медленный вдох через нос и в середине вдоха начните замедлять его темп. Затем без задержки сделайте сравнительно быстрый выдох. Далее увеличьте соотношение между вдохом и выдохом (вдох — 15 секунд, выдох — 6 секунд, затем 20:8).

2. Удлиненный выдох: в сидячей позе сделайте вдох и без паузы длинный, медленный выдох. Соотношение в начале занятий должно быть 2:12, т.е. вдох длится 2 секунды, а выдох — 12. При этом выдох распределяется следующим образом: 4 секунды обычный вдох, 8 секунд — удлиненный.

3. Брюшное дыхание: с выдохом втянуть брюшную стенку, затем медленно сделать вдох через нос, освобождая диафрагму, брюшная стенка на вдохе выпячивается вперед, и нижние части легких заполняются воздухом; на выдохе вновь брюшная стенка втягивается внутрь, изгоняя воздух из легких через нос. При брюшном дыхании наполняются только нижние доли легких, поэтому волнообразное движение производится животом, в то время как грудь остается неподвижной. Формула психорегуляции: «Мой внутренний взор на солнечном сплетении, при брюшном дыхании массируются все внутренние органы, улучшается кровоснабжение и функции органов пищеварения, понижается кровяное давление, облегчается работа сердечной мышцы».

4. Среднее дыхание: после выдоха сделать медленный вдох через нос, расширяя ребра, на выдохе сжать ребра, изгоняя воздух через нос. Наполняются средние доли легких. Живот и плечи неподвижны. Формула психорегуляции: «Мое внимание на грудной клетке, улучшается кровоснабжение и функции печени, желчного пузыря, желудка, селезенки и почек, облегчается работа сердечной мышцы».

5. Верхнее дыхание: после выдоха медленно сделать вдох через нос, поднимая ключицы и плечи и наполняя воздухом верхние доли легких, на выдохе медленно опустить плечи и изгонять воздух из легких через нос. Живот и грудь неподвижны. Формула психорегуляции: «Мое внимание на верхушках легких, улучшается кровоснабжение и вентиляция их».

6. Полное дыхание: после выдоха сделать медленный вдох через нос, считая до семи, соединяя нижнее, среднее и верхнее дыхание в волнообразное движение: сначала втягивать живот, потом ребра, опустить плечи, воздух выпустить через нос, между вдохом и выдохом можно сделать кратковременную задержку. Формула психорегуляции: «Мое внимание на себе, успокаивается нервная система, нормализуется кровяное давление, успокаивается ритм сердцебиения, стимулируется пищеварение, вентилируются все доли легких, повышается обеспечение организма и тканей кислородом. Я чувствую спокойствие и уверенность в себе».

Эти упражнения хорошо влияют на нервную систему, помогают избавиться от меланхолии и депрессии.

«Трансформация ухода за пациентами, перенесшими ампутацию нижних конечностей. Контроль физического состояния»

*Клименок М.А.,
старшая медицинская сестра
отделения гнойной хирургии
БУЗОО «ГКБ № 1 им. Кабанова А.Н.»*

*Научный руководитель: С.С. Бунова,
зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней
ГБОУ ВПО ОмГМА Минздравсоцразвития России, д.м.н.*

Актуальность темы. По результатам различных медицинских статистических исследований в разных странах (США, Великобритания, Россия), атеросклеротическим поражением сосудов нижних конечностей страдает до 29% населения. У данной категории пациентов часто развивается осложнение, такое, как гангрена нижних конечностей, одним из методов лечения которого является ампутация нижних конечностей. В ходе операции значительно меняется конфигурация тела, пациенты становятся беспомощными, им требуется социальная адаптация, меняется их роль в обществе, семье. Поэтому таким пациентам необходим тщательный уход, проведение комплекса реабилитационных мероприятий, направленных на обучение жизни в новых условиях.

Для решения поставленной задачи в первую очередь необходимо знать чёткое определение, что является реабилитацией. Комитет ВОЗ в 1980 году дал определение реабилитации: реабилитация – это активный процесс, целью которого является достижение полного восстановления нарушенных вследствие заболевания или травмы функций, либо оптимальная реализация физического, психического и социального потенциала инвалида, наиболее адекватная интеграция его в обществе.

Федеральный закон Российской Федерации «Об основах охраны здоровья граждан РФ» дает определение медицинской реабилитации как комплекса мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса или обострения хронического патологического процесса в организме, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов либо систем организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию в общество. Медицинская реабилитация осуществляется в медицинских организациях и включает в себя комплексное применение природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов лечения¹.

Процесс реабилитации осуществляется комплексно, с учётом всех аспектов, начиная с первого дня после операции, и продолжается до полного возвращения человека в общество. Роль реабилитации — оказать помощь индивиду в достижении им максимальной физической, психической, социальной, профессиональной и экономической полноценности, на которую он будет способен в рамках существующего заболевания.

¹ Федеральный закон РФ «Об основах охраны здоровья граждан РФ» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ, ст. 20,40.

Одной из существенных проблем, возникающих вследствие операции по поводу ампутации нижних конечностей и требующих проведение интенсивных реабилитационных мероприятий, является резкое ограничение двигательной активности в раннем послеоперационном периоде. Необходимость в реабилитационных мероприятиях возникает также и в процессе подготовки к протезированию, когда человек вынужден пользоваться для передвижения костылями (после ампутации одной из конечностей) или креслом-коляской (после ампутации обеих конечностей).

Негативное влияние ограничения двигательной активности сказывается на протекании обменных процессов в организме и функциональном состоянии различных систем и органов. Страдает функция внешнего дыхания, снижаются вентиляционная функция легких и газообмен, уменьшается процент использования кислорода, резко увеличивается кислородный долг даже после небольшой физической нагрузки.

Существенно нарушается деятельность сердечно-сосудистой системы. Изменения функционального состояния системы кровообращения выражаются уменьшением объемных величин центральной гемодинамики (ударного и минутного объемов кровообращения), увеличением периферического сопротивления, снижением сократительной способности миокарда, уменьшением объема циркулирующей крови, повышением сосудистого тонуса.

В последние годы в реабилитацию введено понятие "качество жизни, связанное со здоровьем". При этом именно качество жизни рассматривают как интегральную характеристику, на которую надо ориентироваться при оценке эффективности реабилитации больных и инвалидов. При этом важное значение имеет ранняя активизация таких пациентов, которая позволяет уменьшить их последующую дезадаптацию. Несомненно, в плане профилактики гиподинамии и повышения двигательных возможностей инвалидов, перенесших ампутации нижних конечностей, могут использоваться различные средства адаптивной физической культуры: физические упражнения, плавание, игры и др.

Цель исследования: обучение пациентов, перенесших ампутацию нижних конечностей, самостоятельному уходу, ранней активизации их физического состояния на основе комплексного подхода к использованию средств физической реабилитации после ампутации на уровне бедра на госпитальном этапе и оценка их качества жизни.

Задачи исследования:

- выявить и изучить физические проблемы пациентов, проанализировать результаты;
- разработать и внедрить программу физической реабилитации;
- оценить влияние разработанной программы на функциональное состояние пациентов, перенесших ампутацию нижних конечностей.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе отделения гнойной хирургии ГКБ № 1 им. Кабанова А.Н., в период с 11.06.11 г. по 31.01.12 г. В отделении гнойной хирургии за 2011 год было выполнено 346 операций, из них 48 пациентов были прооперированы по поводу ампутации нижних конечностей, что составляет 14% от общего числа прооперированных.

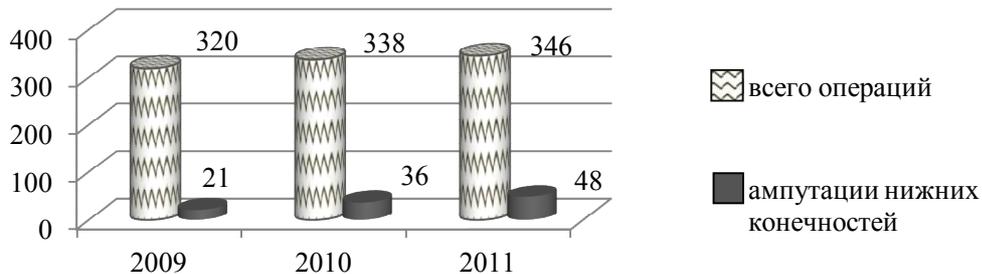


Рисунок 1 —Количество операций, проведенных в отделении гнойной хирургии в 2009-2011 гг.

Вывод: за период 2009 - 2011 годов прослеживается увеличение количества пациентов, прооперированных по поводу ампутации нижних конечностей, на 27 человек или 56,25%, что связано с увеличением поступления пациентов с запущенной формой заболевания.

Размер выборки. В группу для исследования вошел 31 человек, что составило 64,58% от общего числа прооперированных пациентов.

Критерии включения: пациенты в возрасте от 50 до 60 лет, мужского пола, страдающие атеросклерозом сосудов нижних конечностей, которым были выполнены операции по поводу ампутации нижних конечностей.

Критерии исключения: пациенты возраст до 50 лет и старше 60 лет, с тяжелой сопутствующей патологией (сахарный диабет, цирроз печени, тяжелый алкоголизм), летальность в раннем послеоперационном периоде, отказ от участия в исследовании, участие в другом исследовании.

Вошедшие в исследование пациенты были разделены на 2 группы:

- 1 группа (основная): 17 пациентов, перенесших ампутацию нижних конечностей, которые лечились в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи с дополнительным включением разработанной нами реабилитационной программы;
- 2 группа (сравнения): 16 пациентов, перенесших ампутацию нижних конечностей, которые лечились в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи без дополнительного включения разработанной нами реабилитационной программы.

Методы исследования. Для выявления физических проблем и потребностей в первый день поступления обеим группам пациентов было предложено ответить на вопросы анкеты, затрагивающей их физические возможности.

Качество жизни пациентов оценивали с помощью опросника SF-36² у обеих групп на 2-е сутки поступления в отделение, а также на 8-е сутки пребывания в отделении.

Инструменты исследования: разработанная нами анкета на выявление физических проблем (приложение 1), опросник SF-36 оценки качества жизни. Все пациенты, включенные в исследование, дали добровольное медицинское согласие на данное исследование, согласованное с этическим комитетом Совета по сестринскому делу ГКБ № 1 им. Кабанова А.Н., не противоречащим Этическому кодексу медицинской сестры России. Права пациентов защищены конституцией Российской Федерации от 12.12.1993 г., Федеральным законом РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Законом РФ «О защите прав потребителей» от 07.02.1992 г. № 2300-1.

Для проведения исследования осуществили сбор анамнеза, визуальное наблюдение и математическую обработку данных.

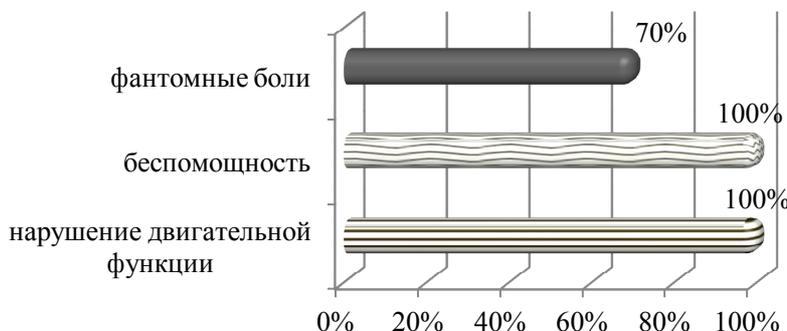


Рисунок 2 — Результаты анкетирования на выявление физических проблем

² SF-36 относится к неспецифическим опросникам для оценки качества жизни, он широко распространен в США и странах Европы при проведении исследований качества жизни. Перевод на русский язык и апробация методики была проведена Институтом клинико-фармакологических исследований (Санкт-Петербург).

Вывод: в результате анализа полученных данных установлено, что после операций по поводу ампутации нижних конечностей, пациенты испытывают ряд доминирующих физических проблем:

- нарушение двигательной функции — 100%;
- беспомощность из-за дефицита самообслуживания — 100%;
- «фантомные» боли в области послеоперационной раны — 70%.

Это доказывает необходимость в постороннем уходе, обучении самообслуживанию и адаптации к новым условиям жизни данной группы пациентов.

В процессе проведения опроса обеих исследуемых групп с помощью SF-36 выявлены следующие результаты:

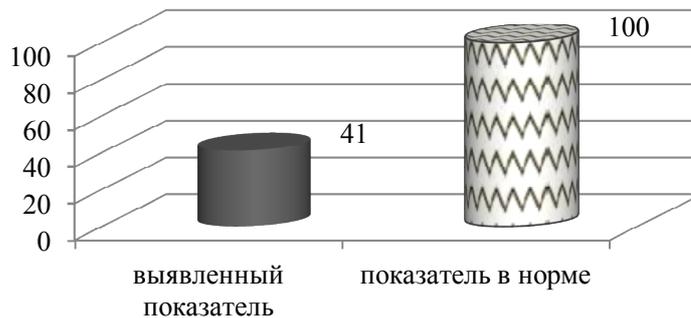


Рисунок 3 — Результаты оценки качества пациентов по опроснику SF-36. Показатель «Физический компонент здоровья»

Вывод: показатель «Физический компонент здоровья» — 41 балл, что свидетельствует о его достаточно сниженном уровне (в норме данный показатель равен 100 баллам).

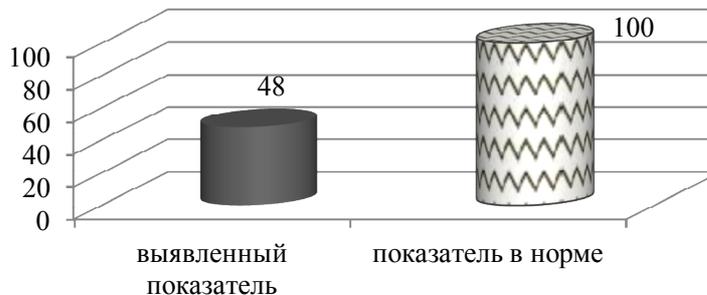


Рисунок 4 — Результаты оценки качества пациентов по опроснику SF-36. Показатель «Психический компонент здоровья»

Вывод: показатель «Психический компонент здоровья» составил 48 баллов, что также отражает низкий уровень психического благополучия.

Результаты полученных данных послужили основанием разработки и внедрения реабилитационной программы (рис. 5), способной трансформировать уход за пациентами, перенесшими ампутацию нижних конечностей.

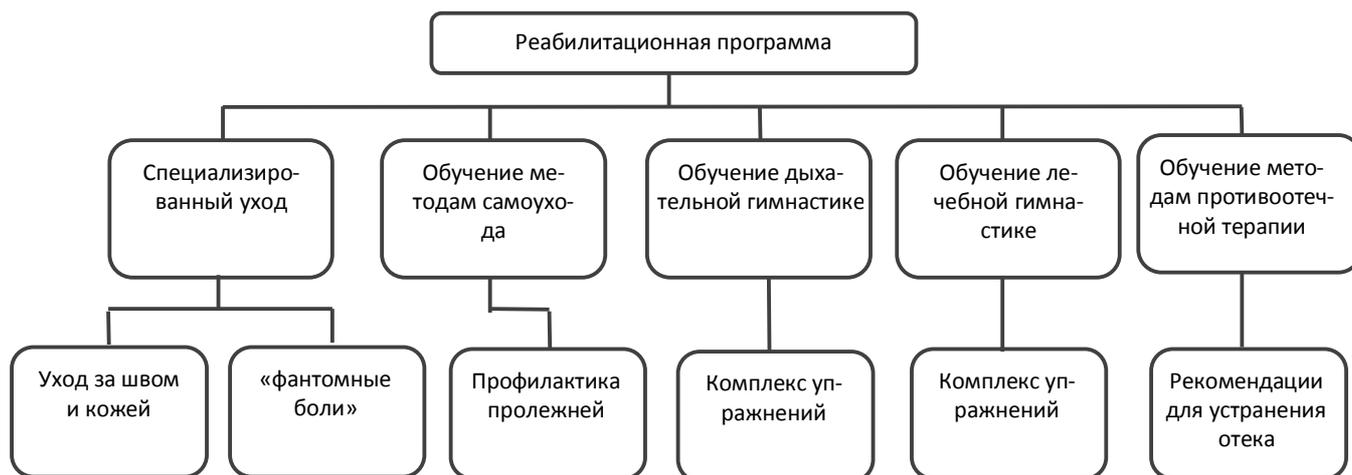


Рисунок 5 — Схема реабилитационной программы

Определены цели программы для работы с пациентами — это достижение сознательного и активного участия в процессе восстановления, создание мотивации к изменению образа жизни и обучение навыкам, направленным на повышение качества жизни.

Для реализации плана программы была разработана карта сестринского ухода (приложение 2) за пациентами, перенесшими ампутацию нижних конечностей. Она последовательно отражает этапы реабилитационной программы.

