

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У « Б е л Г У »)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Сестринского дела

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В
ПОДГОТОВКЕ ПАЦИЕНТОВ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПЕРЕД
ОПЕРАТИВНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ**

Дипломная работа студентки

**очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051503
Буровой Анастасии Александровны**

Научный руководитель
Преподаватель Жучкова И.А.

Рецензент
Хирург ОГБУЗ «Детская областная
клиническая больница» г. Белгорода
Свиридов А.А.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ТРЕВОЖНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПЕРЕД ОПЕРАТИВНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ	6
1.1. Хирургические болезни детского возраста	6
1.2. Психологические особенности тревожности и страха у детей дошкольного возраста.....	8
1.3. Роль медицинской сестры в подготовке пациентов дошкольного возраста и их родителей перед оперативным вмешательством	12
ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ ТРЕВОЖНОСТИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПЕРЕД ОПЕРАТИВНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ	20
2.1. Методологическая основа исследования.....	20
2.2. Анализ результатов исследования	21
2.3. Рекомендации для медицинской сестры	32
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	35
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ	36
ПРИЛОЖЕНИЯ	38

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время в среднем за год в хирургическом отделении ОГБУЗ «Детской областной клинической больницы» лечится от 1400 до 1500 детей дошкольного возраста. Хирургическая активность в отделении за год составляет 80-89%. По данным статистики ОГБУЗ «Детской областной клинической больницы» г. Белгорода пациентам от 3 до 7 лет в 2018 г было проведено 7381 операций, в 2017 г – 6505 операций, 2016 г – 5820 операций. Из общего числа проведенных оперативных вмешательств в 2018 году на долю операций, проведенных на нервной системе, в том числе удаление травматической внутричерепной гематомы, очага ушиба, вдавленного перелома черепа, устранение дефекта черепа и лицевого скелета, приходится 52, на органах зрения – 508, на органах брюшной полости 902, на органах уха, горла, носа – 2685, на органах дыхания – 102, на костно-мышечной системе – 1270.

Психологические трудности, а также эмоциональные расстройства и нарушения поведения довольно часто встречаются у большинства детей подвергшихся оперативному хирургическому вмешательству. Тревожность в детском дошкольном возрасте – явление распространенное и имеет многообразие особенностей. Проблема тревожности занимает особое место в предоперационном периоде у детей дошкольного возраста. Этому вопросу было посвящено большое количество исследований, причем не только в психологии, но и в медицине, физиологии, философии, социологии. Большинство авторов, таких как Астапов В.М., Малкова Е.Е., Изард К.Э., придерживаются той точки зрения, что эмоциональные расстройства у детей дошкольного возраста не проходят бесследно, они могут проявиться в особенностях личности и могут находить отражение в их последующей жизни. Существуют две классификации, которые наиболее распространены в мире – DSM и МКБ. Они выделяют тревожные нарушения, встречающиеся во всех возрастных группах, и так же говорят о расстройствах, типичных для детского возраста. Кроме того, в обеих классификациях отмечается, что тревожность

может существовать не только как изолированный синдром, но и проявляться в рамках других нарушений.

Изучение тревожности перед оперативным вмешательством в детском дошкольном возрасте важно, как для раскрытия сути данного явления, так и для понимания эмоционального состояния ребенка. Именно тревожность, как отмечают многие исследователи и практические психологи, лежит в основе целого ряда психологических трудностей в предоперационном периоде, в том числе многих осложнений, служащих весомым поводом для последующего обращения за психологической помощью. Тревожность можно рассматривать как показатель «преневротического состояния», ее роль чрезвычайно значима. Значение профилактики тревожности, ее преодоления важно при подготовке детей к оперативному хирургическому вмешательству.

Цель: выявить профессиональную роль медицинской сестры в профилактике тревожности у пациентов дошкольного возраста перед оперативным вмешательством.

Для этого необходимо решить следующие **задачи**:

1. Ознакомиться с литературными источниками;
2. Изучить роль медицинской сестры в подготовке детей дошкольного возраста перед оперативным вмешательством;
3. Провести изучение уровня тревожности среди детей дошкольного возраста, подвергшихся оперативному вмешательству на базе ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница» г. Белгорода;
4. Разработать рекомендации для медицинской сестры хирургического отделения ОГБУЗ «Детской областной клинической больницы» г. Белгорода.

Объект исследования: дети дошкольного возраста, которые подвергались оперативному вмешательству.

Предмет: роль медицинской сестры в профилактике тревожности у детей дошкольного возраста перед оперативным вмешательством.

Гипотеза: возможно, что дети дошкольного возраста, которые ранее не подвергались оперативному вмешательству, меньше подвержены возникновению тревожности, чем дети, которые перенесли операцию.

Методологическую основу исследования составляют методы: обзор литературы, опрос, сбор статистических данных, наблюдение, сравнение.

Теоретическая значимость исследования заключается в том, что на основе проведенного анализа научной литературы, опроса пациентов разработаны практические рекомендации по улучшению деятельности медицинской сестры в хирургическом отделении ОГБУЗ «Детской областной клинической больнице».

Практическая значимость исследования заключается в возможности использования результатов исследования медицинской сестрой в подготовке детей дошкольного возраста перед оперативным вмешательством.

Базой исследования является ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница».

Структура исследования: Настоящая выпускная квалификационная работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка литературы, приложения.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ТРЕВОЖНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПЕРЕД ОПЕРАТИВНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ

1.1. Хирургические болезни детского возраста

Хирургия представляет собой область медицины, которая занимается изучением большой группы заболеваний, для лечения которых в основном используются методы оперативного вмешательства. Оперативным вмешательством можно назвать сложный акт механического, физического, биологического, химического воздействия на ткани и органы человека, с целью устранения или коррекции какой-либо морфологической или функциональной несостоятельности. Благодаря растущим достижениям современной науки и техники стали возможными эффективное лечение тяжелых сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, а также выполнение оперативных хирургических вмешательств почти на всех органах и тканях организма человека. Кроме того, растущие успехи в области трансплантологии позволили широко внедрить в клиническую практику пересадку как отдельных органов, так и целых органных комплексов [7, с.15].

Хирургия детского возраста – это одна из важных составляющих современной медицинской науки. К сферам деятельности специалистов, которые работают в этой области медицины, можно отнести – хирургическое лечение врождённых пороков развития и приобретённых заболеваний у детей, которые распространены на очень большую и наиболее перспективную часть населения. Если рассмотреть все направления, которые относятся к данной научной и практической деятельности в медицинской отрасли, то можно сказать, что детская хирургия – это вся хирургия, которая перенесена в детский возраст, но с добавлением многих анатомо-физиологических особенностей. Такие специфические отличия будут наиболее характерными для новорождённых, детей первых лет жизни и детей дошкольного возраста. Кроме

того, в последние годы были достигнуты большие успехи в решении многих проблем, касающихся детской хирургии. Новый этап, который характеризуется увеличением диапазона современных, высокотехнологических диагностических манипуляций и широким спектром оперативных вмешательств, выполнение которых не зависит от возраста ребёнка и уровня хирургического риска. Раннее распознавание многих хирургических болезней, особенно у детей раннего и дошкольного возраста, современное развитие анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии обеспечили хорошую возможность выполнения ряда оперативных вмешательств в данных возрастах. Значимыми по величине перспективами в развитии специальности можно считать диагностические методы визуализации патологических процессов, структурных и функциональных состояний различных систем организма ребёнка, к которым относятся УЗИ, компьютерная, рентгеновская и магнитно-резонансная томография, ангиография и радиоизотопная диагностика и многие другие. Так же широко используются в клинической практике методы эндоскопической хирургии, которые особенно интенсивно развиваются в настоящее время, и кроме того они имеют преимущества по сравнению с традиционной оперативной хирургией. Эндоскопические технологии имеют наиболее оправданное и целесообразное использование в детской хирургии, особенно у детей раннего и дошкольного возрастов [13, с.25].

Без тесного взаимодействия педиатров и медсестер хирургического отделения дети с хирургическими заболеваниями в дошкольном возрасте не могут успешно лечиться. Непроходимость пищевода, диафрагмальная грыжа, различные типы врожденной кишечной непроходимости, атрофия и другие ранние врожденные пороки развития могут быть подтверждены, что эффект хирургического лечения увеличивается. В России первая хирургическая больница была открыта в конце 19 века. До этого ребенок переносил операции во взрослой больнице или детском отделении. Тем не менее, ещё в первых русских руководствах по хирургии (Буш И.В., 1807), оперативной хирургии (Соломон Х.Х., 1840) и педиатрии (Хотовицкий С.Ф., 1847) в отдельных главах

описаны некоторые хирургические заболевания у детей и методы их лечения. В этот же период такие известные хирурги, как Н.И. Пирогов, А.А. Бобров, П.И. Дьяконов, М.С. Субботин и Н.В. Склифософский, опубликовали работы, которые были посвящены различным вопросам детской хирургии. 1869 г. К. А. Рауффус в Санкт-Петербурге открыл им первое детское хирургическое отделение больницы. Ольденбургский (Раухфусская детская больница). В следующем году в Санкт-Петербурге было открыто несколько хирургических отделений. В Москве было открыто в 1876 году первое детское хирургическое отделение Владимирской больницы (детская клиническая больница). Заведующим кафедрой является В. И. Иршик – детский хирург, основатель хирургической клиники Дерптского университета. В 1887 году в детском отделении была открыта детская туберкулезная больница. Возглавил работу этого отдела. Александров – ведущий детский хирург того времени, профессор Московского университета. В 1897 году хирургическое отделение было создано в Софийской больнице (детская больница имени Филатова), в Морозовской – в 1903 году. В Софийской больнице хирургическое отделение возглавлял Д. Е. Горохов – известный детский хирург, преподаватель, читавший лекции по детской хирургии студентам вузов, владеющим докторской медициной. Д. Е. Горохов является первым автором в нашей стране диссертации «Детская хирургия» [9, с.56].

1.2. Психологические особенности тревожности и страха у детей дошкольного возраста

Проблема тревожности занимает особое место в современном научном знании. Возможно, такого психологического феномена мало, и его ценность в то же время очень высока, очень мала, даже функционально ценна. С одной стороны, это ключевой вопрос современной цивилизации, являющийся важнейшей характеристикой нашего времени. Напротив, это эксперимент или ситуация, вызванная особыми условиями (соревновательная, тестовая тревога)

из-за психического состояния. Тревожность считается переживанием эмоционального дискомфорта, связанного с прогнозом острой опасности. Тревога и надежда, также как страх и надежда – это особенные и ожидаемые эмоции, занимающие особое положение среди других эмоциональных состояний. Можно выделить несколько уровней, на которых возникает чувство тревоги. На психологическом уровне тревожность – это стресс, напряжение и ощущаемая неуверенность, беспомощность, бессилие, тревога, одиночество, надвигающаяся неудача, невозможность принять решение, переживание. На физиологическом уровне реакция тревоги может проявлять себя в тахикардии, то есть учащенное сердцебиение, увеличении частоты дыхательных движений, увеличении микроциркуляции в организме, повышении артериального давления, общей возбудимости, повышении порога чувствительности к снижению тонуса [15, с.96]. Кроме того, выделяют несколько разновидностей тревожности. Во-первых, это устойчивая тревожность, которая проявляется в какой-либо сфере, она может быть тестовая, экзаменационная, межличностная, ее можно обозначить как специфическую. Во-вторых, это общая или генерализованная тревожность, которая может менять объекты в зависимости от изменения их значимости для человека. В-третьих, это частная тревожность, которая может являться лишь формой выражения общей тревожности. Тревожность как сигнал об опасности дает возможность достичь наилучших результатов, мобилизуя свой организм, обращая внимание на возможные трудности, препятствия на пути достижения целей, содержащихся в ситуации. Поэтому нормальный или оптимальны уровень тревожности, является необходимым для эффективной адаптации. Слишком высокие уровни рассматриваются как общая дезадаптация организма, проявляющаяся в легком нарушении поведения и деятельности. В изучении проблемы процесса тревожности можно рассматривать полное отсутствие тревоги, как явление, которое препятствует нормальной адаптации, точно так же как, и повышенная тревожность мешает нормальной продуктивной деятельности. Тревожность можно рассматривать как свойство темперамента, когда в качестве факторов

признаются природные предпосылки – свойства нервной и эндокринной системы (Н.Н. Данилова, 1992; В. С. Мерлин, 1986; Я. Рейковский, 1979). Школа В. С. Мерлина провела ряд исследований, сравнивающих тревогу - "психическую динамику" и "ожидание тревоги для социального общения", которые авторы описывают как свойство темперамента [14, с.86].

