

АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ:

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.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ:

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

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ:

1. Изучение распространенности влияния тревожных состояний на степень болевого синдрома у пациентов с острым инфарктом миокарда.
2. Выявление связи между тревожностью и степенью болевого синдрома.
3. Разработка основы психокоррекционной программы на снижение тревожности у больных с острым инфарктом миокарда.

НАУЧНАЯ НОВИЗНА:

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

Исследование проводилось на базе Отделенческой клинической больницы на ст. Омск-Пассажи́рский.

Под динамическим наблюдением находились пациенты ОАРИТ — 7 человек — основная группа (мужчины от 40 до 55 лет, средний возраст 48,6 г), и 7 человек — группасравнения (мужчины в возрасте от 41 до 54 лет, средний возраст 49,1г.) 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.

В критерии включения вошли пациенты с острым первичным инфарктом миокарда.

Критериями выключения стали пациенты с осложненным инфарктом миокарда (тромбоэмболия легочной артерии, отек легкого, кардиогенный шок).

ПСИХОКОРРЕКЦИОННАЯ ПРОГРАММА

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.

Цель психокоррекционной программы 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.

МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ ТРЕВОГИ

Методики применяемые в исследовании:
1 Шкала разработана Zigmond A.S. и Snaith R.P. в 1983 г. относится к субъективным и предназначена для скринингового выявления тревоги и депрессии у пациентов соматического стационара.

Визуальная аналоговая шкала (ВАШ)

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 боли») и сделанной больным отметкой измеряют в сантиметрах и округляют до целого. Каждый сантиметр на визуальной аналоговой шкале соответствует 1 баллу. Как правило, все пациенты, в том числе и дети старше 5 лет, легко используют визуальную аналоговую шкалу и правильно пользуются ею.



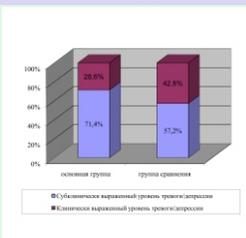
Госпитальная шкала тревоги/депрессии (HADS)

ГОСПИТАЛЬНАЯ ШКАЛА ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ	
<p>T Я ИСПЫТЫВАЮ НАПРЯЖЕННОСТЬ, МНЕ НЕ ТО СЕБЕ</p> <p>1 3 все время</p> <p>2 2 часто</p> <p>3 1 иногда</p> <p>4 0 совсем не испытываю</p>	<p>D ТО, ЧТО ПРИНОСИЛО МНЕ БОЛЬШОЕ УДОБСТВО, И СЕРЯС ВЫЗЫВАЕТ У МЕНЯ ТАКОЕ ЖЕ ЧУВСТВО</p> <p>1 3 определенно это так</p> <p>2 2 иногда, это так</p> <p>3 1 лишь в очень малой степени это так</p> <p>4 0 совсем не так</p>
<p>T ВЕСЕЛОМНЕ МЫСЛИ КРУТЯТСЯ У МЕНЯ В ГОЛОВЕ</p> <p>1 3 постоянно</p> <p>2 2 большую часть времени</p> <p>3 1 время от времени и не так часто</p> <p>4 0 только иногда</p>	<p>D Я СПОСОБЕН РАССМЕЯТЬСЯ И УВИДЕТЬ В ТОМ ИЛИ ДРУГОМ СОБЫТИИ СМЕШНОЕ</p> <p>1 3 определенно это так</p> <p>2 2 наверное, это так</p> <p>3 1 лишь в очень малой степени это так</p> <p>4 0 совсем не испытываю</p>
<p>T Я ИСПЫТЫВАЮ СТРАХ, КАКЕТОСЬ, ВЕДУТО ЧТО ТО РАССОЕДИЛИ ВОТ-ВОТ СЛУЧИТСЯ</p> <p>1 3 определенно это так, и страх очень сильный</p> <p>2 2 да, это так, но страх не очень сильный</p> <p>3 1 иногда, но это меня не беспокоит</p> <p>4 0 совсем не испытываю</p>	<p>D Я ИСПЫТЫВАЮ ВОЗДУШНОСТЬ</p> <p>1 3 совсем не испытываю</p> <p>2 2 очень редко</p> <p>3 1 иногда</p> <p>4 0 практически все время</p>
<p>T Я ЛЕГКО МОГУ СЕсть И РАССЛАБИТЬСЯ</p> <p>1 3 определенно это так</p> <p>2 2 наверное, это так</p> <p>3 1 лишь иногда это так</p> <p>4 0 совсем не могу</p>	<p>D МНЕ КАКЕТОСЬ, ЧТО Я СТАЛ ВСЕ ДЕЛАТЬ ОЧЕНЬ МЕДЛЕННО</p> <p>1 3 практически все время</p> <p>2 2 часто</p> <p>3 1 иногда</p> <p>4 0 совсем нет</p>