Реабилитационная программа представляет собой попытку комплексного решения проблем пациента и обеспечения относительно независимой жизнедеятельности. В структуру программы вошли основные этапы послеоперационного процесса восстановления, включающие обучение методам специального ухода (контроль состояния раны культи, повязки), личной гигиене в постели; обучение дыхательной гимнастике для ранней активизации (приложение 3), профилактике пролежней и застойных явлений легких; лечебной гимнастике для уменьшения боли и атрофии мышц. Для определения эффективности разработанной реабилитационной программы проведено открытое сравнительное исследование.

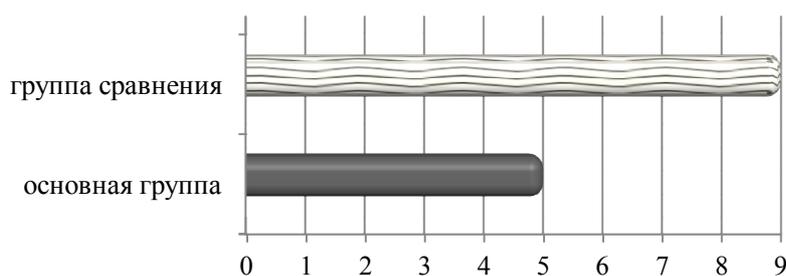


Рисунок 6 — Сравнительная характеристика изменения сроков активизации пациентов

Вывод: ранняя физическая активность пациентов основной группы наступила на 4 дня быстрее, что связано с их обучением в раннем послеоперационном периоде методам самоухода, приемам дыхательной гимнастики и лечебной физкультуры (рис. 6).

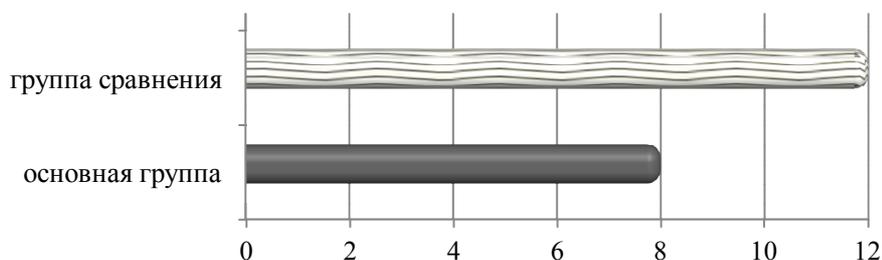


Рисунок 7 — Сравнительная характеристика изменения сроков заживления раны

Вывод: сроки заживления раны сократились на 4 дня, что связано с более ранней физической активностью пациентов основной группы (рис. 7).

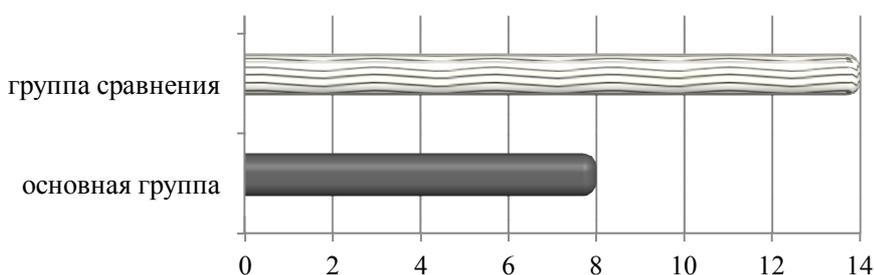


Рисунок 8 — Сравнительная характеристика изменения сроков использования костылей

Вывод: пациенты основной группы приступили к использованию костылей на 6 дней раньше, что связано с их ранней физической активностью и сокращением сроков заживления раны (рис. 8).

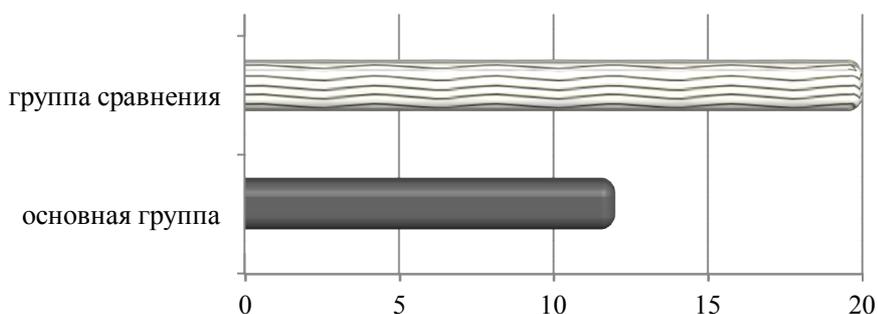


Рисунок 9 — Сравнительная характеристика изменения сроков лечения пациентов, участвующих в исследовании

Вывод: уменьшение срока лечения на 8 койко-дней у пациентов основной группы доказывает эффективность трансформации ухода за пациентами, перенесшими ампутацию нижних конечностей, эффективность проведения реабилитационной программы и очевидность снижения экономических затрат больницы на лечение пациентов, перенесших ампутацию нижних конечностей (рис. 9).

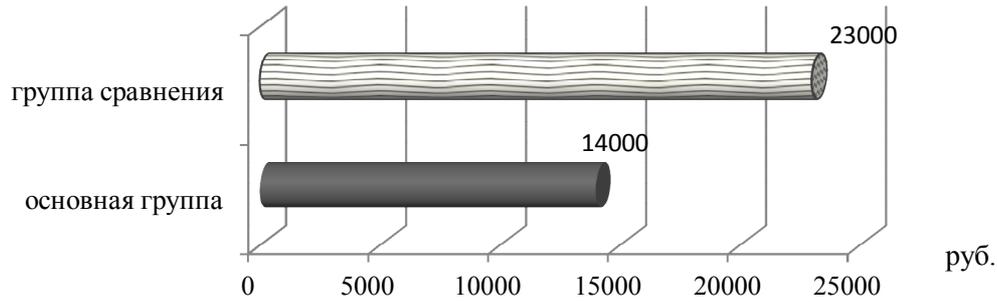


Рисунок 10 — Сравнительная характеристика стоимости лечения пациентов, участвующих в исследовании

Вывод: при лечении пациентов, перенесших ампутацию нижних конечностей, стоимость одного койко-дня составляет 1200 рублей. Пациенты основной группы находились на лечении 12 койко-дней. Стоимость лечения одного пациента составило 14 тыс. руб. В группе сравнения пациенты находились на лечении от 18 до 20 койко-дней. Средняя стоимость лечения составила 23 тыс. руб.

Снижение экономических затрат на лечение одного пациента при внедрении реабилитационной программы составило 8600 рублей. На лечении 17 пациентов основной группы сумма экономии составила около 146 тыс. руб.

Результаты исследования: таким образом, внедрение реабилитационной программы и трансформация сестринского ухода за пациентами, перенесшими ампутацию нижних конечностей, позволили:

- снизить сроки заживления раны и избежать осложнений в раннем послеоперационном периоде;
- снизить сроки адаптации пациентов к новым условиям жизни;
- сократить срок пребывания данной категории пациентов в стационаре, что привело к снижению финансовых затрат больницы на лечение пациентов.

Новизна исследовательской работы заключается в том что, в результате проведённого исследования выявлены проблемы пациентов, перенесших ампутацию нижних конечностей — это нарушение двигательной функции, беспомощность из-за дефицита самообслуживания, «фантомные» боли в области послеоперационной раны. На основании анализа этих проблем разработана и внедрена программа физической реабилитации.

При оценке влияния разработанной реабилитационной программы на функциональное состояние организма пациентов, к которым она применялась, отмечено, что ее внедрение привело пациентов, перенесших ампутацию нижних конечностей:

- к достижению сознательного активного участия в лечении,
- созданию у них мотивации к изменению образа жизни,
- обучению их навыкам, направленным на преодоление физических проблем и повышение качества жизни.

Полученные результаты доказывают эффективность проведения реабилитационной программы и трансформации ухода за пациентами, перенесшими ампутацию нижних конечностей, а также очевидность снижения экономических затрат больницы на лечение пациентов, принимавших участие в исследовании.

Данные исследования обосновывают необходимость внедрения комплекса реабилитационной программы, трансформирующей уход за пациентами, перенесшими ампутацию нижних конечностей, в практическую деятельность медицинских сестер.

Проведённое исследование убеждает пациентов, их близких, а также врачей, что для осуществления своей практики медицинские сестры опираются на науку, что оказываемый

ими уход научно обоснован. Сестринские исследования создают прочную основу для сестринской практики за счёт повышения качества сестринского ухода, вырабатывают способность обосновывать сестринские действия с помощью доказательной практики, добиваясь высокого статуса и уважения.

Список использованных источников

1. Евсеев С.П., Курдыбайло С.Ф., Малышев А.И. Физическая реабилитация инвалидов с поражением опорно-двигательной системы // Журнал «Советский спорт». — 2010.- № 1. — С. 45-48.
2. Беличенко И.А. Хирургические аспекты лечения атеросклероза аорты и магистральных артерий. Актуальные проблемы сердечнососудистых заболеваний. Выпуск 1. М.: Издательский центр «Март», 2000 г. 223 с.
3. Туркина Н.В., Филенко А.Б. Общий уход за больными. Учебник для медицинских вузов. М.: Товарищество научных изданий «КМК», 2007 г. 550 с.
4. Саврасов Г.В. Перспективы применения ультразвука при хирургическом лечении атеросклероза. Проблемы инженерной биомедицины. М.: 2002 г. - с. 7-23.
5. Чернов В.Н., Таранов И.И., Маслов А.И. Уход за хирургическими больными. М.: Феникс, 2004 г. 224 с.

Приложение 1

Анкета

Уважаемый пациент!

Для оценки Вашего физического состояния, просим ответить на предложенные вопросы.

№ п/п	Вопрос	Варианты ответов	
		да	нет
1.	Информированы ли Вы о последствиях своего заболевания?		
2.	Способны ли Вы передвигаться без посторонней помощи?		
3.	Есть ли у Вас трудности, связанные с передвижением?		
4.	Способны ли Вы без посторонней помощи менять положение в постели? - поворачиваться; - садиться		
5.	Способны ли Вы без посторонней помощи умываться, чистить зубы?		
6.	Способны ли Вы без посторонней помощи одеваться?		
7.	Способны ли Вы без посторонней помощи принимать пищу, жидкость?		
8.	Есть ли у Вас проблемы со «стулом»? Если «да», то укажите какие _____ _____		
9.	Испытываете ли Вы боль в послеоперационной ране?		
10.	Вы чувствуете, что боль мешает выполнению физических движений?		
11.	Хорошо ли Вы спите? Если «нет», то укажите почему? _____ _____		
12.	Выполняли ли Вы физические упражнения до операции?		

№ п/п	Вопрос	Варианты ответов	
		да	нет
13.	Имеете ли Вы вредные привычки? - курение - алкоголь		
14.	Всё ли мы выяснили о Вашем физическом состоянии? Если «нет», то укажите что не выяснили? _____ _____		

Пожалуйста, укажите Ваш:

- Пол:
 - мужской
 - женский
- Возраст: _____

*Благодарим за участие в анкетировании!
Желаем Вам скорейшего выздоровления!*

Приложение 2

Карта сестринского ухода за пациентами, перенесшими ампутацию нижних конечностей

№ п/п	План реабилитационных мероприятий	Дни наблюдения											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.	Режим	→	→	→	↗	↗	↗	↗	↑	↑	↑	↑	↑
2.	Диета	ОВД											
3.	Выполнение врачебных назначений	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
4.	Перевязка культи, контроль состояния повязки	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
5.	Проведение утреннего туалета	+	+	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
6.	Гигиенический уход в течение дня	+	+	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
7.	Смена постельного белья	+	+	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±
8.	Смена нательного белья	+	+	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±
9.	Обучение пациента самообслуживанию	+	+	+	±	±	±	±	±	±	±	±	±
10.	Обучение дыхательной гимнастике	+	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±
11.	Обучение лечебной гимнастике	+	±	±	±	+	±	±	±	±	±	±	±
12.	Обучение методам противоотечной терапии	+	+	+	+	±	±	±	±	±	±	±	±

Список сокращений:

- постельный режим
 - ↗ полупостельный режим
 - ↑ свободный режим
 - +
 - ± по необходимости
 - *
- самостоятельно, под контролем медицинской сестры

Комплекс простейших дыхательных упражнений

Комплекс простейших дыхательных упражнений рекомендуется для практически здоровых людей, пациентов на свободном режиме, пациентов старческого возраста, при подготовке пациентов к операции, для пациентов с заболеваниями нижних конечностей, при отсутствии противопоказаний и согласовании с лечащим врачом, а также применяется для реабилитации пациентов с травмами нижних конечностей, перенесшими операции на нижних конечностях – при отсутствии противопоказаний и согласовании с лечащим врачом, для пациентов с другими заболеваниями — по назначению врача.

Цель и задачи комплекса простейших дыхательных упражнений:

- научить выполнять простейшие дыхательные упражнения, которые помогут жить полноценной жизнью,
- научить способам общего оздоровления организма, укрепления дыхательной мускулатуры, профилактики застойных явлений в легких.

Необходимые условия для выполнения методики:

- До и после процедуры проветрить помещение.
- Обстановка в помещении должна быть спокойная и комфортная.
- Одежда не должна стеснять движения.
- Количество повторов упражнений зависит от возраста и состояния пациента.

Подготовка к процедуре: занять или придать пациенту удобное положение (лежа, сидя, стоя), (если пациент лежит – придать возвышенное положение). Измерить пульс, артериальное давление, при нормальном самочувствии приступить к выполнению упражнений

Исходное положение – сидя.

Упражнение № 1.

Одна рука на животе, вторая на груди (для контроля дыхания). Вдохнуть носом воздух с выпячиванием живота. Выдохнуть ртом – губы трубочкой. Живот втянуть. (Повторить 5-6 раз).

Упражнение №2.

Руки на коленях, поочередно сжать и разжать кулаки. Дыхание произвольное.

Упражнение № 3.

Руки вдоль туловища, сгибать и разгибать руки в локтях поочередно (повторить 5-6 раз).

Упражнение №4.

Кисти рук положить на плечи, соединить локти перед грудью, развести в стороны (повторить 5-6 раз).

Упражнение № 5.

Развести прямые руки в стороны – вдох, опустить вдоль туловища и расслабиться – выдох (повторить 5-6 раз).

Упражнение № 6.

Кисти рук положить на плечи, произвести круговые движения в плечевых суставах – вперед и назад. Дыхание произвольное (повторить 5-6 раз).

Упражнение №7.

Кисти рук положить на плечи, поднять локти через стороны вверх и сделать вдох, опустить локти вниз и сделать выдох (повторить 5-6 раз).

Упражнение №8.

Руки согнуть перед грудью. Делать рывки согнутыми руками перед грудью – 2 раза. Распрямить руки и сделать рывки прямыми руками 2 раза. Дыхание произвольное (повторить 5-6 раз).

Упражнение № 9.

Одна рука прямая, направлена вверх, другая направлена вниз. Менять положение, дыхание произвольное (повторить 5-6 раз).

Упражнение № 10.

Руки опустить вдоль туловища, плечи поднять вверх и сделать вдох. Плечи опустить вниз и сделать выдох (повторить 5-6 раз).

Упражнение № 11.

Плавание «брасом» — произвести круговые движения руками от себя в стороны и к себе. Дыхание произвольное (повторить 5-6 раз).

Упражнение № 12.

Руки положить на пояс, делать повороты корпуса влево с отведением левой руки с вдохом. Вернуться в исходное положение с выдохом. То же самое упражнение сделать в правую сторону (повторить 5-6 раз).

Упражнение № 13.

Руки положить на пояс, отвести локти назад, свести лопатки, локти направлены вперед, развели лопатки (повторить 5-6 раз).

Упражнение № 14.

Руки положить вдоль туловища, делать наклоны корпуса влево, при этом правая рука скользит к подмышечной впадине, сделать вдох. Вернуться в исходное положение, сделать выдох. И наоборот (повторить 5-6 раз).

Упражнение № 15.

Руки положить на пояс, сделать наклон туловища влево, правая рука находится над головой. Вернуться в исходное положение, и сделать упражнение в другую сторону.

Упражнение № 16.

Руки положить вдоль туловища, поднять руки вверх, сделать вдох. Опустить руки, расслабляя постепенно кисти, локти, плечи на длинном выдохе (повторить 5-6 раз).

После окончания процедуры рекомендуется измерить пульс, артериальное давление, отдохнуть 5-10 минут. **Самочувствие должно быть хорошим!**

Регулярное выполнение комплекса дыхательных упражнений позволит:

- оздоровить организм,
- улучшить качество жизни,
- увеличить период компенсации,
- предупредить развитие осложнений,
- снизить затраты на лечение!