Теоретически, как подчеркивают многие авторы, разница между тревогой и страхом проста. Страх – это реакция на конкретную угрозу. Тревога-это состояние неприятного предчувствия, которое не имеет видимой причины, то есть причина существует только в уме человека. Однако при конкретных условиях напряжения в конкретном случае разницу определить несколько сложно. Бывает сложно сказать, наблюдаемая реакция – это страх или тревожность, так же сложно определить, чего больше, страха или тревоги, а также, в какой момент тревожность превосходит страх, или наоборот. Объективный подход к страху и тревоге для того, чтобы различить данную реакцию является реальным, безусловный риск для соответствующей и разумной реакции самосохранения, или стимул и ответ дисбаланса. Тот же самый стимул может быть неуместным для других, если одного человека может быть достаточно, чтобы вызвать страх для любого стимула. По мере увеличения дисбаланса становится все более очевидным, что источником влияния является сам человек. Дифференциация страха и тревожности, основанная на способности субъекта, в наличии или отсутствии и рисках эффективно справляться с желанием представить поведенческие реакции на предлагаемое использование. Тревога в этом случае определяется как состояние беспомощности перед лицом внешних угроз, а также определяется как страх, в котором человек находится в состоянии воздействия, действующего умышленно по отношению к угрозе [2, с.40]. Взгляды на эти вопросы связывают тревогу с ситуациями внешнего риска и требуют решения вопросов обоснованности и эффективности поведенческих реакций. Детский страх перед современными детьми является очень серьезной проблемой. Также в отличие от многих других детских проблем, о страхе нельзя утверждать, что

это скоро пройдет. Если ребенок растет, страх растет вместе с ним. Когда дети становятся старше, они развивают свое воображение. Фильмы, книги, компьютерные игры, аудиокниги и реальные события дают настоящую пищу для фантазии. И если ребенок легко подвержен неврозам, фантазия против него. Страх становится все более живым и агрессивным. Жаль, что родители даже не подозревают, что их дети страдают от страха. Большинство детей не делятся своим опытом со взрослыми. Они стесняются, потому что выглядят трусами, а другие так боятся, что дискуссии на эту тему не выдерживают. Страх, как известно, дает беспокойство в ответ на реальные или вымышленные угрозы. В зависимости от ситуации страх бессознателен, а в других отношениях страх – это своего рода жизненный опыт. Дети могут бояться несчастья, наказания, животных, своих фантазий. В то же время, страх выполняет защитную функцию. Другими словами, страх действует как средство самоконтроля и саморегуляции. Двусмысленность может быть выражена как неопределенность, неопределенность, возбуждение и тревога, страх и тревога. Большое количество детских страхов может быть обусловлено возрастом. Но есть и другой вид страха – невротический. Он основан на психическом смятении и травмах, непонимании возрастных проблем детей у взрослых, жестоком обращении, разногласиях в семье, подозрительных родителях. В таких случаях страх становится патологическим. Страх всегда был самой распространенной вещью в человеческом разуме. То же самое верно и сегодня. Животные чувствуют то же самое, закон борьбы за существование господствует в их жизни, и этот закон – закон страха. Вокруг нас мир вечен и постоянно борется и в то же время неизбежна борьба товарища в страхе. Этот человек не мог даже избежать смертельного ярма контролирующих животных, рожденный из страха, воспитанный в благоговении. Первобытный человек был почти напуган. Он боялся диких животных, которые были слабее его. Он боялся обычного природного явления, боялся семьи враждебных соседей и боялся сильных, незнакомых людей другого племени, боялся сильных и придиричивых богов и различных духов. Без сомнения, возможно не было

весомого повода для страха, но понадобилось не много везения, и его существование было полно веселья и счастья. Но это было похоже на миф. Страх всегда управлял людьми [10, с.20].

1.3. Роль медицинской сестры в подготовке пациентов дошкольного возраста и их родителей перед оперативным вмешательством

Психологическая подготовка детей дошкольного возраста к оперативному вмешательству является одной из важных прямых обязанностей медицинской сестры, так как от этого зависит дальнейшее здоровье ребенка. Медицинская сестра должна внимательно относиться к больному ребенку, оказывать ему должный уход и психологическую подготовку. При подготовке детей в возрасте от трех до семи лет нужно правильно подбирать слова для объяснения, иначе неправильный подход может спровоцировать ряд фобий, таких как встречи с различными сотрудниками, масками и халатами, болью, анестезией, отсутствием контроля, инвазивными процедурами. Медицинская сестра должна доступно объяснить ребенку, что ждет его в больнице, стараясь не использовать научные термины. Необходимо расспросить ребенка о том, что его беспокоит, чего он боится в данный момент. Детям от трех до семи лет нужно время для того, чтобы осознать происходящее и составить схему будущих событий. Для детей этого возраста характерны боязнь нарушения телесной целостности, боязнь боли и повреждений. Нужно доступно объяснять ребенку, что его внешность не поменяется, никаких увечий не будет, нельзя обманывать, рассказывать, что больно не будет. Но и пугать не стоит, можно напомнить ребенку о том, как он сдавал кровь на анализ, порезал палец или разбил коленку. Он должен понять, что было больно, но все прошло, так же будет и после оперативного вмешательства. Так же для детей этого возраста характерно фантазирование, причем в предоперационном периоде воображение может рисовать страшные картины, которые будут отличаться от реальности. Это нужно контролировать и корректировать путем обсуждения с ребенком его

чувств, эмоций, рассказывать, как и что будет происходить. У детей дошкольного возраста может возникнуть ощущение того, что операция - это наказание за неправильные поступки, а также чувство вины за свое заболевание. Перед медицинской сестрой стоит задача донести до ребенка, что заболеть может каждый, в этом нет его вины, а для того что бы скорее выздороветь, нужно соблюдать все назначения врача [3, с.103].

В ситуациях, когда ребенку предстоит хирургическое оперативное вмешательство, психологическая поддержка немаловажна и для его родителей. Медицинская сестра должна рассказать родителям, что возможны изменения местных тканей в послеоперационном периоде, её отечность, микрогематомы, болезненность, а также объяснить родителям, что в послеоперационном периоде ребенок будет сонным, поскольку существует постнаркозная депрессия ЦНС [1, с.36]. Родителям ни в коем случае не стоит скрывать предстоящую операцию и говорить о том, что больно не будет, обман – это худшая стратегия. Ребенка нужно подготовить к тому, что будет больно, но это необходимо для того, чтобы в дальнейшем улучшилось его здоровье. Ребенок должен ощущать постоянную поддержку родителей, поэтому приветствуется постоянное пребывание родителей в стационаре. Для облегчения эмоционального состояния маленького пациента медицинская сестра должна объяснить родителям, что нужно обсуждать с ребенком его чувства, эмоции, не принижать их значение. Немаловажно рассказывать о своих эмоциях, об опыте хирургических вмешательств [11, с.240].

Для того чтобы ребенку было легче переживать предоперационный период, медицинская сестра может использовать методы арт-терапии, предложить ему нарисовать свои чувства и ощущения: страх, боль, а затем избавиться от них, порвав рисунок. Для пациентов дошкольного возраста необходима поддержка значимых взрослых, таких как родители и медицинская сестра. Нужно находиться рядом, внимательно слушать жалобы, реагировать на страхи, отвлекать, создавать условия для восстановления детского организма и снижения появления возможных психологических осложнений из-за

госпитализации. Не все родители понимают то, что могут сами отрицательно настраивать ребенка, еще до госпитализации. Это может выражаться бессознательно в тревожной интонации, беспокойстве, нервозности. Кроме того, некоторые родители обманывают детей, заверяют их, что больно не будет и им ничего не сделают. Обманутый ребенок на операции будет проявлять агрессию, а потом может стать недоверчивым и боязливым. При такой тактике родители могут лишиться доверия своего ребенка [4, с.102].

Медицинская сестра может объяснить ребенку, что существует особый врач, называемый анестезиологом, который предоставляет специальные препараты, предназначенные для того чтобы глубоко спать и ничего не чувствовать во время операции. Кроме того, детям дошкольного возраста также необходимо усвоить, что будет пробуждение от наркоза. В этом возрасте неизвестное невыносимо и страшно для детей, поэтому медицинской сестре важно обеспечить их объяснениями; понятными и простыми, насколько это возможно. Так же опасение у дошкольников перед операцией может быть связано с отделением от родителей. Поэтому медицинская сестра должна объяснить, что, когда ребенок проснется после операции, родители будут рядом с ним. Медицинская сестра может порекомендовать родителям обеспечить ребенка любимой игрушкой, куклами, это поможет отвлечься от негативных мыслей. Кроме того, страхи детей дошкольного возраста могут быть связаны с иглами, ножами, повреждениями ими. Поэтому медицинская сестра должна дать рациональную информацию перед оперативным вмешательством о том, что медицинские инструменты предназначены для решения проблемы по улучшению здоровья, а не для повреждения тела или причинения боли. Вокруг ребенка нужно создать обстановку безопасности и расслабления. Медицинская сестра должна понимать и принимать страхи и эмоциональное состояние ребенка. Не нужно пытаться убедить не бояться, дошкольникам нужно давать выражать свои эмоции, это поможет в предотвращении возникновения страха. Так же медицинской сестре следует поощрять ребенка задавать волнующие его вопросы, рассказывать о том, что будет происходить – это поможет

предотвратить возможное возникновение дополнительных страхов и негативных эмоций [6, с.68].

Медицинская сестра должна оказать помощь родителям в преодолении тревожности и волнения за исход предстоящей операции. Можно дать рекомендацию обратиться за консультацией к специалисту, который поможет родителям освободить место для положительных эмоциональных процессов, обучит их методикам, помогающим в борьбе со стрессом и негативными эмоциями. Страхи и тревожность родителей не должны передаваться ребенку, так как это может вызвать дополнительные осложнения в исходе операции. Медицинская сестра должна донести до родителей их ответственность за эмоциональное состояние их ребенка. Медицинская сестра может наблюдать за изменением эмоционального состояния дошкольника в играх, которые показывают разнообразие их воображения. Часто перед оперативным вмешательством могут появляться страшные отрицательные образы, это может говорить о том, что ребенка одолевают опасения и страхи. Поэтому перед медицинской сестрой стоит задача - дать ребенку как можно точную картину того, что с ним будет происходить. Для того чтобы ребенок чувствовал себя комфортно, нужно создать ему безопасную атмосферу. Кроме того, важным аспектом является понимание его страхов – это нормальные чувства. Страх ребенка оправдан, и не следует отнимать его, не убеждать его не бояться, а просто дать ему возможность выразить свои эмоции, чтобы не сдерживать его и предотвратить возникновение страха. Медицинской сестре следует поощрять ребенка задавать вопросы. Для того, чтобы не проявились дополнительные страхи, нужно больше говорить о событиях, которые должны произойти [12, с.90].