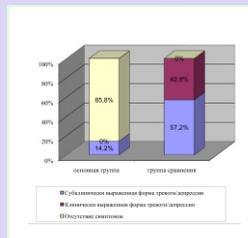
ГОСПИТАЛЬНАЯ ШКАЛА ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ	
<p>T Я ИСПЫТЫВАЮ ВНУТРЕННЕЕ НАПРЯЖЕНИЕ ИЛИ ДРОЖЬ</p> <p>1 3 определенно это так</p> <p>2 2 иногда</p> <p>3 1 часто</p> <p>4 0 совсем не испытываю</p>	<p>D Я НЕ СЛЕДУЮ ЗА СВОЕЙ ВНЕШНЕЙ ПОЯВЛЕНИЕМ</p> <p>1 3 определенно это так</p> <p>2 2 я не удаю этому столько времени, сколько нужно</p> <p>3 1 может быть, я стал меньше уделять этому времени</p> <p>4 0 я слежу за собой так же, как и раньше</p>
<p>T Я ИСПЫТЫВАЮ НЕУСЧИВУЮСТЬ, СЛОВНО МНЕ ПОСТОЯННО НУЖНО ДВИГАТЬСЯ</p> <p>1 3 определенно это так</p> <p>2 2 наверное, это так</p> <p>3 1 лишь в некоторой степени это так</p> <p>4 0 совсем не испытываю</p>	<p>D Я СЧИТАЮ, ЧТО МОИ ДЕЛА (ЗАНИМАНИЯ, УВЕЛИЧЕНИЯ) МОГУТ ПРИНести МНЕ ЧУВСТВО УДОБСТВА</p> <p>1 3 да, но не в той степени, как раньше</p> <p>2 2 значительно меньше, чем обычно</p> <p>3 1 совсем так не считаю</p> <p>4 0 часто</p>
<p>T У МЕНЯ БЫВАЕТ ВНЕЗАПНОЕ ЧУВСТВО ПАНИКИ</p> <p>1 3 очень часто</p> <p>2 2 довольно часто</p> <p>3 1 не так уж часто</p> <p>4 0 совсем не бывает</p>	<p>D Я МОГУ ПОЛУЧИТЬ УДОБСТВО ОТ ЛУЧШЕЙ КНИГИ, РАДИО-ИЛИ ТЕЛЕПРОГРАММЫ</p> <p>1 3 часто</p> <p>2 2 редко</p> <p>3 1 очень редко</p> <p>4 0 совсем нет</p>

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

до психокоррекции



после психокоррекции



Результаты HADS свидетельствуют о высоком уровне тревожности 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 (диаграмма 1)

По результатам тестирования мы видим снижение уровня тревоги в субклинической форме до 14,2%, отсутствие симптомов у 85,8%, в основной группе, и отсутствие у пациентов клинически выраженной тревоги. А 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 грудной.

28,6% основной, и 42,8% в группе сравнения. (диаграмма 2)

ВЫВОДЫ:

1. Тревожность является самостоятельным фактором риска при остром инфаркте миокарда и ассоциируются с тяжелым течением заболевания (рецидивирующие, продолжительные приступы стенокардии).

2. Психокоррекция тревожных состояний значительно улучшает исходы заболевания, способствует ранней реабилитации, снижению показателей стойкой утраты трудоспособности и препятствует развитию повторного инфаркта миокарда.

3. 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

Выражаем особую благодарность:

президенту Омской профессиональной сестринской ассоциации Т. А. Зориной, вице-президенту и координатору проекта О. А. Бучко, главной медицинской сестре НУЗ ОКБ на ст. Омск-Пассажи́рский Е. А. Михайловой, коллективу палаты ПИТ отделения анестезиологии - реанимации.