«Предупреждение агрессии у пациентов с алкогольными психозами, с целью уменьшения насилия над медицинскими работниками»

*Парыгина О.А.,
медицинская сестра с исполнением обязанностей
старшей медицинской сестры
палаты реанимации и интенсивной терапии
БУЗОО «КПБ им. Солодникова Н.Н.»*

*Научный руководитель: Г.М. Усов,
доцент кафедры психиатрии, наркологии,
психотерапии и клинической психологии
ГБОУ ВПО ОмГМА Минздравсоцразвития России, д.м.н.*

Актуальность темы оценки агрессивного поведения больных с алкогольными психозами определяет вопросы сестринского ухода и безопасность персонала психиатрической больницы. Медицинский аспект проблемы насилия и агрессии стал особенно актуальным. За рубежом профессия медицинского работника считается одной из самых опасных. Так, 1 из 5 сотрудников оказывается в течение года вовлеченным в разные инциденты, а из медицинских сестер — каждая 3-я. К насилию, риску которого подвергаются все без исключения медицинские работники, относятся оскорбления, угрозы и, собственно, нападение пациентов на них, членов их семей или других граждан. В литературе обсуждается широкий круг вопросов по данной проблеме: клинические, демографические, социальные и психологические характеристики пациентов, склонных к насилию и агрессии; система наблюдения, ухода и оказания им медицинской помощи; отношение медицинских работников к пациентам с возбуждением.

Новизна исследования заключается в том, что впервые был разработан алгоритм поведения и ухода медицинского персонала за пациентами с алкогольными психозами и меры профилактики насильственных действий и получены данные об его эффективности.

Целью данного исследования явилась оценка уровня и структуры агрессии у пациентов с алкогольными психозами, с целью предотвращения насилия над медицинскими работниками.

Для достижения поставленной цели были определены следующие задачи:

- Провести анкетирование пациентов с алкогольными психозами, с целью установления асоциального поведения в анамнезе и определения тактики поведения с ними.
- Определить формы агрессии с помощью опросника Л.Г.Почебут (1995 г.).

- Разработать алгоритм поведения и ухода медицинского персонала за пациентами с алкогольными психозами и меры профилактики насильственных действий.

Критерии включения: пациенты с алкогольными психозами.

Критерии исключения: пациенты с шизофренией.

Размер выборки: 40 пациентов, мужчины 35-45 лет, находящиеся на лечении в палате интенсивной терапии БУЗОО «КПБ им.Н.Н. Солодникова» с июня 2011 г по январь 2012 г.

Ход исследования. В процессе методологического изучения данного вопроса было обследовано 40 пациентов с алкогольными психозами (мужчины 35 – 45 лет), находящихся на лечении в палате интенсивной терапии КПБ им. Н.Н. Солодникова с июня 2011 года по январь 2012 года. Исследование проводилось по опроснику Л.Г. Почебут (1995 г.) (приложение 1). Сестринское исследование включало сбор анамнеза по таким вопросам, как образование, наличие судимости, служба в армии, алкогольный стаж, курение, перенесенные заболевания, наследственный анамнез, семейное положение, наличие травм (приложение 2). Статистическая обработка осуществлялась с помощью методов описательной статистики.

В ходе проведенного исследования (рис. 1) установлены выраженные асоциальные тенденции в анамнезе 34 человек: неоднократные судимости у 12 человек, длительные запои у 34, отсутствие семьи у 20, отсутствие постоянной работы у 30 человек.

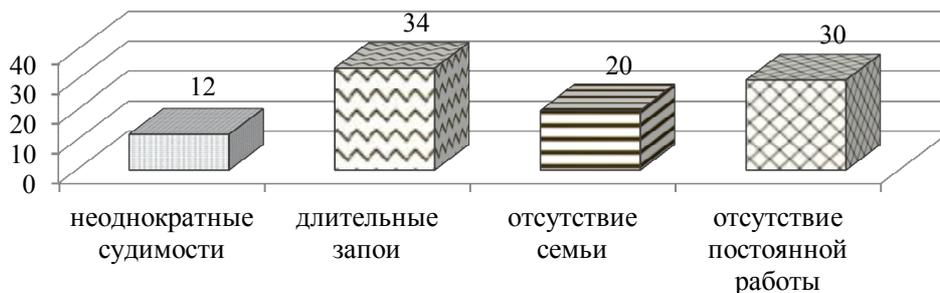


Рисунок 1 — Выраженные асоциальные тенденции

Эти факторы предполагают, усиление бдительности и настороженности за данными пациентами и являются высокими показателями возникновения агрессивного поведения в отношении медицинского персонала.

Определить формы агрессии мы смогли с помощью опросника Л.Г. Почебут. Предложенный опросник состоит из 5 шкал и представлен параметрами агрессивного поведения. В ходе изучения данных компонентов агрессии (рис. 2) установлено, что:

- 36 человек (90%) показали высокую степень агрессивности и низкую степень адаптивности;
- 2 человека (5%) — среднюю степень агрессии и адаптивности;
- 2 человека (5%) — низкую степень агрессивности и высокую степень адаптивности по данному типу поведения.

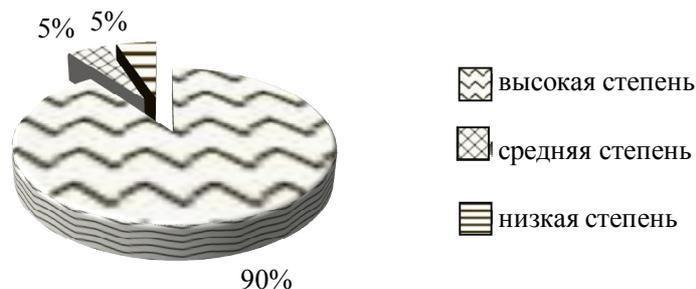


Рисунок 2 — Выявление степени агрессивности пациентов

Агрессивное поведение по форме проявления разделилось по шкалам таким образом, как представлено на рисунке 3.

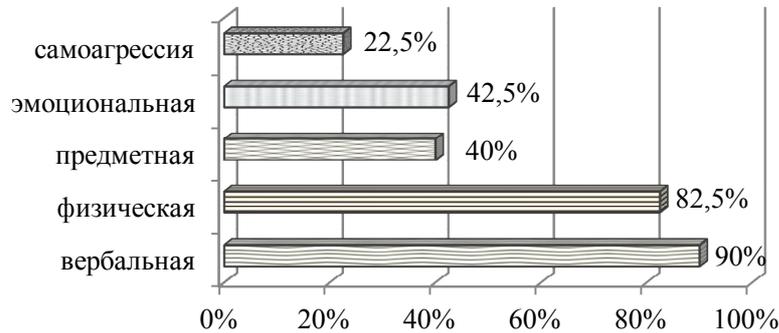


Рисунок 3 — Агрессивное поведение по форме проявления

Анализ приведённых данных показывает, что у большинства исследуемых пациентов преобладают вербальная и физическая агрессии (90% и 82,5%) .

После сбора анамнеза и опроса, медицинские сестры вели круглосуточное наблюдение за пациентами в течение всего периода их лечения, поскольку выявлен высокий уровень больных с высокой степенью агрессии с преобладанием физической и вербальной. Пациенты были разделены на две группы, как представлено на рис. 4.

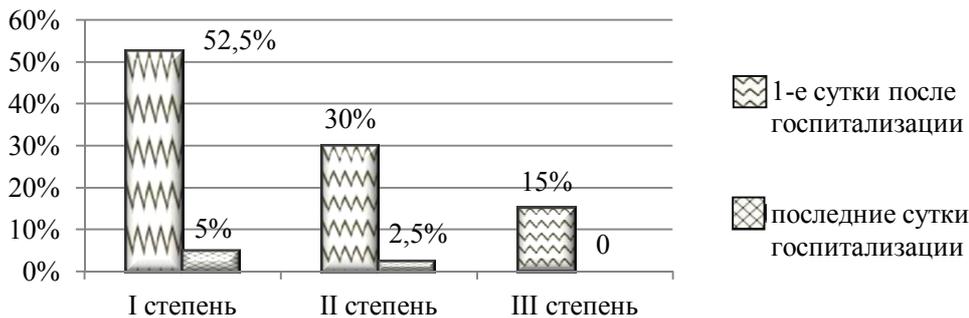


Рисунок 4 — Степени тяжести агрессии до проведения исследования

Агрессия I степени тяжести. В первые сутки госпитализации агрессия составила 52,5% (21 чел.), была представлена насилием в виде попытками нанести удар, хватанием окружающих за одежду. Весьма часто она сопровождалась вербальной агрессией, т.е. оскорблением, угрозами. Такие случаи не игнорировались персоналом, и вмешательство обычно ограничивалось беседой. Процент агрессии 1 степени тяжести в последние сутки госпитализации снизился до 5% (2 чел.).

Агрессия II степени тяжести. В первые сутки госпитализации составила 30% (12 чел.), представляла собой насилие в виде физического воздействия в форме ударов, толчков, пинков, дергания за волосы. Данная форма агрессивного поведения всегда сопровождалась вербальной агрессией II или даже III степени. Этот вид физической агрессии никогда не игнорировался персоналом — основными формами вмешательства были меры физического стеснения и инъекционное введение лекарств. Процент агрессии 2 степени тяжести в последние сутки госпитализации снизился до 2,5 % (1 чел.).

Физическая агрессия III степени тяжести. В первые сутки госпитализации агрессия составила 15% (6 чел.) и представляла собой насилие в виде нападения на людей, приводившего к легким и умеренным телесным повреждениям: кровоподтеками, ссадинами. Агрессия такого регистра всегда сопровождалась проявлениями вербальной агрессии. Вмешательства персо-

нала осуществлялись всегда в форме мер физического стеснения и инъекционного введения медикаментов. Физическая агрессия 3 степени в последние сутки госпитализации исчезла совсем. Полученные результаты дали возможность сделать выводы:

1. Агрессивное поведение в различных его формах является распространенным явлением среди пациентов стационара, страдающих алкоголизмом – у 90% всех обследованных обнаружили ту или иную его форму. Оно включало широкий диапазон поведенческих реакций, начиная от малозаметных, относительно безопасных действий, до актов агрессии, представляющих серьезную опасность для здоровья и жизни самих пациентов и персонала. Агрессивное поведение оказывало значительное влияние на организацию работы дежурных смен, выбор форм оказания помощи, условия содержания пациентов и отношение к ним.

2. Прогностическими факторами риска в отношении описанных инцидентов являются мужской пол пациентов, недобровольная госпитализация, агрессивное поведение и асоциальный образ жизни в анамнезе. Провоцирующими факторами агрессивного поведения являются негативное отношение персонала к пациентам, широкое применение мер лекарственной или физической фиксации, в связи с чем считаем, что изоляция должна служить, прежде всего, целям лечения, а не потребностям медицинского персонала.

На основании нашей работы был разработан алгоритм поведения и ухода медицинского персонала за пациентами с алкогольными психозами и меры профилактики насильственных действий (приложение 3).

В результате применения алгоритма, как видно из рисунка 5, установлено, что степень тяжести агрессии значительно снизилась. Так, например:

- агрессия 1 степени тяжести составила 47,5% (на начало проведения исследования составляла 52,5%) — снизилась на 5%;
- агрессия 2 степени тяжести составила 2,5% (на начало проведения исследования составляла 30%) — снизилась на 27,5%;
- агрессия 3 степени физической агрессии исчезла совсем, хотя на начало проведения исследования составляла 15%.

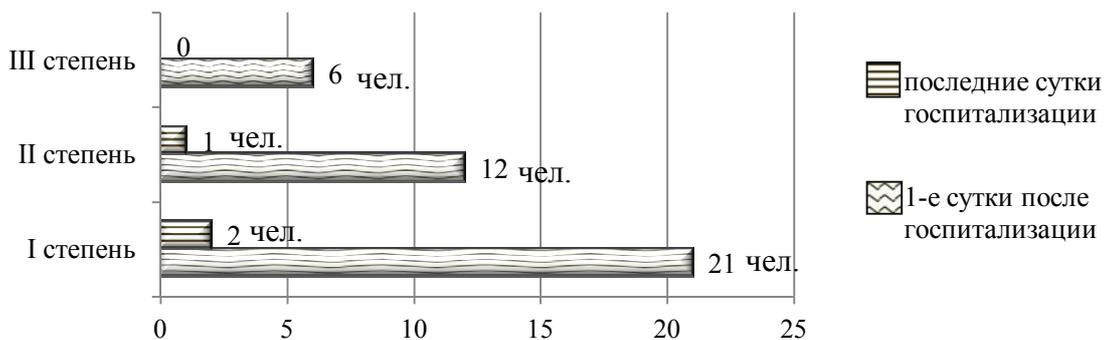


Рисунок 5 — Степени тяжести агрессии после проведенного исследования

Результат исследования: проведенное исследование показало, что агрессивное поведение пациентов можно предупредить и тем самым снизить риск насилия над медицинским персоналом с помощью алгоритма поведения и ухода медицинского персонала за пациентами с алкогольными психозами и мер профилактики насильственных действий.

Вывод: агрессивное поведение в различных его формах является широко распространенным явлением среди пациентов стационара, страдающих алкоголизмом. У 90% всех обследованных обнаружили ту или иную его форму. Прогностическими факторами риска в отношении описанных инцидентов являются мужской пол больных, недобровольная госпитализация, агрессивное поведение и асоциальный образ жизни в анамнезе. Применение всех методик проведенного исследования, смогло предупредить агрессию у пациентов и тем самым

снизило риск насилия над медицинским персоналом. Таким образом, исследование свидетельствует об актуальности изучения агрессивного поведения пациентов в психиатрических учреждениях.

Список использованных источников

1. Абрамова А.А. Агрессивность при депрессивных расстройствах. Москва, 2006. 152 с.
2. Волкова Е.В. Скажем «нет» агрессии! // Психологическая газета. — 2005. — № 5.— С.17 – 21.

Приложение 1

Опросник по выявлению формы агрессии Л.Г. Почебут (1995 г).

Дата « ___ » _____ 20__ г

ФИО пациента _____

Возраст _____

Отделение _____

1. Во время спора я часто повышаю голос.
2. Если кто-то раздражает, я могу сказать ему все, что о нем думаю.
3. Если мне необходимо будет прибегнуть к физической силе для защиты своих прав, я, не раздумывая, сделаю это.
4. Когда я встречаю неприятного мне человека, я могу позволить себе незаметно ущипнуть или толкнуть его.
5. Я постоянно чувствую, что другие не уважают мои права.
6. Хотя я и не подаю вида, иногда меня гложет зависть.
7. В сильном гневе я употребляю крепкие выражения, сквернословлю.
8. Если кто-нибудь поднимет на меня руку, я постараюсь ударить его первым.
9. Я бываю настолько взбешен, что швыряю разные предметы.
10. Когда я взбешен, то могу хлопнуть дверью.
11. Если я знаю, что человек намеренно меня толкнул, то дело может дойти до драки.
12. Я помню, что бывал настолько сердитым, что хватал все, что попадало под руку, и ломал.
13. Иногда люди раздражают меня только одним своим присутствием.
14. Если мне нанесут обиду, у меня пропадет желание разговаривать с кем бы то ни было.
15. Мне кажется, что окружающие люди меня не любят.
16. Очень часто своими словами и действиями я сам себе приношу вред.

№ п/п	Да/нет	№ п/п	Да/нет
1.		9.	
2.		10.	
3.		11.	
4.		12.	
5.		13.	
6.		14.	
7.		15.	
8.		16.	

Обработка и интерпретация результатов теста

Агрессивное поведение по форме проявления подразделяется на 5 шкал:

- **Вербальная агрессия (ВА)** – человек вербально выражает свое агрессивное отношение к другому человеку, использует словесные оскорбления.
- **Физическая агрессия (ФА)** – человек выражает свою агрессию по отношению к другому человеку с применением физической силы.
- **Предметная агрессия (ПА)** - человек срывает свою агрессию на окружающих его предметах.
- **Эмоциональная агрессия (ЭА)** – у человека возникает эмоциональное отчуждение при общении с другим человеком, сопровождаемое подозрительностью, враждебностью, неприязнью или недоброжелательностью по отношению к нему.
- **Самоагрессия (СА)** – человек не находится в мире и согласии с собой, у него отсутствуют или ослаблены механизмы психологической защиты, он оказывается беззащитным в агрессивной среде.

Ключ для обработки теста

Тип агрессии	Номер утверждения
Вербальная агрессия (ВА)	Да: 1,2,7
Физическая агрессия (ФА)	Да: 3,4,8,11
Предметная агрессия (ПА)	Да: 9,10,12
Эмоциональная агрессия (ЭА)	Да: 5,13,15
Самоагрессия (СА)	Да: 6,14,16

Математическая обработка

Вначале суммируются все баллы по каждой из пяти шкал.

Если сумма баллов 3 и выше, это означает высокую степень агрессивности и низкую степень адаптивности по шкале.

Сумма баллов 2 соответствует средней степени агрессии и адаптивности.

Сумма от 0 до 1 балла означает низкую степень агрессивности и высокую степень адаптивности по данному типу поведения.

Затем суммируются баллы по всем шкалам.

Если сумма от 11 до 15 баллов, это означает высокую степень агрессивности человека, его низкие адаптационные возможности

Сумма от 5 до 10 баллов соответствует среднему уровню агрессивности и адаптивности.