Многие тревожные мысли сопровождают родителей в предоперационный период, и их задача - не передать ребенку страхи, которые могут привести к дополнительным осложнениям. Кроме того, родители могут получить психологическое консультирование, помогающее им справиться с ситуацией, чтобы освободить место для конструктивных эмоциональных процессов,

выяснить вместе, что происходит с их ребенком, обучая их инструментам, помогающим справиться со стрессом и давлением вокруг операции. Все они могут более эффективно помочь самому ребенку. Необходимо наблюдать за детьми в играх, демонстрирующих обилие воображения, таких как принцессы, пираты, рыцари и т. д., в ходе которых могут появиться тусклые негативные образы перед операцией, свидетельствующие о страхе и боязни. Поэтому нужно дать наиболее точную картину ситуации в кратком описании для ребенка. Дети дошкольного возраста, в принципе, часто считают, что их медицинские проблемы и операции наказание за какие-либо проступки. Они не всегда осознают это или полностью понимают, что думают. Но они будут чувствовать вину за то, что происходит. Поэтому медицинской сестре нужно объяснять им, что проблемы со здоровьем – это не наказание за поведение ребенка. Операция – это средство для улучшения его состояния и устранения существующей проблемы. Различные операции могут быть результатом развития заболеваний, которые требуют хирургического вмешательства. Если заболевание генетическое, многие родители чувствуют себя виноватыми, что приводит к дополнительным трудностям. Родители на интеллектуальном уровне могут понимать, что не виноваты, но они эмоционально осуждены и должны найти баланс между чувствами и мыслями. Очень часто родителей может посещать чувство беспомощности. Они страдают от мучительной боли, потому что ничего не могут сделать для своего ребенка. Это действительно неприятно и больно, поэтому часто родители хотят взять все страдания ребенка на себя. В конце концов, каждый родитель обещает защитить его во все времена и обещания останутся в его сердце [8, с.160].

Медицинская сестра, проводя психологическую подготовку должна отрегулировать уровень объяснения соотносительно уровню развития ребенка, в зависимости от стадии понимания языка, уровня абстрактного мышления и конкретного понимания ребенка. Можно использовать различные методики, такие как игры, в слова «как будто», куклы или книги, вы можете говорить на языке ребенка и объяснить процесс, который ему предстоит пройти. Дети всех

дошкольного возраста лучше справляются с предстоящим оперативным вмешательством, когда они знают, что произойдет. Медицинская сестра должна помочь ребенку понять, почему ему необходима операция, объяснить, что он может чувствовать себя в безопасности и в благоприятных условиях в стенах больницы. Можно провести экскурсию по отделению, чтобы показать ему форму сотрудников, устройства, отвечающие за операцию, трубки для переливания, это может помочь морально подготовиться. Эффективность детского восприятия увеличивается, если сопровождается фотографиями и возможностью вживую ознакомиться с вещами. Не используйте угрожающие слова или страшные фразы, такие как доктор порежет вас или зашить. Нужно объяснять, что врач будет решать эту проблему, и что многие дети имеют те же проблемы, и все они идут в больницу для лечения. Дети часто боятся, что их родители не скажут им правду, и они боятся, что все будет хуже, чем они сказали им. Для возникновения доверия нельзя обманывать или вводить в заблуждение ребенка и как можно больше рассказывать ему правду понятными словами. Медицинская сестра может подкреплять объяснения книгами, которые соответствуют возрасту ребенка, предназначенными для подготовки детей к операции и анестезии. Кроме этого, она может организовать совместное чтение с родителями, после этого обсуждать различные проблемы и сделать предстоящее хирургическое мероприятие менее пугающим. Так же с детьми дошкольного возраста можно использовать метод игры в куклы и мягкие игрушки, ухаживать за ними с помощью игрушечных медицинских принадлежностей. Медицинская сестра должна объяснять родителям, что их словесные объяснения зависят от тона, который они используют, интонации, выражения лица, языка тела, который может передавать чувство спокойствия ребенку. Так же медицинская сестра может советовать применять методы релаксации, и образы управления, предназначенные для снижения стресса и эффективного преодоления психологического давления перед операцией. Расслабление, глубокое дыхание и техники релаксации мышц с помощью системы тела, чтобы успокоить и контролировать чувства тела, чтобы

увеличить внимание. Это возможно через визуализацию положительных образов и приятных воспоминаний. Дети дошкольного возраста богаты воображением и визуализируют возможности, потому что они физически или умственно болезненны, когда реальность и фантазии могут разъединиться. В процессе предоперационной подготовки медицинская сестра может научить ребенка представлять замораживание боли или наоборот, согреть замороженное место, держась за мамину руку, когда он будет находиться в операционной комнате. Кроме того, больные дети могут вызывать чувство жалости, отчаяние, боль. Тем не менее, сами дети дошкольного возраста живут здесь и сейчас, часто не чувствуют себя подавленными, им хочется смеяться и быть счастливым, даже если они находятся в тяжёлом состоянии. Родители часто могут казаться неестественными, потому что их мысли постоянно заняты ситуацией и ее последствиями. Но медицинская сестра должна им объяснить, что они обязаны стараться, для того чтобы не позволить негативным эмоциям поглотить себя. Все дело в правильном восприятии, ведь когда в хирургическом отделении слышен счастливый смех детей – это часто является самым трудным психологическим переживанием. Кроме того, медицинская сестра может улучшить силы ребенка путем умножения способов преодоления тревоги и страха, сделать его не жертвой, а героем, как дома, так и в школе. Это может помочь быстрее вернуться к нормальному образу жизни для детей, перенесших операцию. В этот период главной радостью ребенка может стать игра. Через нее можно выражать свои чувства, в том числе и агрессию. Медицинская сестра может порекомендовать родителям, принести любимые игры ребенка, тем самым поощряя его вернуться к стабильности, несмотря на самые большие проблемы, с которыми он сталкивается [11, с.134].

Важно, чтобы ребенок дошкольного возраста чувствовал себя частью коллектива как дома, в школе, физически и умственно. Если он чувствует, что его потребности, такие как желание встать с постели, удовлетворены, когда есть человек, который выслушает, когда он плачет, когда есть родитель, на которого можно выплеснуть гнев, и тому подобное, то ему легче собраться с

силами и восстановиться как можно быстрее после операции. В том случае, когда серьезное заболевание с последующим оперативным вмешательством требует длительной госпитализации, важно вовлечь ребенка в жизнь школы. Медицинская сестра может предложить родителям организовать визиты друзей и учителей, организовать получение домашних заданий, так что ребенок может почувствовать связь с реальным миром. Так же медицинская сестра должна настраивать родителей, что если в их семье присутствуют еще дети, то нельзя их забывать. Часто страдающий, госпитализированный ребенок становится центром внимания всей семьи, но другие члены семьи остаются забытыми. Неважно, старшие или младшие дети – необходимо дать им место в игре, определить роль, и удостовериться, что они понимают происходящее. Нужно учить заботе о своих братьях, и конечно, могут возникать смешанные чувства, и очень важно, чтобы все члены семьи по-прежнему были вместе [5, с.89].

Итак, исследование теоретических основ возникновения тревожности у детей дошкольного возраста перед оперативным вмешательством позволило сделать нам следующие выводы.

Проблема тревожности значительно распространена у детей дошкольного возраста в предоперационном периоде. Тревожность считается переживанием эмоционального дискомфорта, связанного с прогнозом острой опасности. На психологическом уровне тревожность – это стресс, напряжение и ощущаемая неуверенность, беспомощность, бессилие, тревога, одиночество, надвигающаяся неудача, невозможность принять решение, переживание. На физиологическом уровне реакция тревоги может проявлять себя в тахикардии, то есть учащенное сердцебиение, увеличении частоты дыхательных движений, увеличении микроциркуляции в организме, повышении артериального давления, общей возбудимости.

ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ ТРЕВОЖНОСТИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПЕРЕД ОПЕРАТИВНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ

2.1. Методологическая основа исследования

Наше исследование проводилось на базе хирургического отделения №1 ОГБУЗ «Детской областной клинической больницы». Для опроса использовалась шкала тревожности Гамильтона. В опросе приняли участие 40 респондентов: 20 респондентов – это дети дошкольного возраста, которые подверглись оперативному вмешательству в хирургическом отделении №1, 20 респондентов – контрольная группа, дети из МБДОУ детский сад №40, которые не подвергались оперативным вмешательствам. Учитывая возраст детей 3-7 лет, в опросе так же принимали участие родители.

По данным статистики ОГБУЗ «Детской областной клинической больницы» г. Белгорода пациентам от 3 до 7 лет в 2018 г было проведено 7381 операций, в 2017 г – 6505 операций, 2016 г – 5820 операций (Рис.1).

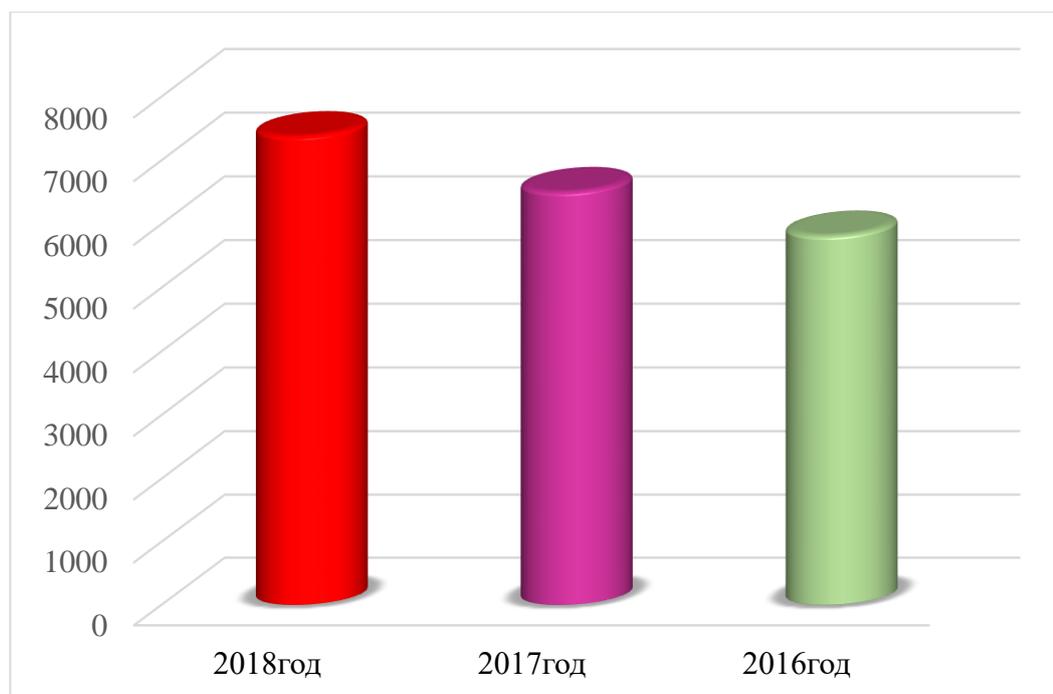


Рис.1. Распространенность оперативных вмешательств в ОГБУЗ «Детской областной клинической больницы» г. Белгорода 2016-2018 гг.

Из общего числа проведенных оперативных вмешательств в 2018 году на долю операций, проведенных на нервной системе, в том числе удаление травматической внутричерепной гематомы, очага ушиба, вдавленного перелома черепа, устранение дефекта черепа и лицевого скелета, приходится 52, что составило 1%, на органах зрения – 508 (11%), на органах брюшной полости 902 (16%), на органах уха, горла, носа – 2685 (48%), на органах дыхания – 102 (2%), на костно-мышечной системе – 1270, что составило 22% (Рис.2).



Рис.2. Анализ статистики оперативных вмешательств в хирургическом отделении №1 ОГБУЗ «Детской областной клинической больницы» г. Белгорода на 2018 год

2.2. Анализ результатов исследования

Проанализировав полученные данные согласно шкале тревожности Гамильтона, мы пришли к следующим результатам.

По шкале тревожности Гамильтона, которую мы использовали в нашем исследовании, первый вопрос был направлен на выявление подавленного настроения. В ходе исследования выяснилось, что подавленное настроение присутствует у 45% детей, которые подверглись оперативному вмешательству (Рис.3).

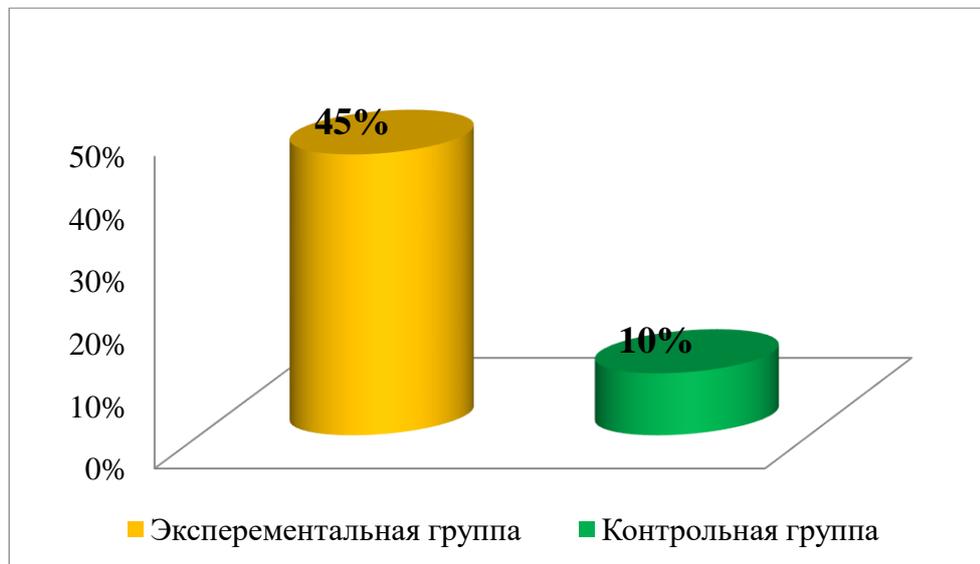


Рис.3. Присутствие подавленного настроения среди детей дошкольного возраста

Из диаграммы можно сделать вывод, что дети, не подвергавшиеся оперативным вмешательствам, практически не испытывают подавленного настроения, что составило 10%, в отличие от детей, перенесших операцию – 45%.

Следующий вопрос был направлен на выявление чувства вины. В ходе нашего исследования выяснилось, что чувство вины испытывают 60% детей, подвергшихся оперативным вмешательствам, это связано с тем, что дети считают себя виноватыми в своей болезни, чувствуют себя обузой для семьи (Рис.4).

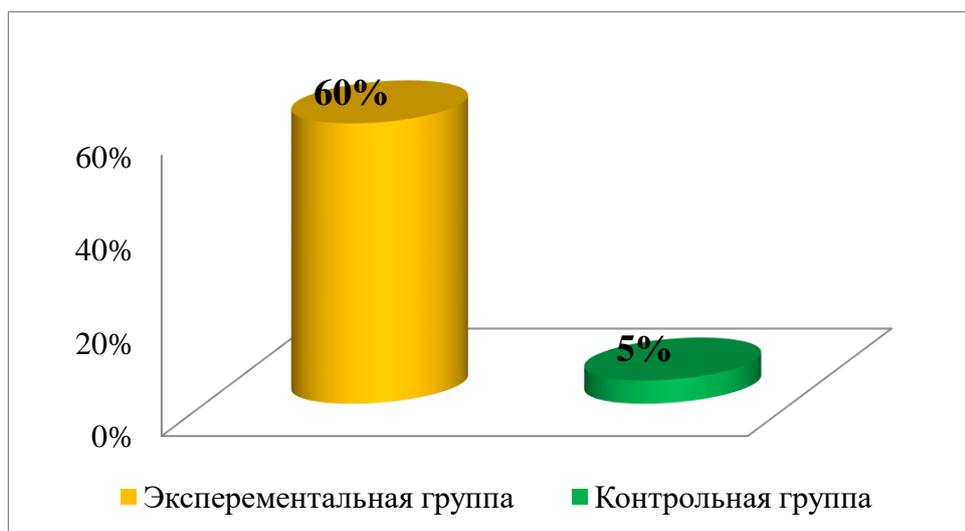


Рис.4. Присутствие чувства вины у детей дошкольного возраста

Из диаграммы можно сделать вывод, что дети, не подвергавшиеся операциям, не испытывают чувства вины, что составило 5%, в отличие от детей, подвергшихся оперативному вмешательству – 60%.

Следующие три вопроса согласно шкале тревожности Гамильтона, были направлены на выявление бессонницы. Третий вопрос направлен на выявление трудностей при засыпании. В ходе исследования мы выяснили, что трудности при засыпании испытывают 30% детей, подвергшихся оперативному вмешательству (Рис.5).

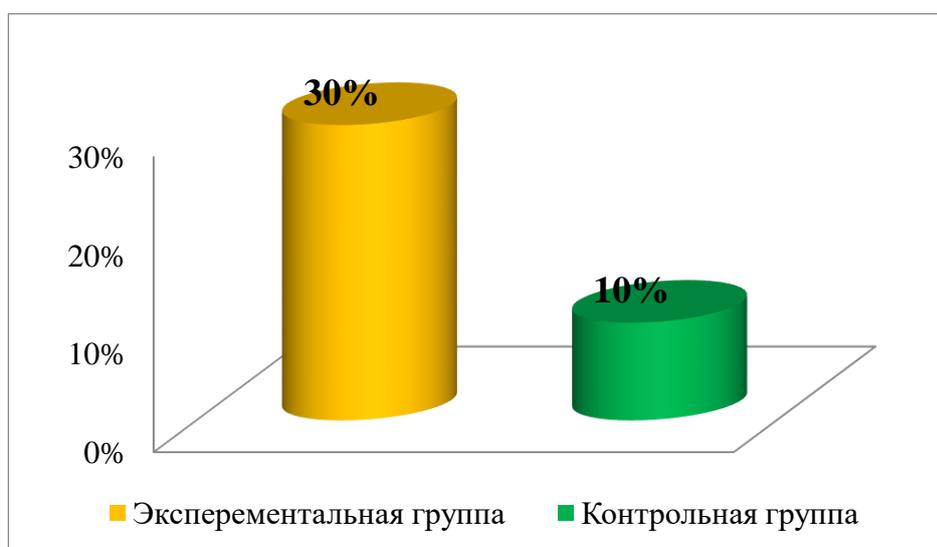


Рис.5. Трудности при засыпании у детей дошкольного возраста

Из диаграммы можно сделать вывод, что дети, не подвергавшиеся оперативным вмешательствам, практически не испытывают трудностей при засыпании, что составило 10%. Так в отличие от них, дети, перенесшие операцию, испытывают некоторые трудности при засыпании – 30%, что может быть связано с внутренними переживаниями и эмоциональным перенапряжением.

Четвертый вопрос был направлен на выявление многократных пробуждений во время ночного сна. Исходя из полученных результатов, мы выяснили, что многократные пробуждения присутствует у 45% детей, подвергшихся хирургическим оперативным вмешательствам. (Рис.6).

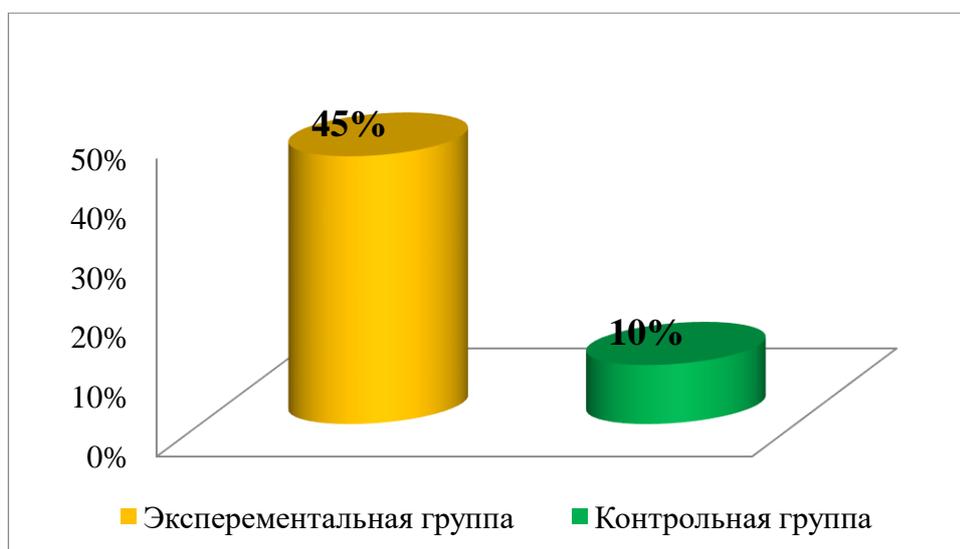


Рис.6. Присутствие многократных пробуждений среди детей дошкольного возраста

Из диаграммы можно сделать вывод, что дети дошкольного возраста, которые не подвергались оперативным вмешательствам, не испытывают многократные пробуждения во время ночного сна, что составило 10%. В отличие от детей, которые подверглись оперативным вмешательствам – 45%, что может быть связано с беспокойством и возбуждением на фоне страшных сновидений.

Пятый вопрос был направлен на выявление ранних пробуждений. Согласно полученным результатам выяснилось, что ранние пробуждения наблюдается у 40% детей, подвергшихся оперативным вмешательствам (Рис.7).