Сумма баллов от 0 до 4 означает низкую степень агрессивности и высокую степень адаптированного поведения.

Приложение 2

СЕСТРИНСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

1. ФИО пациента _____
2. Год рождения, возраст _____
3. Дата поступления _____

4. Место жительства _____
5. Место работы _____
6. Госпитализация первичная или повторная (нужное подчеркнуть)
7. Наличие судимости _____
8. Служба в армии _____
9. Наличие травм на момент поступления _____
10. Семейное положение _____
11. Алкогольный стаж (с какого возраста и как часто употребляет, в каком количестве) _____
12. Курение (со скольких лет, сколько раз в день) _____
13. Перенесенные заболевания _____
14. Наследственный анамнез _____

Приложение 3

Алгоритм поведения медицинского персонала и ухода за пациентами с алкогольными психозами. Меры профилактики насильственных действий

Часто у психиатрических и наркологических больных наблюдаются приступы возбуждения и агрессивного поведения, что является опасным для медицинского персонала. Поэтому есть несколько обязательных правил поведения и ухода в психиатрическом отделении для всего медицинского персонала:

1. Медицинский персонал в психоневрологических стационарах должен постоянно проявлять бдительность, терпение, чуткость, вежливость, внимание к пациентам.
2. Медицинские работники должны избегать яркой косметики, ношения украшений (бус, серег), которые могут быть сорваны больными с психомоторным возбуждением.
3. Медицинские сестры носят халат и шапочку. Волосы необходимо убирать под шапочку.
4. С пациентами, несмотря на их поведение, даже агрессивное, необходимо общаться терпеливо, вежливо, доброжелательно. Нередко поведение психиатрических больных приводит к трагедиям, поэтому медицинская сестра должна быть бдительной, никогда не поворачиваться к больным спиной.
5. Медицинский персонал обязан следить, чтобы все двери были закрыты, чтобы ключи не попали в руки пациентов.
6. Во время приема пищи пациентам подают еду, которую можно есть только с помощью ложки.
7. Медицинская сестра должна вежливо и спокойно объяснить пациенту, что он не прав, что он болен и нуждается в лечении, что здесь никто ему не причинит вреда, всегда на вопросы пациентов давать четкие, правдивые ответы. Тогда, когда это не представляется возможным, лучше поменять тему разговора.
8. Работая в психиатрическом отделении нельзя бояться пациентов, но и недооценивать их тоже не стоит, так как это может быть опасным для здоровья медицинского персонала. Нередко между пациентами вспыхивают ссоры и даже драки, медицинская сестра не должна вставать на сторону одного из них. Она обязана прекратить драку, вызвав санитаров и врача. Больные в сильном возбуждении нуждаются в особенном уходе.

9. Пациенты кричат, нередко их приходится принудительно фиксировать в постели. Медицинская сестра должна владеть навыками фиксации и уметь объяснить это санитарам. Для удержания пациента, его кладут на постель, и санитары прижимают его руки и ноги, пока медицинская сестра вводит лекарственные препараты. При необходимости длительной фиксации применяются мягкие эластичные ленты, срок фиксации пациента определяет врач.

10. О формах и времени применения мер физической фиксации пациента делается обязательная запись в медицинской документации.

11. Основное условие, которое должен соблюдать медицинский персонал, — ни на одну минуту не терять «психиатрической бдительности», так как поведение пациента в любой момент может резко измениться (около него не должно быть предметов, пригодных для нападения или самоповреждения; не следует позволять ему подходить к окну и т. д.).

12. Когда пациент возбужден, склонен к агрессии, чтобы избежать прямого удара (особенно ногой), необходимо всегда стараться находиться сбоку или несколько сзади от него. Если необходимость заставляет быть впереди пациента, рекомендуется повернуться к нему несколько боком, выставив ногу вперед, смягчая тем самым возможный удар.

Медицинская сестра должна проявлять бдительность и к многочисленным просьбам пациентов — для этого сначала необходимо взвесить и подумать обо всех возможных последствиях. Надо знать о том, что психиатрические больные могут скрывать некоторые проявления своей патологии, обманывать, поэтому даже, на первый взгляд, безобидные просьбы могут причинить значительный вред самому пациенту и окружающим.

«Болевой синдром у пациентов после холецистэктомии. Снижение уровня боли»

*Попова Е.Е.,
старшая медицинская сестра
отделения реанимации и интенсивной терапии
БУЗОО «ОКБ»*

*Научный руководитель: В.Л. Полуэктов,
зав. кафедрой факультетской терапии
ГБОУ ВПО ОмГМА Минздравсоцразвития России,
академик Академии медико-технических наук РФ,
д.м.н., профессор*

Боль является важнейшим компонентом защитной системы организма, сигналом о повреждении ткани и развитии патологического процесса, постоянно действующим регулятором гомеостатических реакций, включая их высшие поведенческие формы. Это неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с истинным или потенциальным повреждением ткани. То есть боль, как правило, нечто большее, чем чистое ощущение, связанное с существующим или возможным органическим повреждением, поскольку обычно сопровождается эмоциональным переживанием.

Актуальность темы исследования. Выбор темы сестринского исследования был обусловлен тем, что в отделение реанимации и интенсивной терапии за 2010 - 2011 годы поступило 3 750 пациентов, из них 364 с холецистэктомией, что составляет 9,7% от общего числа про-

леченных в реанимации. У всех пациентов, перенесших оперативное вмешательство, остро выражен болевой послеоперационный синдром.

Цель. Целью исследования было оценить и снизить болевой синдром с помощью вербальной и цифровой рейтинговых шкал у пациентов после полостной холецистэктомии.

Задачи исследования:

- выяснить интенсивность боли у пациентов;
- снизить болевой синдром;
- ускорить реабилитацию пациентов.

Исследуемой проблемой проводимого сестринского исследования являлось ухудшение качества жизни пациентов после холецистэктомии.

Объект исследования: пациенты после холецистэктомии с выраженной послеоперационной болью.

Предмет исследования: выраженный послеоперационный синдром.

База исследования: исследование проводилось на базе двух отделений: отделения реанимации и интенсивной терапии и хирургического отделения Областной клинической больницы.

Период исследования: 11.06.2011 г. - 31.01.2012 г.

Размер выборки. Была отобрана группа пациентов, размер выборки которой составил 20 человек.

Критериями включения являлись пациенты в возрасте от 18 до 60 лет, 9 мужчин и 11 женщин.

Критериями исключения послужили отказ пациентов участвовать в исследовании и неблагоприятный исход болезни. Отобрана контрольная группа, которая не принимала участие в сестринском исследовании.

Методы исследования. Для оценки послеоперационной боли были применены листы наблюдения, которые велись в течение первых трех суток, когда боль является наиболее интенсивной, вербальная и цифровая рейтинговые шкалы оценки боли, позволившие «общаться с пациентом на одном языке», т.е. пациент сам оценивал степень своей боли. Самооценка боли пациентом является наиболее ценным инструментом, т.к. во всех случаях необходимо в первую очередь прислушиваться к мнению пациента и доверять его ощущениям.

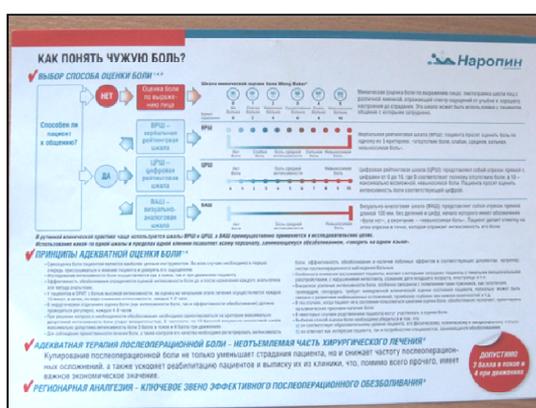


Рисунок 1 — Инструменты исследования

Научная новизна. В ходе исследования были впервые применены дополнительные инструменты — элементы арт-терапии у пациентов на второй и третий день после операции с целью купирования послеоперационной боли, практически исключив при этом лекарственные средства.

Результаты и обсуждения. Учитывая особенности и условия, в которых находились пациенты, явилось возможным применение трех видов арт-терапии (оригами, музыкотерапия и изотерапия).



Рисунок 2 — Применение видов арт-терапии

Среди современных средств и направлений в арт-терапии все ярче заявляет о себе относительно новое перспективное направление – оригами (приложение 1). Многочисленные исследования свидетельствуют о том, что занятия оригами улучшают качество жизни пациентов, уменьшают уровень тревожности, помогают забыть боль и горе, повышают самооценку, способствуют налаживанию дружеских отношений, помогают установить контакт между медицинским работником и пациентом. Поэтому неслучайно появление нового термина в арт-терапевтической практике - «образ жизни оригами». Из 20 исследуемых в 11 случаях (что составило 55% от общего числа) была применена эта форма арт-терапии, при этом болевой синдром снизился только у 6 пациентов.



Рисунок 3 — Занятия оригами



Рисунок 4 — Занятие музыкотерапией

Поэтому была использована музыкотерапия, так как приятные мелодии повышают активность коры головного мозга, улучшают обмен веществ, стимулируют дыхание и кровообращение (приложение 2). Положительные эмоциональные переживания во время звучания приятных слуху музыкальных произведений усиливают внимание, тонизируют центральную нервную систему. Музыкотерапия применялась у 19 пациентов из 20, что составило 95%, но этот вид терапии, примененный в единственном числе, помог лишь 8 пациентам.

И еще один вид арт-терапии, который применялся в ходе исследования, это изотерапия (приложение 3). Рисуя, пациент давал выход чувствам, желаниям, мечтам, перестраивал свое отношение к боли. Таким образом, рисование выступало как способ постижения своих возможностей и окружающей действительности, как способ моделирования взаимоотношений и выражения различного рода эмоций, в том числе и отрицательных. Пятнадцать пациентов (75%) воспользовались изотерапией, как способом купирования своей боли. Однако, в таком виде он оказал необходимый положительный эффект только у 5 исследуемых.



Рисунок 5 — Занятие изотерапией

Выводы. После проведения сестринского исследования были достигнуты и получены следующие результаты: команда по сестринским исследованиям в своей работе применила вербальные и цифровые рейтинговые шкалы, листы оценки послеоперационной боли, что позволило своевременно и достоверно определить степень болевого синдрома, от которого зависела лекарственная терапия. Кроме этого, впервые были применены виды арт-терапии и отмечено, что применяя один вид терапии у пациентов боль купировалась не во всех случаях: при использовании музыкотерапии — из 19 в 8 случаях (42%); изотерапии — из 15 в 5 случаях (33,3%); при применении оригами — из 11 у 6 пациентов (55%).

Если же применение терапии осуществлялось комплексно, с участием двух-трех видов, то болевой синдром уменьшался значительно чаще, в 15 случаях из 20, что составило 75% от общего числа, что говорит о возможности применения в клиниках сочетания лекарственных средств и современных средств арт-терапии. И дает возможность пациентам после оперативного вмешательства пройти быстрее реабилитацию.

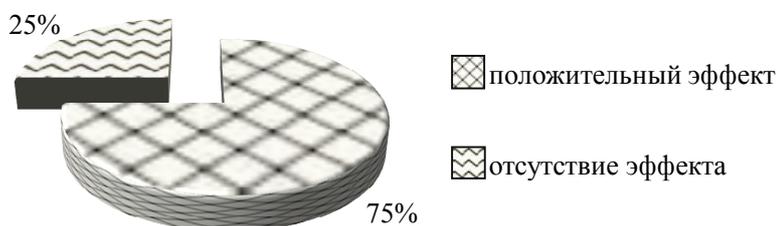


Рисунок 6 — Применение комплекса арт-терапии

Соответственно сокращается койко-день, в сравнении с контрольной группой, не принимавшей участие в исследовании, где он составил в среднем 7 койко-дней, в исследуемой группе он сократился до пяти, и сократилась стоимость лечения пациентов, что имеет важное экономическое значение для современного стационара. В среднем, экономическая эффективность составила 28% в результате достигнутых успехов.

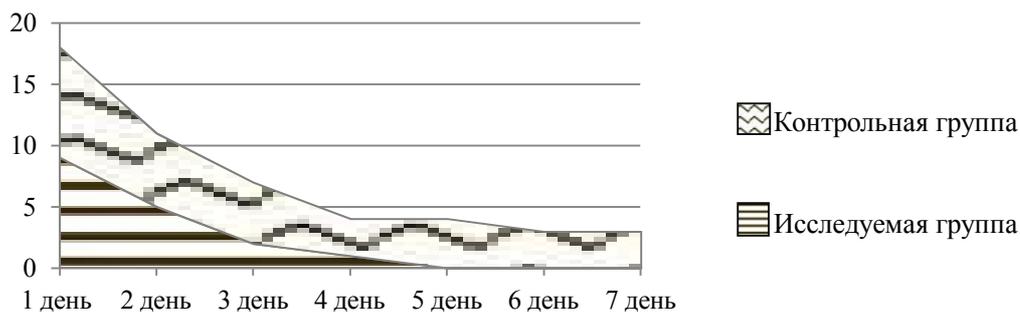


Рисунок 7 — Достигнутые результаты (уровень боли)

Результат. Таким образом, после проведенного исследования мы научились с помощью вербальной и цифровой рейтинговых шкал, листов оценки послеоперационной боли, приемов арт-терапии управлять болью, нам удалось снизить болевой синдром и уменьшить уровень боли, ускорив при этом реабилитацию пациентов после холецистэктомии.

Список использованных источников

1. Копытин А.И. АРТ-терапия - новые горизонты. М.: Когито-Центр, 2006. 336 с.
2. Сусанина И.В. Введение в АРТ-терапию. М.: Когито-Центр, 2007. 95 с.
3. Овечкин А.М. Обзор избранных материалов, посвященных проблемам регионарной анестезии и лечения боли, опубликованных в зарубежных журналах в первой половине 2007 г. // Регионарная анестезия и лечение острой боли. Том 1. — 2007. — № 4 — С. 5-18.
4. Нариндер Раваль. Исход операции – влияет ли на него метод послеоперационного обезболивания // Регионарная анестезия и лечение острой боли. Том 2. — 2008. — № 3 – С. 19-23.
5. Овечкин А.М. Нестероидные противовоспалительные препараты в анестезиологии и хирургии // Регионарная анестезия и лечение острой боли. Том 3. — 2009. — № 2 – С. 5-14.

Приложение 1

Оригами

Среди современных средств и направлений в арт-терапии все ярче заявляет о себе относительно новое перспективное направление – **оригами**.

Традиционное японское искусство оригами – это конструирование разнообразных бумажных фигурок путем складывания квадрата без вырезания и склеивания - все шире интегрируется в мировую культуру и науку, становится предметом исследований специалистов таких отраслей, как конструирование, архитектура, математика, технический дизайн, педагогика, практическая психология и арт-терапия. В наше время оригами как метод арт-терапии с успехом используется в лечебной и реабилитационной практике.

Многочисленные исследования свидетельствуют о том, что занятия оригами улучшают качество жизни пациентов, уменьшают уровень тревожности, помогают забыть боль и горе, повышают самооценку, способствуют налаживанию дружеских отношений, взаимопомощи в коллективе, помогают установить контакт между врачом и пациентом. Поэтому неслучайным является появление нового термина в арт-терапевтической практике - «образ жизни оригами». Занимаясь оригами, пациент становится участником захватывающего действия - превращения бумажного квадрата в оригинальную фигурку – цветок, коробочку, бабочку, динозавра.

Этот процесс напоминает фокус, маленькое представление, что всегда вызывает радостное удивление. Путем последовательного несложного складывания бумаги вдоль геометрических линий получается модель, которая поражает своей красотой и изменяет в лучшую сторону эмоциональное состояние пациента. Возникает желание показать кому-то это чудо, сложить что-то еще. Исчезает чувство изолированности, налаживается общение. Эффект усиливается, если применить подвижные фигуры оригами, такие как прыгающая лягушка, каркающая ворона, журавлик, машущий крыльями и др. Такие бумажные игрушки интересны и взрослым и детям, особенно, если они сложены собственными руками.

Врачи из разных стран мира, где уже более 20 лет используется оригами, утверждают, что эти занятия значительно улучшают эмоциональное состояние пациентов, снимают депрессию, повышают уверенность в собственных силах, способствуют установлению дружеских кон-

тактов, что в целом улучшает психологическое состояние пациентов и делает лечение более эффективным.

Интересно, что одни из самых древних фигур оригами - кусудамы – бумажные шары из шести или более модулей, и в наше время не утратили своего традиционного назначения - нести здоровье людям. Считается, что такой шар, если его подвесить над кроватью пациента, будет способствовать выздоровлению.

Есть еще одна фигурка оригами, которая всегда будет ассоциироваться с надеждой на выздоровление. Это японский журавлик «цуру» - птица с длинной шеей - символ долголетия и счастливой жизни. Согласно японской легенде, если сложить тысячу таких журавлей, исполнится желание. Через десять лет после атомной бомбардировки Хиросимы и Нагасаки, японская девочка Садако заболела лейкемией, - она стала складывать тысячу бумажных журавлей, чтобы выжить. Когда она поняла, что не выздоровеет, то, складывая журавликов оригами, стала молиться за мир во всем мире. Садако не успела сложить тысячу журавликов, но в память о ней летят теперь тысячи бумажных журавлей к мемориальному комплексу в Хиросиму, как символы надежды.