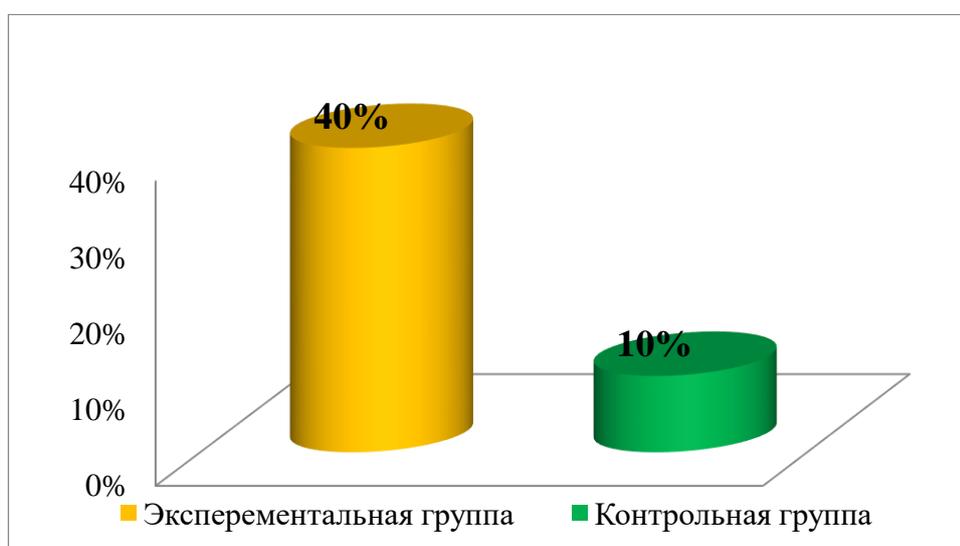


Рис.7. Присутствие ранних пробуждений у лиц дошкольного возраста

Из диаграммы можно сделать вывод, что дети дошкольного возраста, не подвергавшиеся оперативным вмешательствам, не страдают ранними пробуждениями, что составило 10%. В отличие от детей, которые подвергались оперативным вмешательствам – 40%, что может быть связано с сильными эмоциональными переживаниями, потрясениями.

Следующий вопрос был направлен на выявление заторможенности, то есть замедленность мышления и речи, нарушение способности концентрировать внимание, снижение моторной активности. В ходе нашего исследования заторможенность была выявлена у 35% респондентов, которые подвергались оперативному вмешательству (Рис.8).

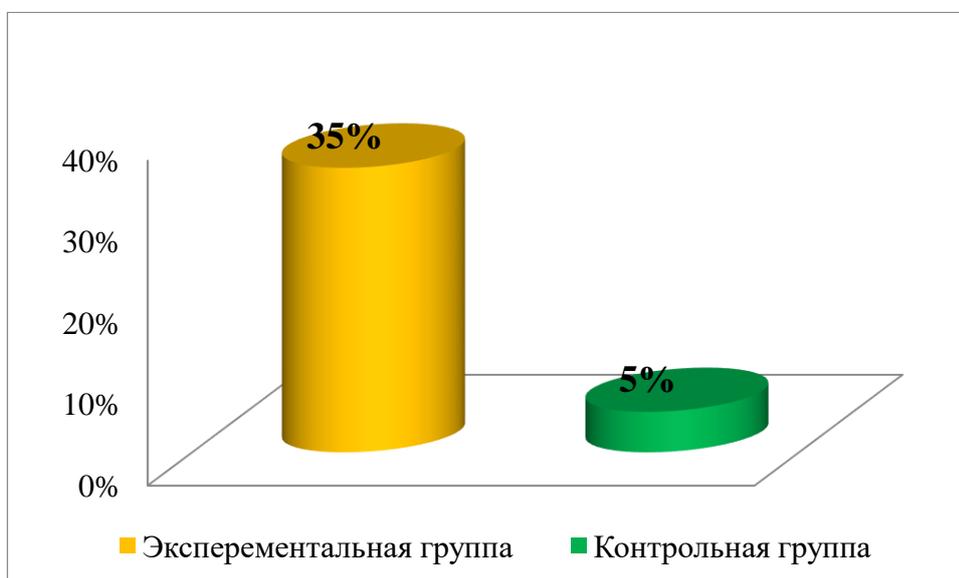


Рис.8. Присутствие заторможенности среди лиц дошкольного возраста

Из диаграммы можно сделать вывод, что дети, не подвергавшиеся операции, не испытывают заторможенность, что составило 5%, в отличие от детей, которые перенесли операцию – 35%, что возможно связано с сильным эмоциональным потрясением от происходящего.

Следующий вопрос согласно шкале Гамильтона был направлен на выявление ажитации, то есть беспокойные движения руками, тербление волос, неусидчивость, постоянное перебирание руками, покусывание ногтей. В ходе нашего исследования выяснилось, что ажитация наблюдается у 30% детей, подвергшихся оперативному вмешательству (Рис.9).

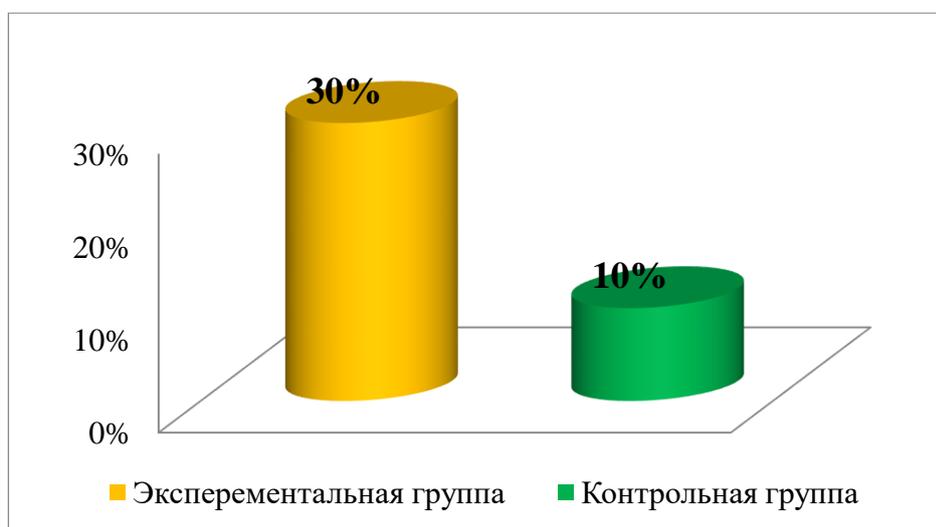


Рис.9. Присутствие ажитации среди лиц дошкольного возраста

Из диаграммы можно сделать вывод, что дети дошкольного возраста, не подвергавшиеся оперативному вмешательству, меньше подвержены ажитации, что составило 10%. В отличие от этого, 30% детей, перенесших операцию подвержены ажитации, что может быть связано с сильным эмоциональным возбуждением, которое сопровождается чувством тревоги и страха.

Следующий вопрос был направлен на выявление психологической тревоги, которая включает в себя субъективное напряжение и раздражительность, тревога, выражающаяся в выражении лица и речи. Согласно полученным результатам в ходе нашего исследования соматическая тревога была выявлена у 70% детей, подвергшихся оперативному вмешательству (Рис.10).

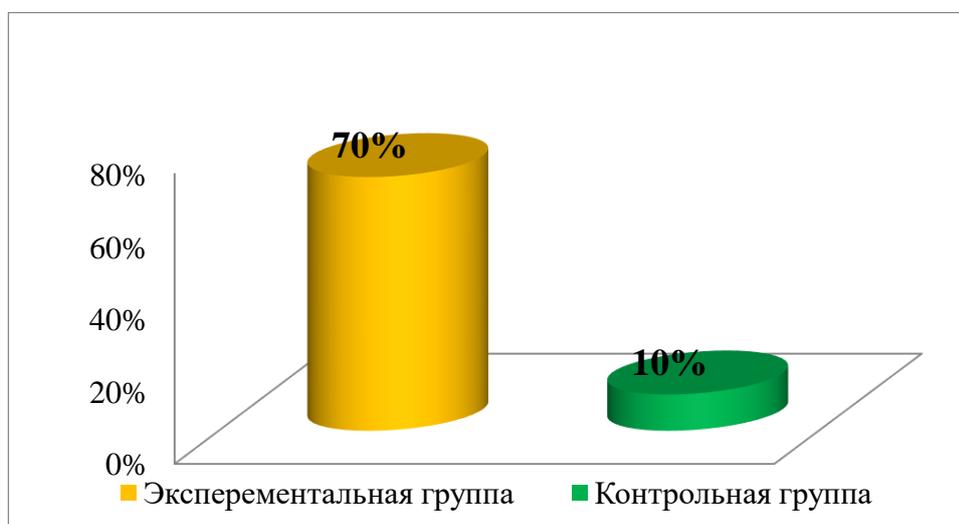


Рис.10. Присутствие психологической тревоги среди респондентов

Из диаграммы можно сделать вывод, что психологическую тревогу почти не испытывают дети дошкольного возраста, которые не подвергались оперативным вмешательствам, что составило 10%. В отличие от 70 %детей, подвергшихся оперативному вмешательству, что может быть связано с сильным эмоциональным потрясением и внутренними переживаниями.

Следующий вопрос был направлен на выявление соматической тревоги, основными проявлениями которой являются сухость во рту, метеоризм, диспепсия, диарея, спазмы, отрыжка, сердцебиение, головные боли, гипервентиляция, одышка, учащенное мочеиспускание, повышенное потоотделение. В результате нашего исследования соматическая тревога была выявлена у 60% пациентов детского возраста, которые подверглись оперативному вмешательству (Рис.11).

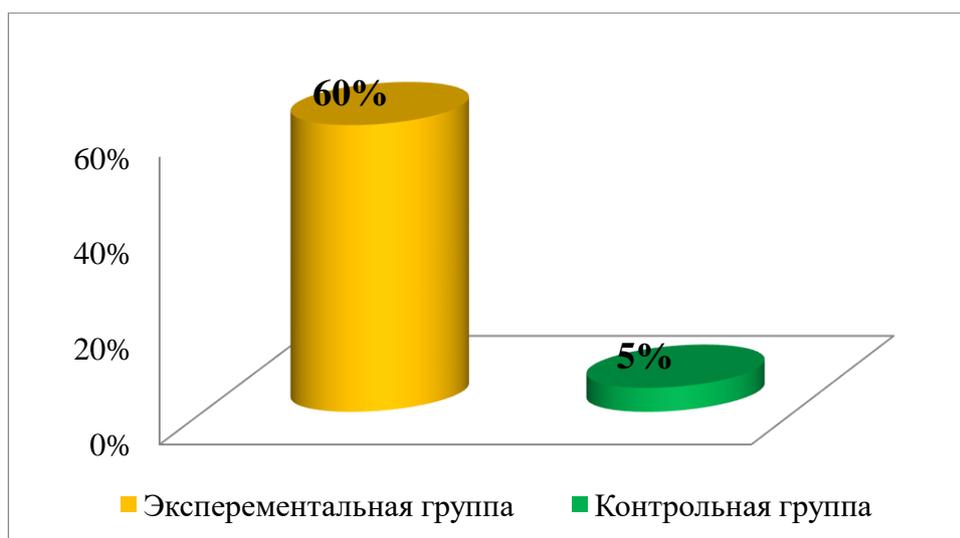


Рис.11. Присутствие соматической тревоги среди лиц дошкольного возраста

Из диаграммы можно сделать вывод, что дети дошкольного возраста, не подвергавшиеся оперативному вмешательству, не испытывают соматическую тревогу, в отличие от 60% детей, подвергшихся операции, что может быть связано с длительно переживаемыми тревожными мыслями.

Следующий вопрос был направлен на выявление желудочно-кишечных соматических симптомов, в том числе утрата аппетита, но с приемом пищи без принуждения, тяжесть в животе, наблюдается у 55% детей дошкольного возраста, подвергшихся оперативному вмешательству (Рис.12).