Практика использования оригами в арт-терапии дает стойкий положительный эффект в лечебной практике.

Приложение 2

Музыкотерапия

В лечебных целях музыку применяют с давних времен, так как приятные эмоции, вызываемые мелодиями, повышают активность коры головного мозга, улучшают обмен веществ, стимулируют дыхание и кровообращение. Положительные эмоциональные переживания во время звучания приятных слуху музыкальных произведений усиливают внимание, тонизируют центральную нервную систему. При этом в активную нервную деятельность вовлекаются дополнительные нервные клетки, которые снимают нагрузку с уже работающих звеньев этой системы. Под музыку выстраивается ритмика организма, при которой физиологические реакции протекают наиболее эффективно. При умело подобранной мелодии снижается утомление, улучшается самочувствие.

В музыкотерапии используются три фактора воздействия на организм человека:

- психолого-эстетический (ассоциации, эмоции, образный ряд);
- физиологический (функциональный, с помощью которого можно тренировать отдельные функции организма);
- вибрационный (музыка оказывает вибрационное воздействие на клетки, активизируя различные биохимические процессы в них).

Долгое время существовало мнение, что, например, рок, тяжелый металл отрицательно влияют на нервную систему, особенно подростков, людей с неустойчивой психикой. Это верно. Но резко отвергать те или иные музыкальные направления тоже нецелесообразно. Как правило, музыка подбирается по личным качествам человека, по его предпочтениям и музыкальным пристрастиям.

Представители классической отечественной школы музыкотерапии сходятся во мнении, что лучшая музыка для лечения и расслабления классическая, представленная известными композиторами, а также музыка, основанная на традиционных народных мотивах. По своему назначению классические произведения делятся на детские, релаксационные, активизирующие и смешанные. Музыкальные этюды действуют на определенные нервные клетки и вызывают соответствующий эффект: расслабляют, успокаивают и т.д.

Арт-терапия

Арт-терапия – это направление в психотерапии, психокоррекции и реабилитации, основанное на занятиях клиентов (пациентов) изобразительным творчеством. Арт-терапия может рассматриваться как одно из ответвлений психотерапии искусством наряду с музыкальной терапией, драматерапией и танцедвигательной терапией.

Термин «арт-терапия» впервые стал использоваться в англоязычных странах примерно в 40-е годы XX века. Им обозначались разные по форме и теоретическому обоснованию варианты лечебной и реабилитационной практики. Они были инициированы художниками и реализовывались преимущественно в студиях, организованных в крупных больницах.

Арт-терапия имеет древнее происхождение. Термин «арт-терапия» ввел в употребление в 1938 г. Адриан Хилл. Пионеры арт-терапии опирались на идею Фрейда о том, что внутреннее "Я" человека проявляется в визуальной форме всякий раз, когда он спонтанно рисует и лепит, а также на мысли Юнга о персональных и универсальных символах. Центральная фигура в арт-терапевтическом процессе — не пациент (как больной человек), а личность, стремящаяся к саморазвитию и расширению диапазона своих возможностей.

Арт-терапия является частной формой терапии творчеством и связана, главным образом, с так называемыми визуальными искусствами (живописью, графикой, фотографией, скульптурой, а также их различными комбинациями с другими формами творческой деятельности).

В отечественной литературе наиболее близким западному понятию арт-терапии является изо-терапия. В группу различных видов терапии творчеством наряду, с арт-терапией, входят также музыкотерапия, драма-терапия, терапия танцем и движениями и т.д.

Для арт-терапевтической работы необходимо иметь широкий выбор различных изобразительных материалов. Наряду с красками, карандашами, восковыми мелками или пастелью часто используются также журналы, цветная бумага, фольга, текстиль, глина, пластилин, специальное тесто для лепки, песок с миниатюрными фигурками для "игры с песочницей", дерево и иные материалы. Бумага для рисования должна быть разных форматов и оттенков. Необходимо также иметь кисти разных размеров, губки для закрашивания больших пространств, ножницы, нитки, разные типы клеев, скотч и т.д. Качество материалов должно по возможности быть достаточно высоким, так как в противном случае это может снизить ценность самой работы и её результатов в глазах пациентов.

Для терапии искусством важен сам процесс и те особенности, которые конечный продукт творчества помогает обнаружить в психической жизни творца. Руководитель поощряет членов группы выражать внутренние переживания спонтанно и не беспокоиться о художественных достоинствах своих произведений.

**«Высокий уровень эмоциональных расстройств у пациентов,
находящихся на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии.
Снижение уровня эмоциональных расстройств»**

*Приезжева Е.С.,
старшая медицинская сестра отделения реанимации
и интенсивной терапии № 1
БУЗОО «ГКБ №1 им. Кабанова А.Н.»*

*Научный руководитель: С.С. Бунова,
зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней
ГБОУ ВПО ОмГМА Минздравсоцразвития России, д.м.н.*

Актуальность темы. В условиях современной медицины основное внимание уделяется эмоциональному состоянию пациентов после перевода из блока интенсивной терапии, тогда как исследований, направленных на выявление и коррекцию данного вида расстройств в период нахождения пациентов в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), крайне мало. Актуальность данной проблемы для анестезиологов-реаниматологов обусловлена тем, что эмоциональные нарушения способствуют более медленному восстановлению пациентов и увеличивают психоэмоциональную нагрузку на персонал ОРИТ.

Интерес к изучению эмоциональных нарушений остается высоким. Однако до настоящего времени нет единого мнения о возможных причинах и факторах риска, способствующих возникновению когнитивных и эмоциональных нарушений, методах их профилактики и коррекции, что актуализирует исследования в данном направлении.

По данным американских коллег, ежегодно в США в отделениях реанимации и интенсивной терапии проходят лечение около 5–6 млн. пациентов, что составляет 2% популяции. Согласно данным канадского исследования, четверть пациентов находится в ОРИТ более четырех дней, а 4% — более двух недель.

Данные найденных исследовательских работ свидетельствуют о том, что большинство людей, перенесших критическое состояние, в дальнейшем испытывают значительные трудности в адаптации к повседневной деятельности и на работе. В систематическом обзоре D. Dowdy и соавт. (2005) обобщили результаты 21 исследования, где была проведена оценка качества жизни 7 320 пациентов, проходивших лечение в ОРИТ. Были исследованы характеристики как физического, так и психического здоровья: энергичность, социальная роль, эмоциональный фон и когнитивные функции. Все указанные показатели оказались существенно ниже, чем в общей популяции. Другие авторы также обнаружили, что невозможность возвращения к полноценной жизни у большинства больных связана не только с физическими, но и с психическими изменениями.

На пациента, находящегося в критическом состоянии, воздействуют многочисленные неблагоприятные факторы. Условно, неблагоприятные факторы можно разделить на три группы: физиологические, лекарственные и факторы окружающей среды. В основе нашего исследования рассмотрены факторы окружающей среды.

Для пациентов, перенесших критическое состояние, характерны глубокие эмоциональные расстройства, делающие невозможным адекватное социальное функционирование и приводящие к глубокой дезадаптации. Учитывая такую остроту проблемы, большой интерес представляет выяснение причин эмоциональных нарушений, возникающих при критических состояниях в условиях реанимационного отделения, а также их профилактика и лечение.

Цель исследования - улучшить эмоциональное состояние пациентов, находящихся в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии, путем применения модели устранения эмоциональных расстройств.

Задачи исследования:

- изучить эмоциональный статус пациентов, находящихся на лечении в ОРИТ;
- выявить факторы, влияющие на возникновение эмоциональных расстройств;
- реорганизовать принципы ухода, направленные на эмоциональный статус пациентов, в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии.

Научная новизна:

- Выявлены основные негативные факторы (шум, круглосуточный свет, звуки работающей аппаратуры, непрерывный прием лекарственных препаратов, интенсивный режим работы отделения, изоляция от внешнего мира, переживания за свое будущее, ограничение информации о своем заболевании), которые вызывают эмоциональные расстройства у пациентов в ОРИТ.
- На основании выявленных негативных факторов определены проблемы пациентов, находящихся на лечении в ОРИТ: нарушение сна, страх за свое будущее, ощущение одиночества, нравственные страдания.
- Впервые создана модель «Устранения эмоциональных расстройств» у пациентов, находящихся на лечении в ОРИТ, и доказана ее эффективность.

Размер выборки: все пациенты, находящиеся в сознании.

Критерии включения: пациенты в сознании, адекватные, способные отвечать на вопросы, возраст 30-60 лет.

Критерия исключения: терминальное и коматозное состояние; участие в другом исследовании; тяжелая сопутствующая патология; обширные оперативные вмешательства; пациенты в возрасте до 30 лет и старше 60 лет; отказ от участия в исследовании.

Материал и методы исследования. Работа построена на анализе эмоционального состояния, включающего 30 пациентов, госпитализированных в отделение реанимации и интенсивной терапии № 1 ГКБ № 1 им. Кабанова А.Н. в период 11.06.2011 г. – 31.01.2012 г.

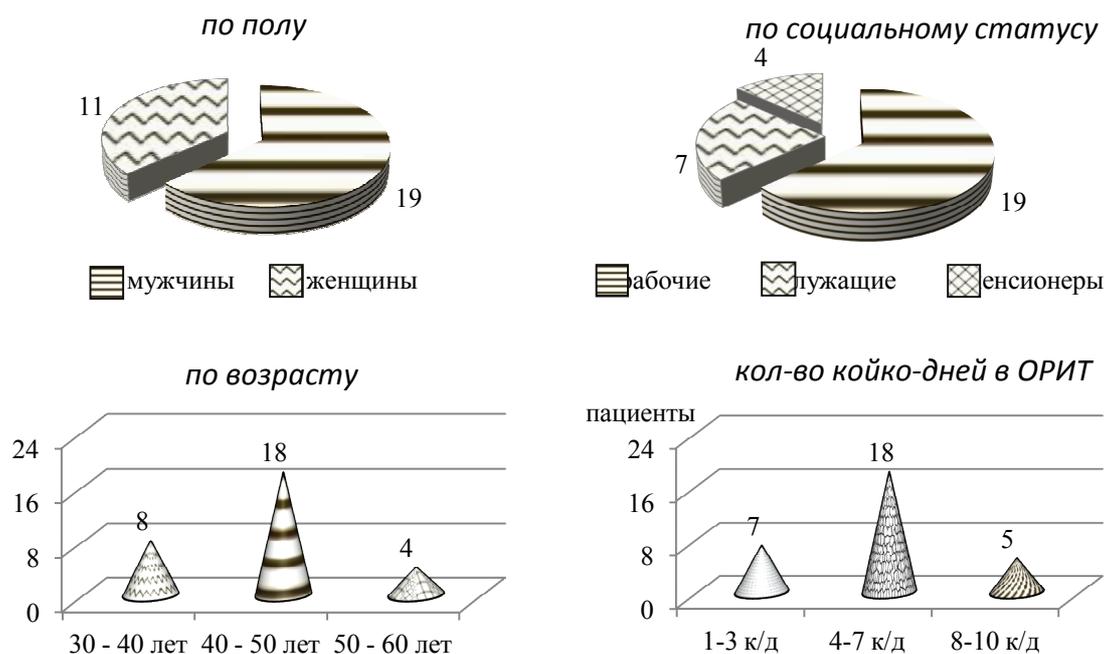


Рисунок 1 — Исследуемая группа пациентов

Из 30 пациентов было 11 женщин, 19 мужчин, возрастная категория составила от 30 до 60 лет (средний возраст $42,5 \pm 2$). Социальный статус: 7 - человек рабочие, 19 - человек служащие, 4 - человека пенсионеры, все, вошедшие в группу - социально адаптированы. Временной промежуток пребывания пациентов в отделении составил, в среднем, 4 ± 1 койко-дня (рис. 1).

Для изучения эмоционального статуса и выявления факторов, влияющих на возникновение эмоциональных расстройств пациентов, использовались инструменты исследования: невербальная шкала по методике Н.П. Фетискина «Визуально-ассоциативная оценка эмоциональных состояний»³; методика В.А. Доскина САН (самочувствие, активность, настроение)⁴; анкета на выявление негативных факторов, разработанная нами совместно с клиническим психологом ГKB № 1 им. Кабанова А.Н. (приложение 1); методика определения уровня ситуативной тревожности Ч.Д. Спилбергера⁵.

В момент поступления пациентам была предложена невербальная шкала по методике Н.П. Фетискина «Визуально-ассоциативная оценка эмоциональных состояний». Так же в первые сутки была предложена методика В.А. Доскина САН с целью определения реакции пациента для экспресс-оценки их восприятия на ситуацию в данный момент.

На вторые сутки пребывания в отделении пациентам было предложено ответить на вопросы анкеты, касающейся обстоятельств их пребывания в отделении реанимации для выявления негативных факторов, влияющих на эмоциональный статус пациентов. Для изучения тревожности использовалась методика определения уровня ситуативной тревожности Ч.Д. Спилбергера.

Достоинствами использованных нами диагностических инструментов являются оптимальные условия для их применения, отсутствие длительных временных затрат на выполнение, что очень важно для пациентов ОРИТ.

Все пациенты, включенные в исследование, давали добровольное информированное согласие, согласованное с этическим комитетом Совета по сестринскому делу ГKB № 1 им. Кабанова А.Н., не противоречащее Этическому кодексу медицинской сестры России. Права пациентов защищены Конституцией РФ⁶, Федеральным законом РФ «Об охране здоровья граждан в РФ»⁷ и Законом РФ «О защите прав потребителей»⁸.

Для реализации исследования проводился сбор анамнеза, визуальное наблюдение, статистическая обработка данных.

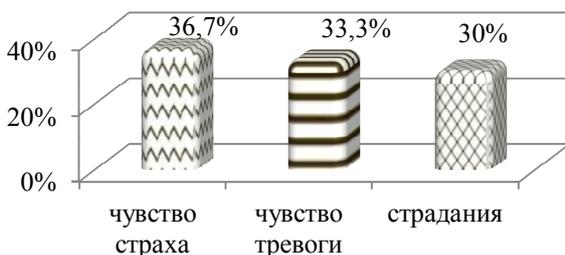


Рисунок 2 — Результаты исследования. Эмоциональные ощущения

³ Методика «Визуально-ассоциативная самооценка эмоциональных состояний» разработана Н.П. Фетискиным, предназначена для экспресс-диагностики ряда эмоциональных состояний на основании выбора эталонных масок.

⁴ Методика В.А. Доскина состоит из 30 биополярных шкал, которые группируются в 3 категории: самочувствие, активность, настроение.

⁵ Методика Ч.Д. Спилбергера (адаптирована Ю.Л. Ханиным) предназначена для определения уровня тревожности в данный момент.

⁶ Конституция Российской Федерации от 12.12.1993 г.

⁷ Федеральный закон РФ № 323 от 01.01.12 г. «Об охране здоровья граждан в РФ» (одобрен Советом Федерации 09.11.2011 г.) статьи № 3, 4, 5, 6, 13, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 27, 37, 39, 73, 94.

⁸ Закон РФ «О защите прав потребителей» от 07.02.1992 г. № 2300-1.

Вывод: после обработки результатов исследования по невербальной шкале «Визуально-ассоциативная оценка эмоциональных состояний» установлено, что основные эмоциональные ощущения пациентов — это чувство страха (отметили 11 чел., что составило 36,7%); чувство тревоги (10 чел., 33,3%); страдания (9 чел., 30%) (рис. 2).

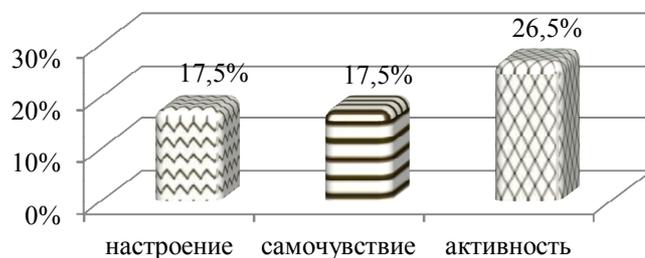


Рисунок 3 — Методика САН

Вывод: по результатам методики САН выявили низкие показатели: самочувствие – 10-25 баллов, $17,5 \pm 7,5$; активность – 20-33 баллов, $26,5 \pm 6,5$; настроение – 15-20 баллов, $17,5 \pm 2,5$. В норме каждый показатель составляет 50-55 баллов (рис. 3). При оценке ситуативной тревожности определили ее высокий уровень 62-75 баллов, что составило, в среднем, $68,5 \pm 6,5$, если учесть, что в норме 100 баллов.

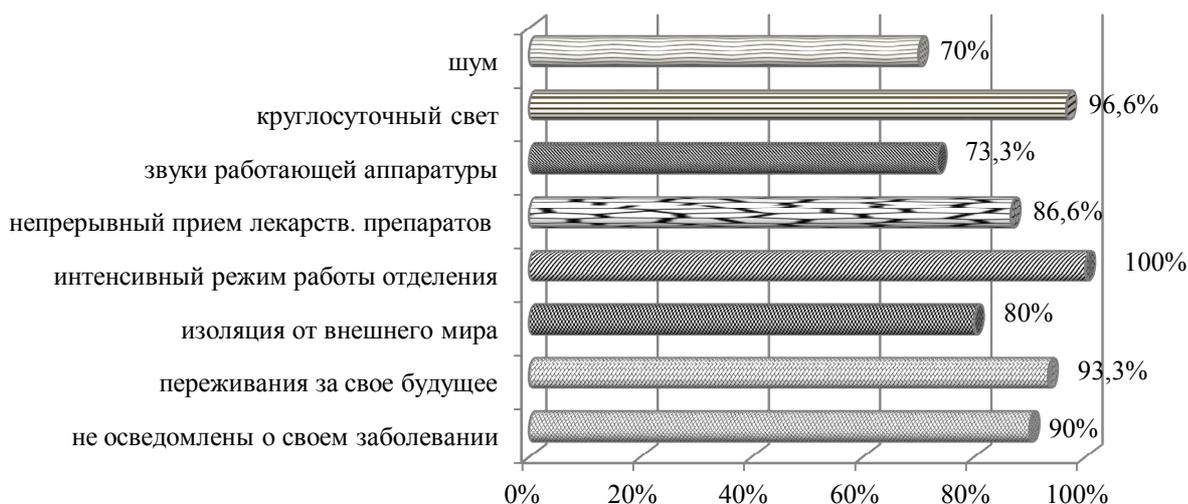


Рисунок 4 — Негативные факторы

Вывод: результаты анкеты показали, что основные факторы, которые вызывают эмоциональные расстройства у пациентов в отделении реанимации, а также осведомленность о своем будущем: шум — 70% (21 чел.); круглосуточный свет — 96,6% (29 чел.); звуки работающей аппаратуры — 73,3% (22 чел.); непрерывный прием лекарственных препаратов — 86,6% (26 чел.); интенсивный режим работы отделения — 100% (30 чел.); изоляция от внешнего мира — 80% (24 чел.); переживания за свое будущее – 93,3% (28 чел.); не осведомлены о своем заболевании — 90% (27 чел.) (рис. 4).

На основании выявленных негативных факторов окружающей среды определены проблемы пациентов:

- нарушение сна, связанное с круглосуточным освещением, шумом;
- страх за свое будущее из-за дефицита знаний о своем заболевании;
- ощущение одиночества, обусловленное невозможностью общения с близкими людьми;

- нравственные страдания из-за смешанных палат, наготы, осуществления естественных потребностей.

Таким образом, полученные нами результаты и сопоставление их с данными литературных источников позволили создать модель устранения эмоциональных расстройств для работы над выявленными проблемами пациентов (рис. 5).

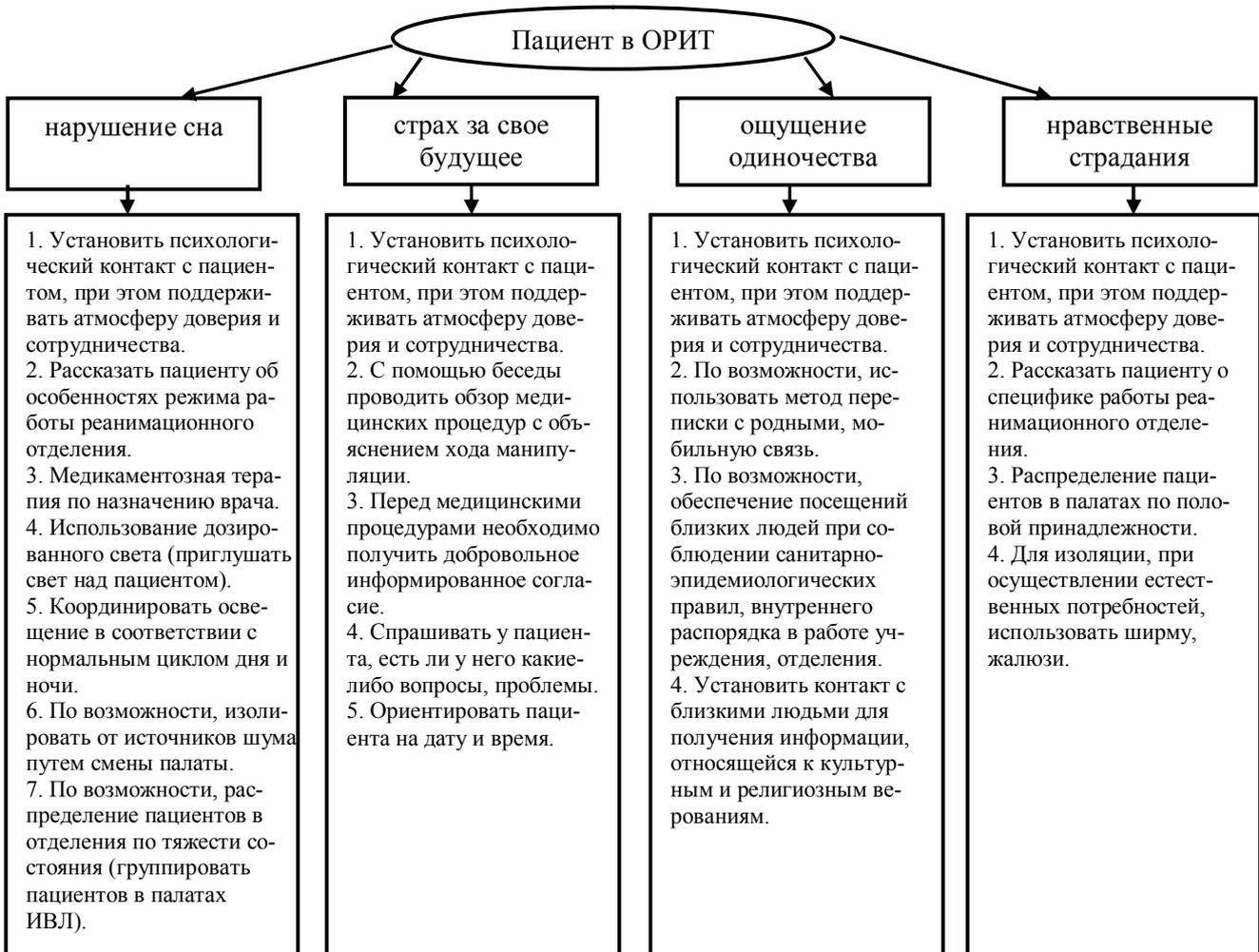


Рисунок 5 — Модель устранения эмоциональных расстройств

Медицинская сестра вместе с пациентом определяет существующую у него эмоциональную проблему, являющуюся причиной его дискомфорта, определяет приоритеты. Важно, что приоритетную проблему предстоит решать в течение короткого промежутка времени и направлять усилия на преодоление негативных факторов, вызвавших эмоциональный дискомфорт. Учитывая все вышеприведенные факторы, нами была разработана модель, которая направлена на установление психологического контакта с пациентом, так как общение является многогранным и многоуровневым процессом взаимодействия между людьми, в котором происходит формирование эмоционально-психологических отношений, осуществляется взаимное понимание и переживание.

Модель кратко и доступно указывает на способы устранения проблем пациента для решения эмоциональных нарушений. Вследствие того, что внешне «адекватный» пациент способен совершать немотивированные поступки (особенно опасные с учетом нахождения его в ОРИТ), целесообразно раннее применение алгоритма на устранение эмоциональных расстройств. Немаловажным фактом является привлечение близких пациента. Присутствие род-

ных в период нахождения пациент в ОРИТ, в подавляющем большинстве случаев, позволяет избежать назначения препаратов с седативным действием.

На 4-5 день пребывания пациентов в отделении, в процессе применения модели устранения эмоциональных расстройств, ко всем пациентам повторно применены инструменты исследования: невербальная шкала по методике Н.П. Фетискина «Визуально-ассоциативная оценка эмоциональных состояний», методика В.А. Доскина САН (самочувствие, активность, настроение), методика определения уровня ситуативной тревожности Ч.Д. Спилбергера.

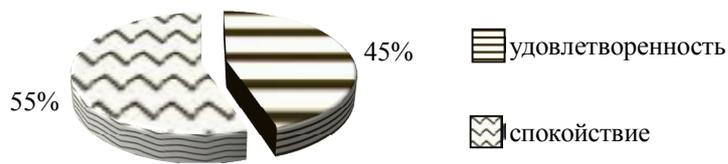


Рисунок 6 — Эмоциональные ощущения

Вывод: при обработке и анализе данных по невербальной шкале «Визуально-ассоциативная оценка эмоциональных состояний» было выяснено, что после применения модели спокойствие отметили 55% (16 чел.), удовлетворенность — 45% (14 чел.) (рис. 6).

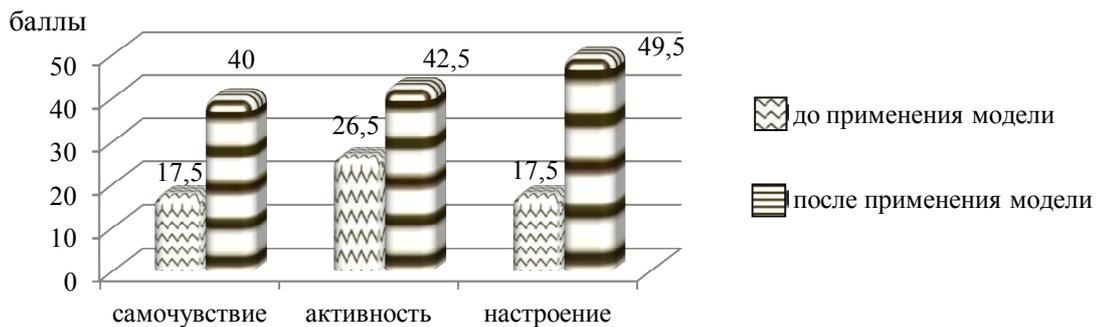


Рисунок 7 — Методика САН

Вывод: после обработки результатов методики САН выявили улучшение показателей: самочувствие – 35-45 баллов, 40 ± 5 (до применения модели $17,5 \pm 7,5$); активность – 37-48 баллов, $42,5 \pm 5,5$ (до применения модели $26,5 \pm 6,5$); настроение – 46-53 баллов, $49,5 \pm 3,5$ (до применения модели $17,5 \pm 7,5$) (рис. 7).

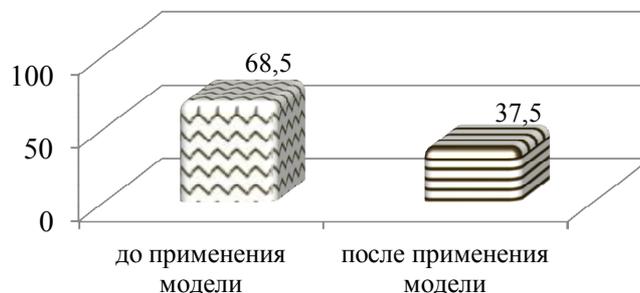


Рисунок 8 — Ситуативная тревожность

Вывод: при оценке ситуативной тревожности определили 31 - 44 баллов, что составило в среднем $37,5 \pm 6,5$ — это характеризуется как умеренный уровень ситуативной тревожности, в динамике можно проследить снижение уровня на 31 балл (рис. 8).

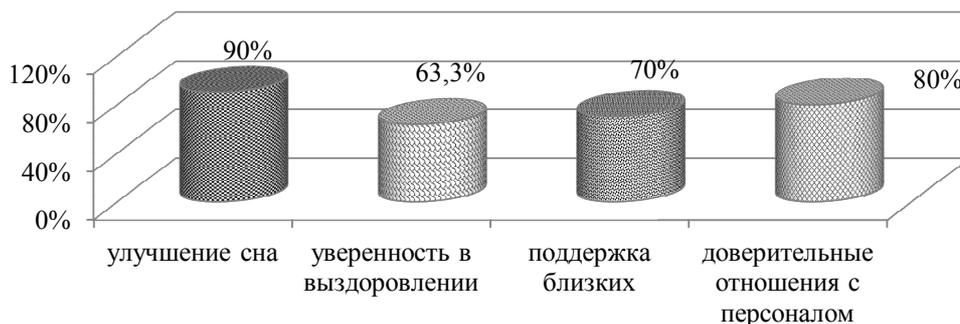


Рисунок 9 — Результаты общения с пациентами

Повторное общение с пациентами позволило сделать следующие выводы: улучшение сна отметили 90% (27 чел.); уверенность в выздоровлении почувствовали 63,3% (19 чел.); поддержку близких ощутили 70% (21 чел.); доверительные отношения с персоналом отметили 80% (24 чел.) (рис. 9).

Таким образом, прослеживается положительная динамика внедрения модели на устранение эмоциональных расстройств у пациентов, находящихся на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии, суть которой основана на понимании причинно-следственных взаимоотношений персонала и пациента, а также быстрой коррекции возможных нарушений.

Результаты исследования:

- Основным организационно-тактическим приоритетом по уменьшению эмоциональных расстройств у пациентов в ОРИТ, является применение «Модели устранения эмоциональных расстройств».
- Использование созданной модели позволяет уменьшить психоэмоциональную и физическую нагрузку на персонал ОРИТ, повысить экономическую эффективность за счет отказа от необоснованного использования препаратов с седативным действием.
- Для экспресс-диагностики эмоциональных функций целесообразно использовать простые опросники: методика В.А. Доскина САН (самочувствие, активность, настроение), методика определения уровня ситуативной тревожности Ч.Д. Спилбергера (адаптирована Ю.Л. Ханиным).
- Разработанная «Модель устранения эмоциональных расстройств» обращает внимание сестринского персонала на работу в непосредственном контакте с пациентами, самостоятельное принятие решений, учет мнения пациента, т.к. основной ее целью является восстановление эмоционального комфорта пациента, а полученные результаты доказывают целесообразность и эффективность проведенной работы.
- Учитывая опасность и высокую частоту эмоциональных расстройств у пациентов в ОРИТ, необходима настороженность сестринского персонала в отношении их развития, а при их выявлении — четкая нацеленность на их устранение.

Список использованных источников

1. Ильин Е.П. Эмоции и чувства. Серия «Мастера психологии». СПб.: Питер, 2002. 752 с.
2. Решетова Т.В. Влияние на послеоперационный период психопатологических характеристик современного кардиохирургического больного / Т.В. Решетова, Т.Г. Петросян, В.А. Мазурок // Материалы XXXIX научной конференции «Хлопинские чтения». Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования. СПб.: 2006. С.263-264.
3. Петросян Т.Г. Когнитивная дисфункция – новый соматопсихический феномен в периоперационном периоде у пациентов, перенесших хирургическое вмешательство на откры-

том сердце / Т.Г. Петросян // Сборник докладов и тезисов к V конференции по программе «Психосоматическая медицина» – «Психосоматические и соматопсихические расстройства в общемедицинской практике». Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования. СПб.: 2007. С.42.

4. Петросян Т.Г. Частота развития когнитивной дисфункции в периоперационном периоде у пациентов, перенесших хирургическое вмешательство на открытом сердце / Т.Г. Петросян // Сборник научных трудов II Междисциплинарного конгресса «Ребенок, врач, лекарство». СПб.: 2007. С.115-116.

5. Петросян Т.Г. Астенические и депрессивные расстройства у пациентов, перенесших операции на открытом сердце / Т.Г. Петросян // Сборник докладов и тезисов к VI конференции по программе «Психосоматическая медицина» – «Астенические и депрессивные расстройства в общемедицинской практике». Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования. СПб.: 2007. С. 29.

Приложение 1

Анкета

Уважаемый пациент!

Просим Вас ответить на предложенные вопросы.

1. Вы осведомлены о своем заболевании?
- да - нет
2. Переживаете ли Вы за свое будущее?
- да - нет
3. Уверенно ли Вы себя чувствуете, находясь в отделении реанимации?
- да - нет
4. Испытываете ли Вы чувство стеснения, неловкости из-за:
- смешанных палат: - да - нет
- наготы: - да - нет
- осуществления естественных потребностей: - да - нет
5. Вызывает ли у Вас беспокойство окружающая обстановка:
- шум: - да - нет
- свет: - да - нет
- звуки, работающей аппаратуры: - да - нет
- непрерывный прием лекарственных препаратов: - да - нет
- режим работы отделения: - да - нет
6. Испытываете ли Вы чувство одиночества из-за отсутствия контакта с родственниками?
- да - нет
7. Пожалуйста, укажите Ваш:
 - пол: - мужской - женский
 - возраст: _____

*Благодарим за участие в анкетировании!
Желаем Вам скорейшего выздоровления!*

«Влияние тревоги на уровень страха перед болью у пациентов с ишемической болезнью сердца»

Скокова О.А.,
медицинская сестра палатная
кардиологического отделения
НУЗ «ОКБ на ст. Омск-Пассажирский»
ОАО «РЖД»

Научный руководитель: В.Э. Дворников,
зав. кардиологическим отделением
НУЗ «ОКБ на ст. Омск-Пассажирский» ОАО «РЖД», к.м.н.