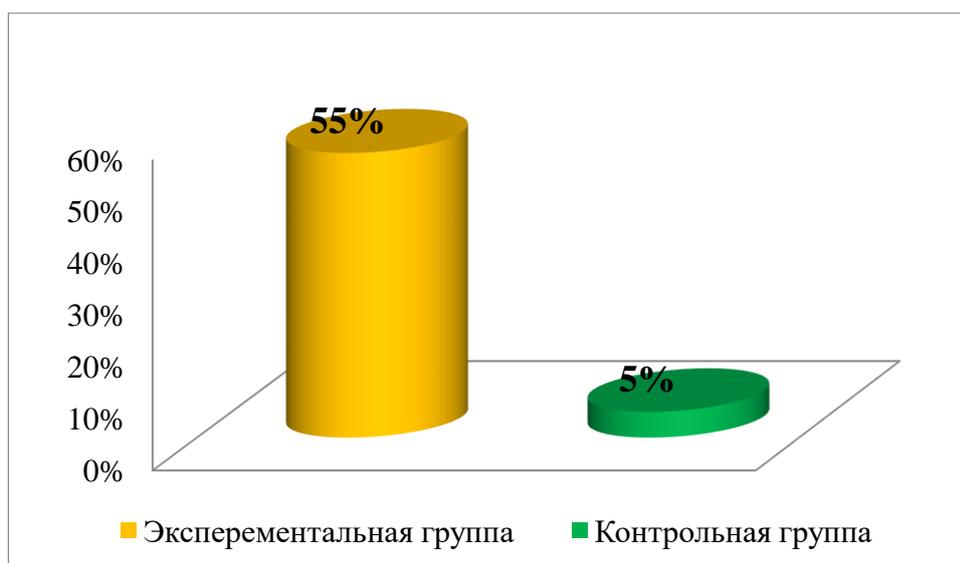


Рис.12. Присутствие желудочно-кишечных симптомов среди лиц дошкольного возраста

Из диаграммы можно сделать вывод, что дети дошкольного возраста, не подвергавшиеся оперативным хирургическим вмешательствам, не страдают желудочно-кишечными симптомами, в отличие от них, 55% детей, перенесших операцию, подвержены возникновению желудочно-кишечных симптомов, что может быть связано с постоянными нервными переживаниями.

Следующий вопрос был направлен на выявление общих соматических симптомов, таких как тяжесть в конечностях, спине, голове, мышечные боли, чувство утраты энергии или упадка сил (Рис.13).

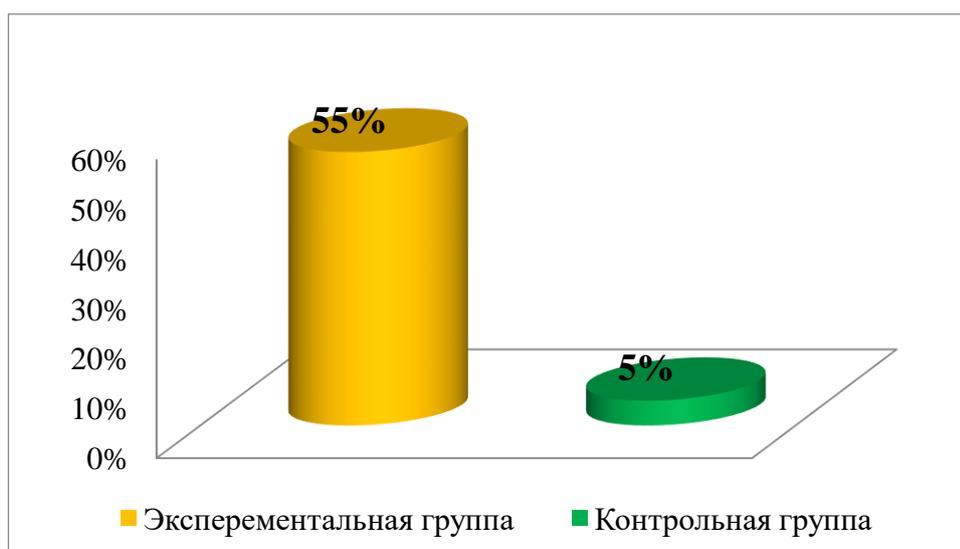


Рис.13. Присутствие общих соматических симптомов среди лиц дошкольного возраста

В ходе нашего исследования общие соматические симптомы наблюдались у 45% детей, подвергшихся оперативному вмешательству. Из диаграммы можно сделать вывод, что общие соматические симптомы не выражены у детей дошкольного возраста, которые не подвергались оперативным вмешательствам.

Следующий вопрос, согласно шкале тревожности Гамильтона, был направлен на выявление ипохондрии, то есть болезненно-угнетенное состояние или мнительность. Согласно результатам, полученным в ходе нашего исследования, ипохондрия присутствует у 35% пациентов дошкольного возраста, подвергшихся оперативному вмешательству (Рис.14).

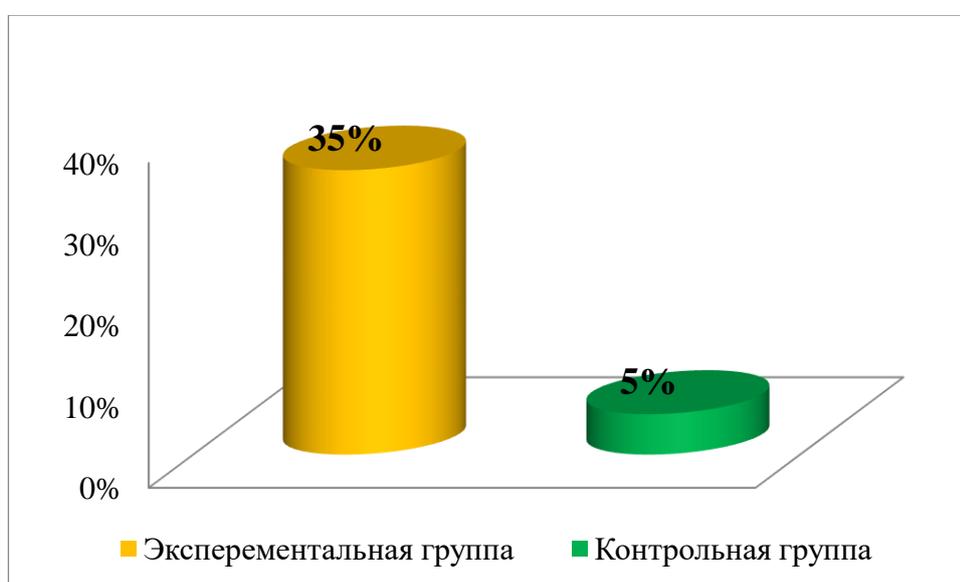


Рис.14. Присутствие ипохондрии среди лиц дошкольного возраста

Из диаграммы можно сделать вывод, что склонность к ипохондрии не проявляется среди детей дошкольного возраста, которые не подвергались оперативному вмешательству. В отличие от 35% детей, которые перенесли операцию, что возможно связано с повышенным эмоциональным напряжением и постоянными переживаниями по поводу своего состояния.

Следующий вопрос согласно шкале тревожности Гамильтона, был направлен на выявление потери в весе менее 0,5 кг в неделю. В ходе нашего исследования выявилось, что потеря в весе из данных анамнеза менее 0,5 кг в неделю наблюдается у 20% пациентов дошкольного возраста, подвергшихся оперативному вмешательству (Рис.15).

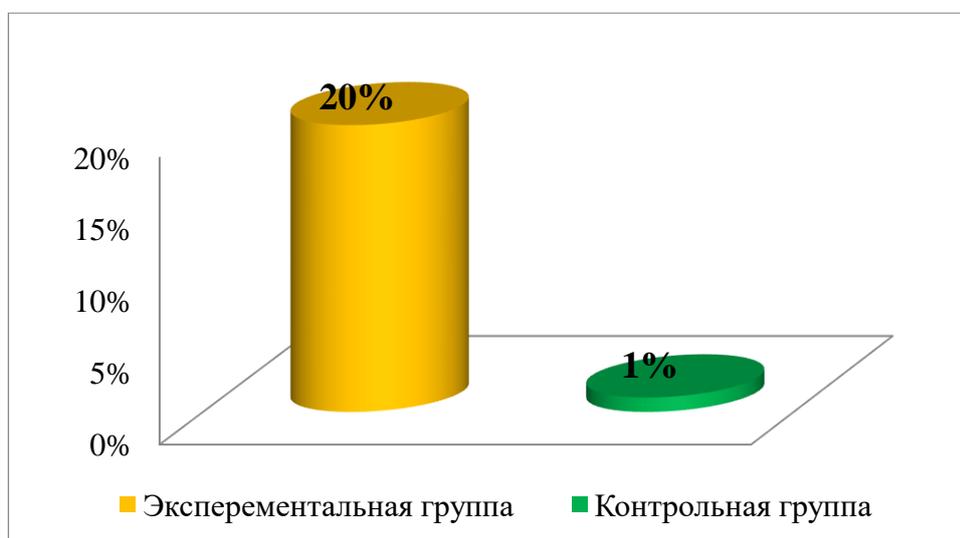


Рис.15. Потеря в весе среди лиц дошкольного возраста

Из диаграммы можно сделать вывод, что детям дошкольного возраста, не подвергавшимся оперативным вмешательствам, не свойственна потеря в весе менее 0,5 кг в неделю. В отличие от того, что у 20% детей, подвергавшихся оперативному вмешательству, наблюдается потеря в весе менее 0,5 кг в неделю, что может быть связано с потерей аппетита на фоне сильных переживаний.

Следующий вопрос был направлен на выявление критического отношения к болезни. В ходе нашего исследования выяснилось, что критическое отношение к болезни проявляется у 55% детей, которые подверглись оперативному вмешательству (Рис.16).

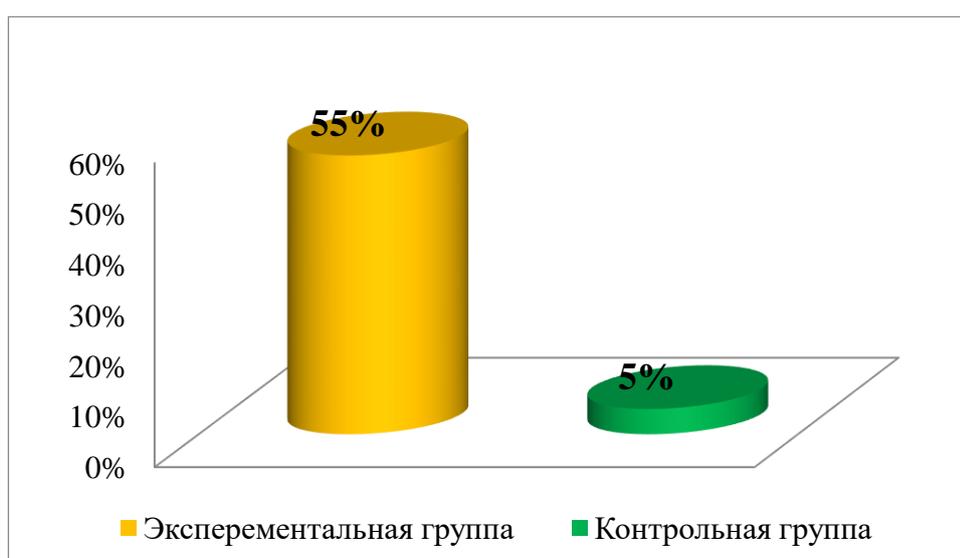


Рис.16. Присутствие критического отношения к болезни среди лиц дошкольного возраста

Из диаграммы можно сделать вывод, что дети дошкольного возраста, не подвергавшиеся оперативным хирургическим вмешательствам, не испытывают критического отношения к своему состоянию, в отличие от 55% детей, которые перенесли операцию. Это может быть связано с тем, что дети имеют пессимистический настрой на свое выздоровление.