Актуальность темы. Среди заболеваний, представляющих угрозу для жизни и здоровья населения нашей планеты, первые два места принадлежат ишемической болезни сердца (ИБС) и депрессивным и/или тревожным расстройствам разной степени выраженности. Комбинация этих болезней значительно ухудшает клинический и социальный прогноз каждой из них. Тревожные расстройства определяются не только своей распространенностью и дезадаптирующим влиянием, но и тем, что своевременная диагностика этих расстройств во многих случаях становится решающим условием успешной медицинской и психологической помощи. Тревожные состояния сочетаются с сердечнососудистой патологией чаще, чем с целым рядом других заболеваний, поскольку при таком сочетании клинические проявления обоих заболеваний образуют общие симптомы: повышенная утомляемость, нарушение сна, снижение аппетита, тревога.

Тревога – нормальное состояние эмоциональной сферы человека, если она кратковременна и связана с неблагоприятными или неопределенными жизненными событиями. Если тревога приобретает постоянный характер, она может быть фактором развития различных заболеваний и особенно губительна для функций сердечнососудистой системы. Тревожные состояния отягощают течение соматического заболевания, способствуют формированию ипохондрического типа внутренней болезни. Своевременное выявление уровня тревожности и проведение психокоррекционной программы приведут к улучшению и оптимизации внутренней картины и адаптации пациента к обычной жизни.

По данным российских и зарубежных ученых, ишемической болезнью сердца страдают около 12% населения в возрасте 45-65 лет. В последние годы отмечается тенденция к повышению заболеваемости ИБС среди лиц более молодого возраста. Многими исследованиями установлено, что у 33-80% пациентов с ИБС наблюдается тревожные состояния. Это отрицательно влияет на проводимое лечение и реабилитацию пациентов.

Ключевые слова: ишемическая болезнь, тревожные состояния, страх, психокоррекция.

Цель исследования. Снизить степень тревожности перед болью у пациентов с ишемической болезнью сердца.

Задачи исследования:

- Оценить уровень тревоги.
- Разработать метод на уменьшение тревоги.
- Разработать цветовую таблицу на выявление уровня тревоги.

Предмет исследования: влияние тревоги на уровень страха перед болью.

Объект исследования: пациенты кардиологического отделения.

Исследование проводилось на базе ОКБ на ст. Омск-Пассажирский. В исследовании участвовали пациенты кардиологического отделения - мужчины и женщины в возрасте от 40-65 лет.

За 2011 год в кардиологическом отделении было пролечено 1 494 пациента, с диагнозом ИБС - 833 человека, что составило 55,8% от общего количества.

В исследовании приняли участие 24 пациента, из них 12 человек – основная группа (8 мужчин и 4 женщины в возрасте от 43-60 лет, средний возраст 51,4) и 12 человек - группа сравнения (7 мужчин и 5 женщин в возрасте от 46-59 лет, средний возраст 53,9).

Критерии включения: ИБС (артериальная гипертензия, аритмия, стенокардия, инфаркт миокарда, кардиомиопатия).

Критерии исключения: заболевания, не относящиеся к сердечнососудистой системе.

Таким образом, группы достоверно не отличались друг от друга по полу, возрасту, соматической патологии.

Научная новизна: впервые будет применена цветовая шкала тревоги для снижения степени тревожности у пациентов с ИБС.

Ожидаемый результат:

- максимальное снижение степени тревожности перед страхом боли;
- пациент сможет контролировать уровень тревоги и не будет испытывать боль.

Для выявления уровня тревоги проводилось тестирование с помощью Госпитальной шкалы тревоги/депрессии (HADS) (приложение 1).

Исследование проводилось в три этапа:

- **I этап** – первичное тестирование пациентов обеих групп с помощью Госпитальной шкалы тревоги/депрессии (HADS).
- **II этап** – была разработана и внедрена на практике психокоррекционная программа (для основной группы)
- **III этап** – повторное тестирование пациентов обеих групп с помощью Госпитальной шкалы тревоги/депрессии (HADS).

I этап

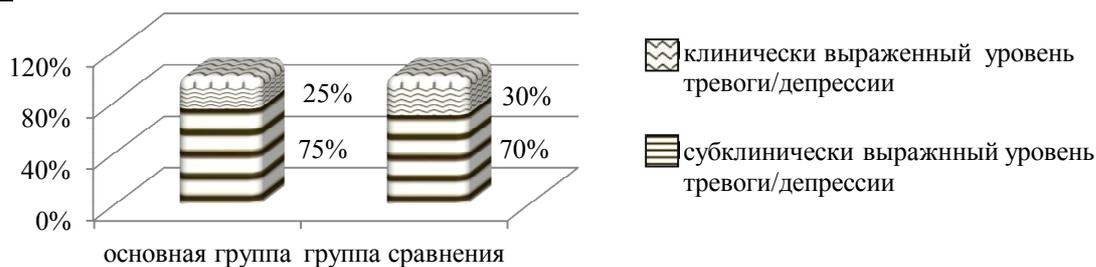


Рисунок 1 - Результаты первичного тестирования пациентов с помощью госпитальной шкалы тревоги/депрессии (HADS) до психокоррекции

Вывод: по данным Госпитальной шкалы субклинически выраженная тревога/депрессия в основной группе наблюдалась у 75% пациентов, в группе сравнения у 70% пациентов. Клинически выраженная тревога/депрессия в основной группе наблюдалась у 25% пациентов, в группе сравнения у 30% пациентов (рис. 1). Доминируют: тоска, апатия, тревога, беспокойство. Такой высокий уровень тревожности свидетельствует о субъективно переживаемых эмоциях, которые и определяют доминирующий фон настроения.

II этап

Далее к испытуемым была применена психокоррекционная программа, задачами которой являются:

- коррекция психосоматического состояния пациента для изменения отношения его к болезни;
- нормализация эмоциональных реакций на проявление болезни;
- повышение психологической устойчивости.

В психокоррекционную программу вошли следующие методы: аутогенная тренировка (с привлечением психолога), дыхательная гимнастика (приложение 2), музыкотерапия, ведение дневника. Дополнительно к программе была разработана цветовая таблица «Определение уровня тревожности» (приложение 3). В цветовой таблице предложены 8 цветов, каждый из которых позволяет определить уровень тревожности: высокий уровень (красный), средний уровень (черный, коричневый, серый), низкий уровень (оранжевый, желтый), отсутствие тревоги (синий, зеленый).

Пациентам было предложено ежедневно заполнять таблицу, выбирая цвет, характеризующий их психоэмоциональное состояние. В первые дни до проведения психокоррекционной программы 3 человека выбрали красный цвет, что указывает на высокий уровень тревожности и 9 человек выбрали коричневый, черный цвета, что указывает на средний уровень тревожности. Пациенты отмечали наличие у них чувства тяжести, беспокойства, жаловались на частые приступы боли и страха.

Далее пациентам было предложено выбрать для себя наиболее приемлемый метод психокоррекции. В ходе проведения психокоррекционных мероприятий у пациентов улучшился сон, настроение, снизилось количество жалоб на боль. Эти изменения повлияли на выбор цвета. К моменту выписки для отражения своего состояния исследуемые – 8 человек (66,6%) – выбрали синий и зеленый - цвета покоя и равновесия – это указывает на отсутствие тревоги, и 4 человека (33,3%) выбрали оранжевый и желтый цвета – это указывает на низкий уровень тревожности.

Вывод: таким образом можно утверждать об эффективности применения цветовой таблицы, которая за короткое время может дать полную информацию о психоэмоциональном состоянии пациента. Цветовая таблица проста и удобна в применении, как для медицинских сестер, так и для пациентов.

III этап

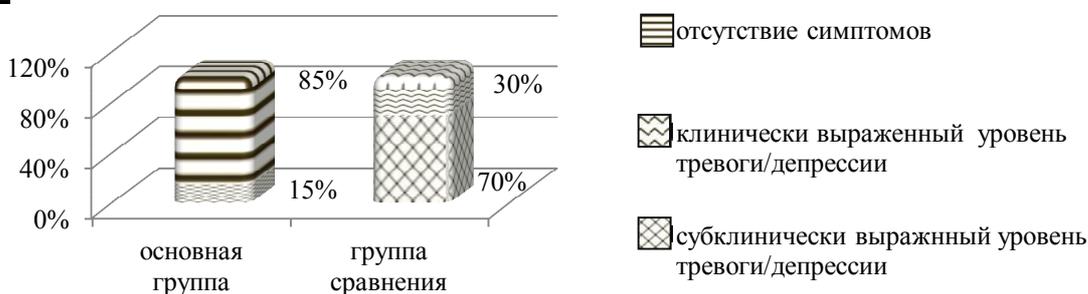


Рисунок 2 - Повторное тестирование пациентов обеих групп с помощью госпитальной шкалы тревоги/депрессии (HADS) после психокоррекции

По данным Госпитальной шкалы тревоги/депрессии (HADS) в основной группы отмечалось снижение уровня тревоги на 15% и отсутствие тревоги у 85% пациентов, тогда как в группе сравнения изменений не отмечалось (рис. 2).

Вывод: предложенная психокоррекционная программа:

- способствует снижению уровня тревожности перед страхом боли;
- влияет на гармонизацию внутренней картины болезни, личностных установок на лечение в целях достижения благоприятного эффекта;
- значительно улучшает исход заболевания, способствует ранней реабилитации пациентов, по сравнению с пациентами, которым коррекционные мероприятия не проводились вовсе.

Результаты исследования. На основании проведенного исследования можно утверждать, что сердечнососудистые заболевания протекают, в подавляющем большинстве случаев, с тревожными состояниями. Психокоррекционные мероприятия положительно влияют на эмоциональное состояние пациентов, значительно снижают уровень тревожности. Использование в комплексном лечении пациентов с кардиологическими заболеваниями психологической коррекции позволяет в относительно короткий срок изменить отношение к заболеванию, повысить социальную активность пациента, уменьшить или совсем устранить тревожность, оптимизировать внутреннюю картину болезни, что положительно сказывается на результатах проводимой терапии.

Список использованных источников

1. Ежова Н.Н. Рабочая книга практического психолога. Ростов на Дону: Феникс, 2008. 315 с.
2. Лебедева Л.Д., Никонорова Ю.В., Тараканова Н.А. Энциклопедия признаков и интерпретаций в проективном рисовании и арт-терапии. СПб.: Речь, 2010. 332 с.
3. Осина А.А. Общая психокоррекция. М.: Сфера, 2002. 512 с.
4. Таманов В.Л., Малкина-Пых И.Г. Справочник практического психолога. СПб.: СОВА, ЭКСМНО 2005. 928 с.
5. Бурлачук Л.Ф., Кочарян А.С., Жидко Н.Е. Психотерапия. Учебник для ВУЗов. СПб.: Питер, 2009. 496 с.

Приложение 1

Госпитальная шкала тревоги/депрессии (HADS)

Шкала разработана Zigmond A.S. и Snaithe в 1983 году относится к субъективным и предназначена для скринингового выявления тревоги у пациентов. Шкала отличается простотой применения и обработки. Заполнение шкалы не требует продолжительного времени и не вызывает затруднений у пациента.

Шкала составлена из 14 утверждений, обслуживающих две подшкалы: «тревога» и «депрессия». Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответов, отражающие градации выраженности признака и кодирующиеся по нарастанию тяжести симптомов от 0 (отсутствие) до 3 (максимальная выраженность).

При интерпретации данных учитывается суммарный показатель по каждой шкале, при этом выделяют три области значения: 0-7 – «норма», 8-10 – «субклинически выраженная тревога / депрессия», 11 и выше – «клинически выраженная тревога / депрессия».

ГОСПИТАЛЬНАЯ ШКАЛА ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ				
Т	Я испытываю напряженность, мне не по себе		Д	То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает такое же чувство
	3	Все время		0
	2	Часто		1
	1	Время от времени, иногда		2
	0	Совсем не испытываю		3
Т	Беспокойные мысли крутятся у меня в голове		Д	Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное
	3	Постоянно		0
	2	Большую часть времени		1
	1	Время от времени и не так часто		2
	0	Только иногда		3
Т	Я испытываю страх, кажется, будто что-то ужасное может вот-вот случится		Д	Я испытываю бодрость
	3	Определенно это так и страх очень сильный		0
	2	Да это так, но страх не очень сильный		1
	1	Иногда, но это меня не беспокоит		2
	0	Совсем не испытываю		3
Т	Я легко могу сесть и расслабиться		Д	Мне кажется, что я стал все делать очень медленно
	3	Определенно это так		0
	2	Наверное, это так		1
	1	Лишь изредка это так		2
	0	Совсем не могу		3
Т	Я испытываю внутренне напряжение или дрожь		Д	Я не слежу за своей внешностью
	3	Совсем не испытываю		0
	2	Иногда		1
	1	Часто		2
	0	Очень часто		3
Т	Я испытываю неусидчивость, словно мне постоянно нужно двигаться		Д	Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения
	3	Определенно это так		0
	2	Наверное, это так		1
	1	Лишь изредка это так		2
	0	Совсем не испытываю		3

Приложение 2

Дыхательная гимнастика

Дыхательная гимнастика проводится ежедневно 2 раза в день (утром и вечером).

Общие рекомендации по применению дыхательной гимнастики:

1. Заниматься дыхательными упражнениями в хорошо проветренной комнате.
2. Выполнять упражнения только через 1,5-2 часа после легкой закуски и через 5-6 часов после обеда, а если вы выпили стакан жидкости, приступайте к занятию через 30 минут.
3. Дыхание во время комплекса упражнений должно быть через нос.

4. Начинать дыхательные упражнения необходимо с нескольких общеукрепляющих упражнений для рук, ног и туловища.
5. Необходимо выполнять упражнения, концентрируя внимание на процессе дыхания.
6. Упражнения нужно выполнять осторожно, прислушиваясь к реакции организма.
7. Не напрягать ноздри и мускулатуру лица.

Упражнения дыхательной гимнастики

1. Удлиненный вдох: сядьте удобно, спина прямая. Сделайте медленный вдох через нос и в середине вдоха начните замедлять его темп. Затем без задержки сделайте сравнительно быстрый выдох. Далее увеличьте соотношение между вдохом и выдохом (вдох - 15 секунд, выдох - 6 секунд, затем 20:8).

2. Удлиненный выдох: в сидячей позе сделайте вдох и без паузы длинный, медленный выдох. Соотношение в начале занятий должно быть 2:12, т. е. вдох длится 2 секунды, а выдох - 12. При этом выдох распределяется следующим образом: 4 секунды - обычный вдох, 8 секунд - удлиненный.

3. Брюшное дыхание: с выдохом втянуть брюшную стенку, затем медленно сделать вдох через нос, освобождая диафрагму, брюшная стенка на вдохе выпячивается вперед, и нижние части легких заполняются воздухом; на выдохе вновь брюшная стенка втягивается внутрь, изгоняя воздух из легких через нос. При брюшном дыхании наполняются только нижние доли легких, поэтому волнообразное движение производится животом, в то время как грудь остается неподвижной. Формула психорегуляции: «Мой внутренний взор на солнечном сплетении, при брюшном дыхании массируются все внутренние органы, улучшается кровоснабжение и функции органов пищеварения, понижается кровяное давление, облегчается работа сердечной мышцы».

4. Среднее дыхание: после выдоха сделать медленный вдох через нос, расширяя ребра, на выдохе сжать ребра, изгоняя воздух через нос. Наполняются средние доли легких. Живот и плечи неподвижны. Формула психорегуляции: «Мое внимание на грудной клетке, улучшается кровоснабжение и функции печени, желчного пузыря, желудка, селезенки и почек, облегчается работа сердечной мышцы».

5. Верхнее дыхание: после выдоха медленно сделать вдох через нос. Поднимая ключицы и плечи и наполняя воздухом верхние доли легких, на выдохе медленно опустить плечи и изгонять воздух из легких через нос. Живот и грудь неподвижны. Формула психорегуляции: «Мое внимание на верхушках легких, улучшается кровоснабжение и вентиляция их».

6. Полное дыхание: после выдоха сделать медленный вдох через нос, считая до 7-ми, соединяя нижнее, среднее и верхнее дыхание в волнообразное движение: сначала втягивать живот, потом ребра, опустить плечи, воздух выпустить через нос, между вдохом и выдохом можно сделать кратковременную задержку. Формула психорегуляции: «Мое внимание на себе, успокаивается нервная система, нормализуется кровяное давление, успокаивается ритм сердцебиения, стимулируется пищеварение, вентилируются все доли легких, повышается обеспечение организма и тканей кислородом. Я чувствую спокойствие и уверенность в себе».

Эти упражнения хорошо влияют на нервную систему, помогают избавиться от меланхолии и депрессии.