В ходе нашего исследования экспериментальной группы согласно Шкале тревожности Гамильтона, было выявлено нормальное состояние детей дошкольного возраста, что составило 45% всех респондентов, легкий уровень тревожности у 35%, средний уровень тревожности выявился у 15%, тяжелый уровень тревожности у 5% (Рис.17).

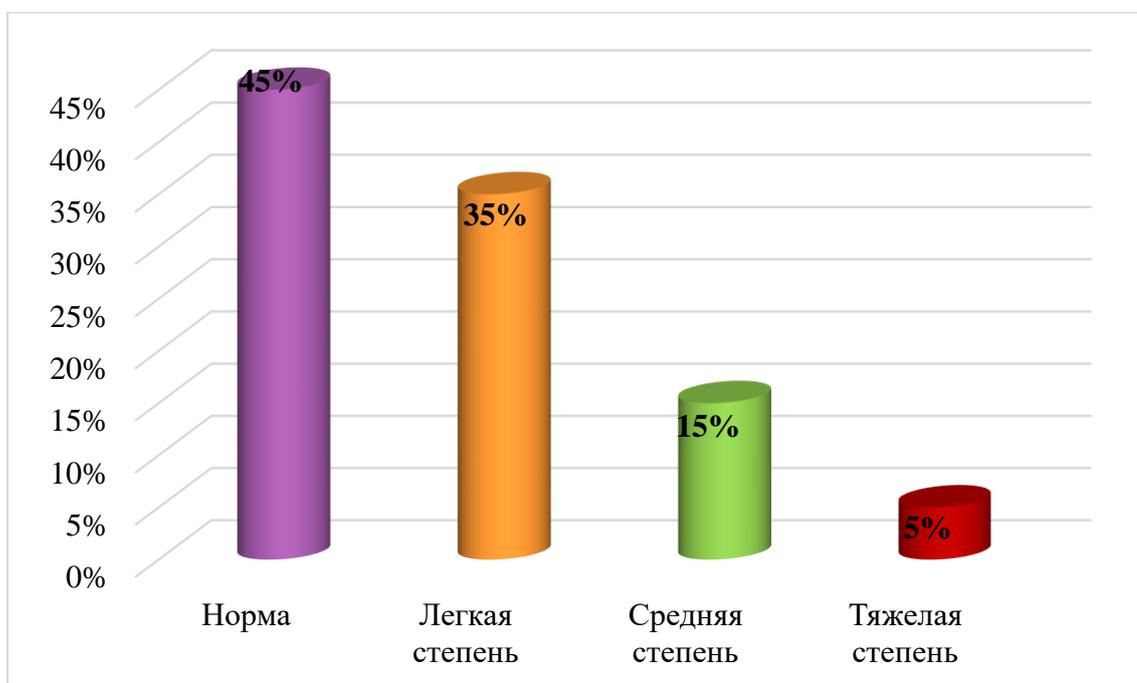


Рис.17. Оценка степени выраженности тревожного состояния среди экспериментальной группы

Из данной диаграммы можно сделать вывод, что возникновению тревожности подвержены 55% детей, подвергавшихся оперативному вмешательству.

В контрольной группе нормальное состояние наблюдается у 85%, легкая степень тревожности у 10 %, средняя степень тревожности у 5%, тяжелая степень тревожности не наблюдается (Рис.18).

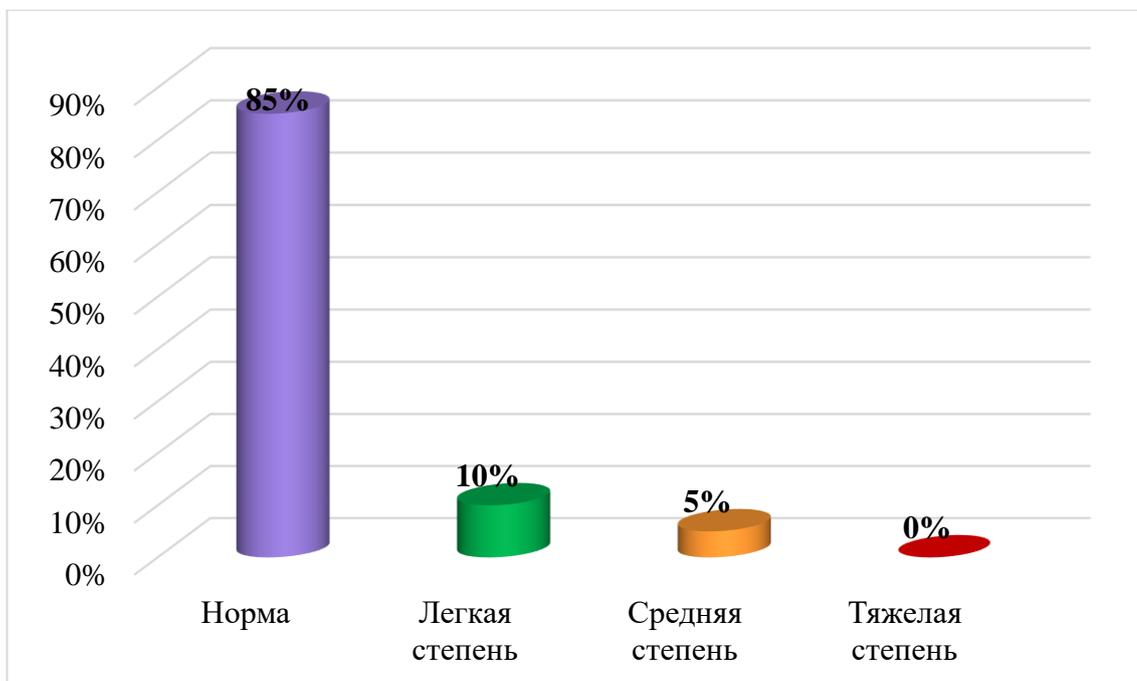


Рис.18. Оценка степени выраженности тревожного состояния среди контрольной группы

Согласно полученным данным, можно сказать, что дети дошкольного возраста, которые не подвергались оперативным вмешательствам, практически не испытывают тревожности, то есть 85% детей имеют нормальный уровень тревожности.

2.3. Рекомендации для медицинской сестры

Медицинская сестра должна провести беседу с родителями детей, подвергшихся оперативному вмешательству. Рассказать о том, что не нужно пугать ребенка, стыдить его и наказывать за страх. Не следует оставлять ребенка в одиночестве, нужно создать ему наиболее комфортную обстановку в окружении значимых взрослых. Нужно удовлетворять любопытство ребенка, потому что, чем больше будет непонятных ему вещей, тем выше уровень тревожности. Если ребенок не получит ответ на свой вопрос, то он может сам его придумать, а фантазия может быть пугающей. Следует признавать право ребенка на страх, проявлять сочувствие к нему, не опасаться того, что это

может усилить его страх. Ребенок должен чувствовать, что его понимают и не осуждают.

Медицинская сестра может применять методы арт-терапии, и обучить родителей. Арт-терапия – психотерапевтический метод, который используется для коррекции детских страхов, он основан на использовании творчества и художественных приемов. К нему можно отнести сказкотерапию, которая является средством совершенствования способов взаимодействия детей с окружающим миром. С помощью сказок можно узнать об эмоциональных переживаниях детей, которые могут даже не осознаваться ими. С помощью данного метода можно восстановить эмоциональное равновесие детей, так как сказки помогают детям пережить положительные эмоции и сравнивать себя с героями. Способность выражения эмоций и чувств у детей дошкольного возраста можно формировать с помощью разыгрывания сценок из сказок с музыкальным сопровождением. Преодоление страха врачей можно начать с чтения сказки «Айболит» и ее обсуждения. После можно организовать ролевую игру, где ребенок будет врачом, а взрослый пациентом, потом они поменяются местами. Важно не пугать ребенка болезненными процедурами, так же не стоит врать, что будет не больно. Нужно честно объяснять необходимость процедуры, можно проиграть ее в форме ролевой игры.

Куклотерапия так же относится к методам арт-терапии. Этот метод основан на идентификации ребенка с любимым сказочным героем. В процессе куклотерапии ребенок может проецировать воспринимаемый опыт в игровую ситуацию. Происходит реализация страха в виде куклы, в ходе которой ребенок постепенно начинает владеть ситуацией, страх, который материализовался в кукле, теряет пугающую составляющую, и помогает избавиться от эмоционального напряжения.

С помощью музыкальной деятельности дети дошкольного возраста могут обогащаться разнообразными слуховыми представлениями, осознавать и распознавать эмоции, переданные композитором в музыкальном произведении. С помощью музыкотерапии можно влиять на эмоциональное состояние детей,

порождать у них глубокие эмоциональные переживания. Этот метод способен волновать и радовать ребенка, соответственно именно музыка служит одним из главных средств развития эмоциональной отзывчивости у дошкольников. В музыкотерапии применяются мелодические и ритмические композиции, которые могут вызывать эмоциональное напряжение и расслабление, помогают выражать положительные эмоции и избавляться от страхов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Итак, проведенное исследование тревожности у детей дошкольного возраста перед оперативным вмешательством по Шкале тревожности Гамильтона показало, что в экспериментальной группе нормальное состояние детей составляет 45% всех респондентов, легкий уровень тревожности у 35%, средний уровень тревожности выявился у 15%, тяжелый уровень тревожности у 5%. В контрольной группе нормальное состояние наблюдается у 85%, легкая степень тревожности у 10 %, средняя степень тревожности у 5%, тяжелая степень тревожности не наблюдается. Согласно полученным результатам, можно сказать, что 55 % детей дошкольного возраста, подвергшиеся оперативному вмешательству, испытывают тревожность, в отличие от 15% детей, не подвергавшихся операции. Наша гипотеза подтвердилась.

Целью нашей работы было выявить профессиональную роль медицинской сестры в профилактике тревожности у детей дошкольного возраста перед оперативным вмешательством.

Нами были решены следующие задачи: ознакомление с литературными источниками; изучение роли медицинской сестры в подготовке детей дошкольного возраста перед оперативным вмешательством; проведение изучения уровня тревожности у детей дошкольного возраста перед оперативным вмешательством; составление рекомендации для медицинской сестры хирургического отделения ОГБУЗ «Детской областной клинической больницы».

Были сделаны следующие выводы:

Медицинская сестра играет важную роль в профилактике тревожности у детей дошкольного возраста перед оперативным вмешательством, так как она постоянно находится в тесном контакте с детьми и их родителями. При владении достаточными знаниями, медицинская сестра может оказывать влияние на улучшение эмоционального состояния детей, не допускать возникновения высокого уровня тревожности.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абраменкова, В.В. Социальная психология детства [Текст] / В.В. Абраменкова. - М. : ПЕР СЭ, 2017. - 431 с
2. Бороздина, Г.В. Основы психологии и педагогики [Текст] / Г.В. Бороздина - Минск : Выш. шк., 2016. - 415 с.
3. Венгер, А.Л. Психологическое обследование младших школьников [Текст] / А.Л. Венгер, Г.А. Цукерман. - М. : ВЛАДОС, 2007. - 159 с.
4. Глухов, А.А. Основы ухода за хирургическими больными [Текст]/ Глухов А.А., Андреев А.А., Болотских В.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 288 с.
5. Григорьев, К.И. Особенности оказания сестринской помощи детям [Электронный ресурс] / К.И. Григорьев, Р.Р. Кильдиярова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 272 с. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970436806.html>.
6. Жарова, М.Н. Психология [Текст] / М.Н. Жарова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 368 с.
7. Исаков, Ю.Ф. Детская хирургия [Электронный ресурс] / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского; отв. ред. А. Ф. Дронов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 1040 с. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970434970.html>
8. Казанская, К.О. Детская и возрастная психология: учебное пособие [Текст] / К.О. Казанская. - Москва : А-Приор, 2010. - 160 с.
9. Ковалев, А.И. Хирургия [Текст] / А. И. Ковалев. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 576 с.
10. Колягина, В.Г. Психология страхов дошкольников [Текст] / Колягина Виктория Геннадьевна - М. : Прометей, 2016. - 40 с.
11. Неретина Т.Г., Специальная педагогика и коррекционная психология [Текст] / Т.Г. Неретина. - 2-е изд., стереотип. - М. : ФЛИНТА, 2010. - 376 с.

12. Островская И.В., Психология [Текст] / Островская И. В. - 2-е изд., испр. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 480 с.
13. Пряхин, В.Ф. Диагностика болезней хирургического профиля [Текст] / под ред. В.С. Грошилина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.
14. Савина, Е.А. Родители и дети: Психология взаимоотношений [Текст] / под ред. Е.А. Савиной, Е.О. Смирновой - М. : Когито-Центр, 2003. - 230 с.
15. Смирнова, Е.О. Детская психология [Текст] / Е.О. Смирнова. - М. : ВЛАДОС, 2008. - 366 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Сводная таблица проявления тревожности у детей дошкольного возраста

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	0	1	0	3	0	0	0	1	2	0	0	1	0	0
2	2	1	0	3	0	0	0	1	2	0	0	1	0	0
3	1	0	0	0	1	1	2	1	2	1	2	3	2	2
4	0	2	0	0	0	0	1	1	1	3	2	0	0	0
5	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0
6	0	1	0	3	0	0	0	1	2	0	0	1	0	0
7	3	0	0	0	1	1	2	1	2	1	2	3	2	2
8	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0
9	2	1	0	3	0	0	0	1	2	0	0	1	0	0
10	2	2	0	0	0	0	1	1	1	3	2	0	0	0
11	2	0	0	0	1	1	2	1	2	1	2	3	2	2
12	1	1	0	3	0	0	0	1	2	0	0	1	0	0
13	1	0	0	0	1	1	2	1	2	1	2	3	2	2
14	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0
15	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0
16	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0
17	3	2	2	2	1	1	1	1	3	0	1	1	1	1
18	2	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0
19	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0
21	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0
22	2	2	0	0	0	0	1	1	1	3	2	0	0	0
23	0	2	2	2	3	3	3	1	1	1	1	3	3	3
24	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0
25	2	3	3	3	1	1	2	2	2	1	1	1	3	2
26	0	2	2	2	0	1	0	1	3	2	2	2	2	2

27	1	2	3	3		3	3	2	2	2	2	2	1	1
28	2	2	0	0	0	0	1	1	1	3	2	0	0	0
29	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0
30	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0
31	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0
32	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0
33	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0
34	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0
35	0	2	2	2	1	1	1	1	3	2	2	2	2	2
36	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0
37	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
38	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0
39	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
40	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0

Шкала тревожности Гамильтона

1. Подавленное настроение (безнадежность, беспомощность, чувство собственной малоценности):

0- отсутствие

1- выражение указанного чувства только при прямом вопросе

2- жалоба высказывается спонтанно

3- определяется невербально (поза, мимика, голос, плаксивость)

4- пациент выражает только эти чувства, как в высказываниях, так и невербально

2. Чувство вины за свою болезнь:

0- отсутствие

1- самоуничижение, считает, что подвел других

2- чувство собственной вины, мучительные размышления о собственных ошибках и грехах

3- настоящее заболевание расценивается как наказание, бредовые идеи виновности

4- вербальные галлюцинации обвиняющего и/или осуждающего содержания, и/или зрительные галлюцинации угрожающего содержания

3. Трудности при засыпании (ранняя бессонница):

0- отсутствие затруднений при засыпании

1- жалобы на эпизодические затруднения при засыпании (более 30 минут)

2- жалобы на невозможность заснуть каждую ночь

4. Многократные пробуждения (средняя бессонница):

0- отсутствие

1- жалобы на беспокойный сон в течение всей ночи

2- многократные пробуждения в течение всей ночи, подъем с постели

5. Ранние пробуждения (поздняя бессонница):

0- отсутствие

1- раннее пробуждение с последующим засыпанием

2- окончательное раннее утреннее пробуждение

6. Заторможенность (замедленность мышления и речи, нарушение способности концентрировать внимание, снижение моторной активности):

0- нормальная речь и мышление

1- легкая заторможенность в беседе

2- заметная заторможенность в беседе

3- выраженные затруднения при проведении опроса

4- ступор

7. Ажитация:

0- отсутствие

1- беспокойство

2- беспокойные движения руками, теребление волос

3- подвижность, неусидчивость

4- постоянное перебирание руками, обкусывание ногтей, выдергивание волос, кусание губ

8. Психологическая тревога:

0- отсутствие

1- субъективное напряжение и раздражительность

2- беспокойство по незначительным поводам

3- тревога, выражающаяся в выражении лица и речи

4- страх, выражаемый и без расспроса

9. Соматическая тревога (сухость во рту, метеоризм, диспепсия, диарея, спазмы, отрыжка, сердцебиение, головные боли, гипервентиляция, одышка, учащенное мочеиспускание, повышенное потоотделение):

0- отсутствие

1- слабая

2- средняя

3- сильная

4- крайне сильная

10. Желудочно-кишечные соматические симптомы:

0- отсутствие

1- утрата аппетита, но с приемом пищи без сильного принуждения, чувство тяжести в животе

2- прием пищи только с упорным принуждением, потребность в слабительных средствах или препаратах для купирования гастроинтестинальных симптомов

11. Общие соматические симптомы:

0- отсутствие

1- тяжесть в конечностях, спине, голове, мышечные боли, чувство утраты энергии или упадка сил

2- любые резко выраженные симптомы

12. Ипохондрия:

0- отсутствие

1- поглощенность собой (телесно)

2- чрезмерная озабоченность здоровьем

3- частые жалобы, просьбы о помощи

4- ипохондрический бред

13. Потеря в весе по данным анамнеза:

0- отсутствие

1- менее 0,5 кг. в неделю

2- более 0,5 кг. в неделю

3- более 1 кг. в неделю

14. Критичность отношения к болезни:

0- осознание болезни

1- осознание болезненности состояния, но отнесение его на счет плохой пищи, климата, переутомление и т.д.

2- полное отсутствие сознания болезни

Интерпретация:

Суммарный балл первых 17-ти пунктов:

0-7 – норма;

8-13 – легкий уровень тревожности;

14-18 – средний уровень тревожности;

19-22 – тяжелый уровень тревожности;

более 23 – крайне тяжёлый уровень тревожности.

Коррекционная программа для пациентов дошкольного возраста**№1. Упражнение «Маленький сказочник»**

Сказка – это область, в которой ребенок может представить свой страх и избавиться от него, найти выход из сложной ситуации. Медицинская сестра может помочь ребенку придумывать сюжет и приключения героев, направлять мысль ребенка к решению проблемы. Сказка должна иметь хороший конец, герой должен найти свой дом, родителей, друзей, и в итоге все должно закончиться счастливо.

Для сочинения сказок можно использовать следующие направляющие вопросы:

О ком будет эта сказка? Может, о котенке? Или о щенке? Или о мальчике?

Как зовут главного героя?

Где он живет, что с ним случилось?

Что произошло дальше?

Кто поможет нашему герою?

Необходимо обратить внимание, что в сказке должен быть конфликт или приключение, то есть герой попадает в сложную ситуацию, а ребенку необходимо придумать выход из нее.

Сначала могут возникнуть некоторые сложности, потому что придумывать сказки – это непростое дело. Но после того, как дети увлекутся, они обязательно порадуют чудесами своей фантазии. Самое главное – проявить терпение и быть готовым помочь.

Кроме того, можно нарисовать иллюстрацию к придуманной самостоятельно сказке. Визуализация персонажей поможет проявить детское воображение.

№2. Техника «Рисуем свой страх»

Цель: символическое уничтожение страха, преодоление грустных переживаний, снижение эмоционального накала.

Алгоритм:

Предложить ребенку сделать 2–3 глубоких вдоха-выдоха, после чего вспомнить и сконцентрироваться на своем страхе, оценить его интенсивность по шкале от 1 до 10.

Далее дать ребенку карандаши и предложить нарисовать свой страх. Рука просто скользит по бумаге и рисует все, что приходит в голову.

Страх можно нарисовать по-разному, нет единых правил, как он «должен» выглядеть, у каждого он будет ассоциироваться с чем-то своим, личным.

Можно опираться на один из вариантов прорисовки страха:

1. Образ страха:

Предложите ребенку изобразить страх как предмет, существо, явление. Для лучшего представления страха можно задать следующие вопросы:

- Как выглядит твой страх?
- На что он похож?
- Если представить страх в образе животного, то какое оно?

2. Ощущение в теле:

Предложить ребенку описать словами и образами свои внутренние ощущения, можно использовать следующие фразы: «внутри все похолодело», «в теле пошел жар» и т.п. Эти ощущения можно изобразить на схематическом рисунке тела, можно просто на белом листе.

3. Страшная ситуация:

Предложите ребенку нарисовать самую пугающую ситуацию, то, что его волнует и будоражит, не обязательно создавать художественный шедевр, достаточно схематично показать общую картину.

4. Случай, который напугал:

Можно предложить ребенку нарисовать самый первый случай, который послужил началом страха. Вспомнить тот момент, когда он стал бояться. Спросите у него, что всплывает из памяти, предложите зарисовать это на бумаге.

5. Маска или кукла страха:

Предложите ребенку создать объемный образ страха, поиграть в него, чтобы понять, что воплощенный страх — не опасный, а, возможно, даже милый.

Ребенок может выбрать способ рисования интуитивно. Сначала нужно прорисовывать то, на что он больше обращает внимание, или, о чем говорит. Потом можно попробовать и остальные способы, чтобы проработать страх с разных сторон.

Скорее всего, в процессе рисования к ребенку придут какие-то эмоции, могут идти слезы, — это значит, что начался процесс очищения, освобождения от негатива.

Предложите ребенку посмотреть на свой рисунок, спросите, как бы он его назвал.

Что можно дальше сделать с рисунком:

- уничтожить его, а вместе с ним и страх;
- дорисовать новые детали, превратить образ страха в веселый и смешной;
- украсить рисунок, чтобы образ страха стал приятным и добрым;
- придумать свой способ.

После этого предложите ребенку ответить на следующие вопросы:

Что ты нарисовал?

Что ты чувствовал во время рисования?

Есть ли сейчас твой страх? Если есть, какой он?

Что ты почувствовал во время процедуры «избавления» от страха?

Теперь, после проделанной работы, стал ты относиться к страху по-другому? Как?