Цветовая таблица «Определение уровня тревожности»

Кардиологическое отделение _____
(ФИО)

Месяц																																
Число	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
 желтый																																
 оранжевый																																
 зеленый																																
 красный																																
 синий																																
 серый																																
 коричневый																																
 черный																																

Интерпретация

Красный – эмоциональное напряжение или опасность. Вызывает возбуждение, волнение и беспокойство, усиливает нервное напряжение, повышает уровень тревоги. Он вызывает стимулирующие действие на двигательные функции и процесс принятия решений, а также провоцирует импульсивное поведение. Цвет активности и действия (высокий уровень тревожности).

Черный – это самый темный цвет. Черный – это абсолютная граница, где кончается жизнь. Производит сильное угнетающее и тормозящее действие. Это символ неприятия окружающей действительности, стремление к конфликту и агрессии. Символ душевного кризиса, тупика, разочарования (средний уровень тревожности).

Коричневый – вызывает чувство тяжести, давления, угнетает, усиливает ипохондрическую настроенность (средний уровень тревожности).

Серый – это нейтральность. Тот, кто выбирает этот цвет, не желает выдавать себя и хочет оградить себя от всех влияний, чтобы не раздражаться (средний уровень тревожности).

Желтый – это самая яркая, светлая краска, и она воздействует легко и живо. Желтый повышает вегетативные функции: кровяное давление, частоту пульса и дыхания. Символизм желтого строится на тех основах и ощущениях, которые он вызывает – тепло и энергия, свет и легкость (низкий уровень тревожности).

Оранжевый – это цвет радости, бурных эмоций, ярких впечатлений и надежд (низкий уровень тревожности).

Зеленый – самый спокойный цвет. Он никуда не движется, не имеет призвука радости, печали, страсти. Повышает тонус и успокаивает, создает ощущение отдыха. Самый уравновешенный и спокойный цвет их всех цветов спектра – никуда не зовет, ничего не требует (отсутствии тревожности).

Синий – основные психофизиологические свойства – успокоение. Вызывает физиологические эффекты: уменьшает частоту дыхания, пульс, удлиняет вдох и релаксирует тело. Уменьшает чувство боли, снимает мышечное напряжение (отсутствие тревожности).

«Болевой синдром у пострадавших в результате острых отравлений прижигающими ядами. Снижение болевого синдрома»

*Смирнова А.А.,
старшая медицинская сестра
отделения переливания крови
БУЗОО «ГК БСМП № 1»*

*Научный руководитель: А.В. Сабаяев,
зав. отделением острых отравлений
(у психиатрических больных) БУЗОО «ГК БСМП № 1»,
главный токсиколог МЗОО, к.м.н.*

Актуальность темы. Для медицинской практики в связи с сигнальным значением боли очень важной является объективная характеристика выраженности болевого ощущения. Трудность и сложность этой оценки связаны с тем, что по своему характеру боль является субъективным ощущением, зависящим не только от величины вызывающего ее раздражителя, но и от психической, эмоциональной реакции пациента на боль. Адекватная оценка боли с использованием тщательно разработанных и одобренных методов, подходящих для конкретной популяции пациентов, является необходимым условием для успешного ведения страдающих от боли пациентов. Только регулярная оценка боли самим пациентом или медицинской сестрой может дать достаточную информацию для врача, и таким образом позволит оптимизировать лечение.

Цель исследования - изучить оценку степени боли у пострадавших в результате острых отравлений прижигающими ядами для своевременного купирования болевого синдрома или уменьшения его степени.

Задачи исследования:

- оценить количество пациентов с болевым синдромом в результате острого отравления прижигающими ядами;
- оценить эффективность и безопасность применения наглядной шкалы интенсивности боли при купировании болевого синдрома;
- оценить влияние применения наглядной шкалы на качество жизни у пострадавших;
- разработать рекомендации для применения наглядной шкалы и определить место шкалы в комплексной программе терапии боли у пострадавших.

Объект исследования: пациенты с диагнозом «острое отравление уксусной кислотой».

Предмет исследования: болевой синдром.

База исследования: БУЗОО «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 1».

Период исследования: 11.06.2011 г. - 31.01.2012 г.

Размер выборки - 10% от числа поступивших пациентов с острыми отравлениями уксусной кислотой.

Критерии включения: мужчины или женщины в возрасте ≥ 18 лет, пациенты, способные дать письменное информированное согласие на участие в исследовании, пациенты с легкой и средней степенью отравления.

Критерии исключения: наличие у пациента любого заболевания/медицинского состояния, которое может препятствовать соблюдению пациентом процедур исследования; наличие у пациента психического расстройства, которое, по мнению исследователя, может повышать риск, связанный с участием в исследовании или может препятствовать интерпретации результатов исследования; пациенты с тяжелой или крайне тяжелой степенью отравления.

Методы исследования:

- анализ истории болезни;
- исследование проблемы и характера боли посредством наблюдения и невербального общения с пациентом;
- 5-бальная наглядная шкала «*facis pain scale*» (Шкала Лица Боли), где 0 - отсутствие боли, 5 - максимально сильная нестерпимая боль (приложение 1);
- дневник пациента с графиком наблюдения за болью (приложение 2);
- определение латентного периода анальгезии – интервала времени от введения препарата до появления устойчивого анальгетического эффекта;
- сравнение эффективности действия обезболивающей терапии до момента применения НШИОБ и во время применения.

Научная новизна. Впервые в условиях стационара неотложной помощи будет применена НШИОБ, изучена эффективность и безопасность применения шкалы боли для купирования болевого синдрома у пострадавших в результате острого отравления прижигающими ядами.

Результаты и обсуждение. После проведенного скрининга в исследование были включены 10 пациентов (4 женщины и 6 мужчин), в возрасте от 19 до 70 лет. Анализ историй болезни пациентов позволил установить, что среди причин отравления преобладают суицидальные попытки - 8 случаев, 2 случая отравления связаны со случайным приемом едких веществ (на фоне длительного приема алкогольных напитков). Состояние пострадавших оценивалось на основании клинических проявлений отравлений, данных общеклинических, биохимических исследований. По клиническому течению 6 пациентов представляли собой контингент легкой степени отравления, 4 пациента – средней степени.

Ведущее место в клинической картине острого периода (от 1 до 5 суток) при отравлении уксусной кислотой являлась боль. Боль испытывали 100% пострадавших. На боли в горле указали 90%, по ходу пищевода - 80%, в эпигастральной области - 30% (рис. 2). Причем наиболее мучительной оказывалась боль в горле, которая усиливалась при каждом глотательном движении или при рвоте. У всех пациентов болевые ощущения были характерными и носили резкий, жгучий характер.

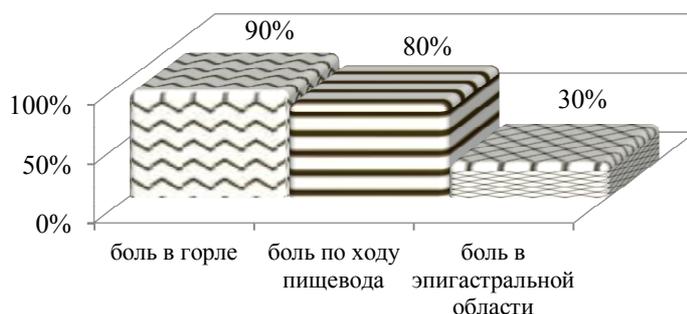


Рисунок 2 — Локализация боли

Всем пациентам была назначена комплексная терапия, в состав которой входило лечение болевого синдрома. Применялась единая тактика лечения, основанная на строгом соответствии назначаемых средств обезболивания в зависимости от интенсивности боли.

Наркотические анальгетики показали высокую эффективность в терапии острой боли: они обеспечивали быстрое и эффективное обезболивание (купирование болевого синдрома происходило в течение 10-минутного воздействия, обезболивающий эффект до 6 часов). Хороший эффект анальгезии при умеренной выраженности болевого синдрома достигался с помощью нестероидных противовоспалительных препаратов. Время воздействия до купирования боли в этих случаях составляло до 20 минут и длилось в течение 3-4 часов. Адекватное обезболивание обеспечивалось ненаркотическими анальгетиками при легкой степени боли (купирование боли наступало через 30 минут, время воздействия составляло до 3-х часов). Кроме того, при подведении итогов лечения не было зафиксировано ни одного осложнения от назначенных препаратов, что свидетельствует не только об их эффективности, но и безопасности.

По данным наглядной шкалы интенсивности остроты боли, положительный эффект от проводимого обезболивания наблюдался у всех пациентов. Однако, к 5-му дню наблюдения только 3 пациента отмечали полное исчезновение болевого синдрома (интенсивность болей достигла уровня от 0 до 1 балла), в то время как у 7 пострадавших сохранялись болевые ощущения, хотя и менее выраженные по сравнению с теми, что были в первый день наблюдения (интенсивность болей уменьшилась на 2-3 балла) (рис. 3).

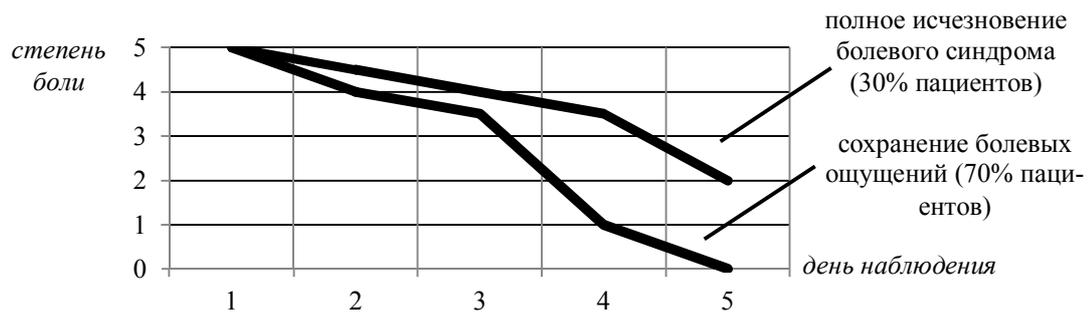


Рисунок 3 — График наблюдения за болью

После введения анальгетика 9 пациентов отмечали полное исчезновение боли, и только один продолжал жаловаться на незначительные болевые ощущения. Однако уже через сутки возврат боли к исходному уровню отметили 4 пациента.

Выводы:

- Пациенты, пострадавшие в результате острых отравлений прижигающими ядами, испытывают боль в 100% случаев.
- Интенсивность боли может изменяться в различные отрезки времени в течение дня. Боль всегда субъективна, и независимо от оценки ее врачом пациент должен сам уметь оценить свою боль. Если при этом пациент применяет НШИОБ, то становится возможным оценить эффективность проводимой анальгезирующей терапии, причем он может рассчитывать на повышение эффективности лечения, благодаря своему собственному вкладу – ведению дневника. Анализ динамики степени интенсивности боли при проводимом обезболивании достоверно указывает на значительно лучший эффект при применении НШИОБ. Метод применения НШИОБ является не только эффективным, но и безопасным, в связи с чем может рассматриваться как основной в оптимизации лечения пострадавших в результате острых отравлений прижигающими ядами.
- Пациенты, к которым применялась шкала боли, выражали более сильное желание и далее применять ее, с большей охотой рекомендовали ее другим пациентам и были более увере-

ны в том, что она соответствует их ожиданиям. Пациенты также сообщали, что использование шкалы боли помогает быстрее распознать признаки приближающегося болевого синдрома.

Таким образом, результаты исследования показывают, что пациенты, использовавшие НШИОБ, были более удовлетворены своим умением управлять болью.

Список использованных источников

1. Волчаков В.А., Игнатов Ю.Д., Страшнов В.И. Болевые синдромы в анестезиологии и реаниматологии. М.: МЕДпресс-информ, 2006. 320 с.

2. Голенков А.В. Удовлетворенность больных сестринским уходом и лечением в психиатрическом стационаре / А.В. Голенков, Н.С. Ожиганова // Главная медицинская сестра. - 2010. - № 8. - С. 143-152.

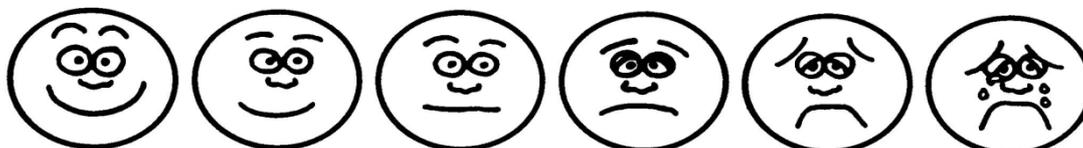
3. Торчинский Н.В. Доказательная сестринская практика. Оценка достоверности диагностических методов / Н.В. Торчинский, А.Ю. Бражников // Медицинская сестра. — 2010. — № 6. — С. 27-33.

Breivik H., Borchgrevink P.C., Allen S.M., et al. Assessment of pain. British Journal of Anaesthesia. – 2008. – С. 17–24.

Приложение 1

ШКАЛА ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ БОЛИ

Выберите лицо, соответствующее степени Вашей боли:



0 Боли нет 1 Легкая боль 2 Умеренная боль 3 Средняя боль 4 Сильная боль 5 Ужасная боль

Приложение 2

ДНЕВНИК ПАЦИЕНТА НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬЮ

ФИО _____								
Возраст _____					Палата _____			
Дата исследования _____					День исследования _____			
Диагноз _____								
Время	09.00	12.00	15.00	18.00	21.00	00.00	03.00	06.00
Локализация боли								
Купирование боли								
Средство обезболивания								
Степень боли по Шкале Лиц								

Специалист по сбору данных: _____ / _____ /
 (подпись) (расшифровка подписи)

Рекомендации для применения наглядной шкалы оценки степени боли «facis pain scale» (Шкала Лица Боли)

Боль — особый вид чувствительности, связанный с действием патогенного раздражителя и характеризующийся субъективно неприятными ощущениями, а также существенными изменениями в организме, вплоть до серьезных нарушений его жизнедеятельности и даже смерти.

Цель болевого стереотипа — оценить боль, чтобы направить жизнедеятельность организма на устранение источника боли или уменьшение ее степени, на снижение выраженности и масштаба повреждения.

Ответственность за проведение такой оценки возложена на медицинскую сестру!

Выбор оптимального способа оценки боли

Боль — это личный опыт и наиболее ценный инструмент — самооценка боли самим пациентом. Однако пациент часто не в состоянии охарактеризовать боль из-за физического, психического и эмоционального состояния, поэтому вербальный контакт с ним не может быть использован. Несмотря на это необходимо оценивать боль в сотрудничестве с пациентом, даже если контакт с ним затруднен. Во всех случаях необходимо в первую очередь доверять ощущениям пациента.

Для определения интенсивности боли используют специальные шкалы оценки боли. Использование какой-то одной шкалы в пределах одной клиники позволяет всему медицинскому персоналу, занимающемуся обезболиванием, «говорить на одном языке».

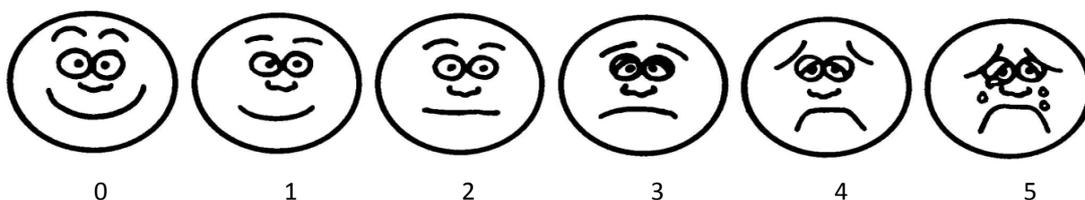
Выбирая способ оценки боли необходимо убедиться в том, что:

- Он соответствует образовательному уровню пациента, его физическому, психическому и эмоциональному статусу.
- Он отвечает как интересам пациента, так и потребностям специалистов, занимающихся обезболиванием.



Оценка боли по выражению лица

Варианты кодирования



Пациент или медицинская сестра со слов пациента отмечает выраженность болевого синдрома по 5-бальной Шкале, где 0 - отсутствие боли, 1 - легкая боль, 2 - умеренная боль, 3 - средняя боль, 4 - сильная боль, 5 - ужасная боль, которую испытывает пострадавший.

Принципы адекватной оценки боли:

- Исследование интенсивности боли осуществляется как в покое, так и при движениях пациента, что позволяет оценить его функциональный статус.
- Эффективность обезболивания определяется оценкой интенсивности боли до и после назначения каждого анальгетика или метода анальгезии.
- Оценка боли (как выраженности боли, так и эффективности обезболивания) должна проводиться регулярно, каждые 3 часа.
- При решении вопроса о необходимости обезболивания необходимо ориентироваться на критерии максимально допустимой интенсивности боли (порог вмешательства).
- Интенсивность боли, эффективность обезболивания, а также наличие побочных эффектов должны регистрироваться в «Дневнике пациента наблюдения за болью». Это необходимо для соблюдения преемственности лечения боли, а также контроля его качества.

В некоторых случаях родственники пациента могут участвовать в оценке боли.