

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 РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В
ПРОФИЛАКТИКЕ СТРАХА У ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕД ОПЕРАТИВНЫМ
ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ**

Дипломная работа студентки

очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051503
Каменевой Светланы Алексеевны

Научный руководитель
Преподаватель Волкова О.Д.

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

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ПСИХИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕД ОПЕРАЦИЕЙ	5
1.1. Психологические особенности хирургических больных.....	5
1.2. Причины страха перед операцией.....	15
1.3. Роль медицинской сестры в профилактике страха пациентов перед операцией.....	17
ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РОЛИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ СТРАХА ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕД ОПЕРАТИВНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ	19
2.1. Материалы исследования и анализ результатов статистики.....	19
2.2. Анализ результатов анкетирования	20
2.3.Рекомендации для медицинских сестер хирургического отделения...	34
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	36
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ	37
ПРИЛОЖЕНИЕ	39

ВВЕДЕНИЕ

Основа профессиональных и общих компетенций медицинской сестры включает в себя: подготовку пациента к операции, умение разговаривать с пациентами, представлять информацию в понятной для пациента форме и объяснять ему суть вмешательств, повышать его эмоциональный настрой на выздоровление его состояния, принять меры по сохранению и укреплению здоровья пациента, проведение реабилитационных мероприятий по отношению к пациенту, осуществление сестринского ухода за пациентами с различными заболеваниями и состояниями.

К сожалению, операционных вмешательств в наше время увеличивается и согласно данным статистики ежегодно в мире проводится около 310 миллионов оперативных вмешательств в год, сюда входят операции, выполняемые в стационарном отделении (в хирургических отделениях) и в амбулаторно-поликлинических учреждениях (в хирургических кабинетах). Данные были получены от 44814 пациентов после запланированных операций из 474 больниц в 27 странах с высоким, средним и низким уровнем жизни. При анализе данных выявлено, что у каждого шестого пациента (16,8%) осложнения возникли сразу в больнице, а 207 из них (0,5%) умерли от них в клиниках.

Наиболее распространенными осложнениями были инфекционные осложнения, особенно раневые инфекции, спровоцированные бактериями на коже вокруг послеоперационной раны. Исследование показало, что именно 2,9% пациентов страдают от этих инфекций, и у 1,3% пациентов все заканчивается смертью.

По статистике, хирургические вмешательства проводятся для мужчин и женщин в зрелом возрасте от 18 до 60 лет. Если ранее пациенты в возрасте 70 лет и старше считались очень «опасными» с точки зрения риска хирургических операций, то в настоящее время операции подвергаются 80 и 90-летним.

В среднем 46-48 оперативных вмешательств ежедневно выполняются в хирургическом отделении ОГБУЗ «Городской больницы № 2» города

Белгорода, а количество операций первой и второй категории сложности постоянно увеличивается: в 2017 году на 68,8%, а в 2016 году на 66,9%. За прошедший год было зарегистрировано 77 случаев опасных осложнений, что составило 0,5% от общего числа пролеченных пациентов. Поэтому профилактика в работе медицинской сестры и психологическая подготовка к операции очень важны.

Цель исследования: роль медицинской сестры в профилактике страха перед оперативным вмешательством.

Задачи:

1. Ознакомиться с литературными источниками.
2. Изучить психологические особенности, причины, симптомы страха перед оперативным вмешательством.
3. Изучить профилактику страха перед оперативным вмешательством.

Предмет исследования: деятельность медицинской сестры в профилактике страха перед оперативным вмешательством.

Объект исследования: профилактика страха пациентов перед оперативным вмешательством.

Гипотеза: если медицинская сестра будет более качественно проводить профилактику страхов перед оперативным вмешательством, то эффективность операций улучшится, это важно так как страх влияет на эмоциональное состояние пациента, в связи с этим идет ухудшение его заболевания, если пациент боится, то это чревато долгим заживлением оперативной раны или есть риск возникновения осложнений после операции, то есть все эмоции провоцируют негативные состояния.

Методы исследования: обзор литературы, анкетирование, сбор статистических данных, наблюдение, сравнение.

Базой исследования является ОГБУЗ «Городская больница №2».

Структура исследования. Настоящая выпускная квалификационная работа состоит из введения, главы 1 и главы 2, заключения, списка литературы, приложения.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ПСИХИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕД ОПЕРАЦИЕЙ

1.1. Психологические особенности хирургических больных

Любая болезнь имеет вероятность поставить человека в сложные психические важные жизненные условия, никак не зависимо от того, какая ее биологическая сущность. В следствие этого довольно принципиально, как больной совладеет с этим мероприятием, какие компенсаторные механизмы вступают в мощь и как они изменяют индивидуальность больного пациента. В зависимости с данным нам нужно, наиболее детально остановится на эмоциональных отличительных чертах хирургических пациентов. Н.П. Петров сообщает, собственно, что хирургия по самой собственной натуре практически постоянно порождает, кроме реакции на местную боль, подобный трудный комплект всевозможных психологических явлений. Собственно, что хирург, не имеет возможность позабыть о абсолютно настоящих связях, которые есть между внутренним миром, настроением, нервной системы человека и соматическими действиями, совершающимися в организме [8, с.197].

Боязнь перед оперативным вмешательством считается одной из более популярных оснований отказа больных от плановых оперативных вмешательств. В отдельных вариантах при несогласии либо в приостановке в проведении оперативного вмешательства имеет возможность послужить причиной к катастрофическим результатам. При неустойчивом чувственном состоянии больного в предоперационном периоде, имеет возможность мешать установлению высококачественного контакта между больным и доктором. Собственно, что имеет возможность воздействовать на грядущее операционное вмешательство. Больному с более воплощенной реакцией боязни обязаны гарантировать психологически комфортабельное ожидание оперативного вмешательства, предоставляя психотерапевтическую поддержка и устраняя недостаток информации. Больной, оказавшийся на лечении в хирургическом

стационаре, имеет возможность владеть характерными признаками эмоционального состояния. Он имеет возможность находиться в состоянии эмоционального операционного стресса (предоперационного и послеоперационного). Внезапная скорость появления болезни. У больного имеется возможность быть в отсутствии адаптирования к условиям лечения. Отдельные больные оказываются на операционном столе незамедлительно впоследствии поступления в клинику, а мощные чувственные волнения переходят на послеоперационный этап. Не считая этого, в предоперационном периоде в том числе и хирургические больные, пребывающие на плановом лечении, имеют все шансы ощущать напряжение [9, с.201].

К необходимой доли эмоционального психического состояния хирургического больного принадлежит волнение. Предоперационное волнение считается свойственной реакцией на сообщение о будущем хирургическом вмешательстве. Постоперационная беспокойство произведено из уже пережитых психологических потрясений и соотношения имеющих место быть итогов ожиданиям. При невысокой степени тревожности больной имеет возможность преуменьшать собственное состояние и игнорировать советами медицинских работников на этапе восстановления. Собственно, что имеет возможность спровоцировать за собой негативные для его самочувствия результаты. Возвышенный коэффициент тревожности еще имеет возможность содействовать развитию дезадаптивного состояния, что препятствует соответственному восприятию больным собственного состояния.

В отличие от терапевтической патологии, при которой положение приобретенной болезни делается патогенным для интеллектуальной работы, а концепция отношений личности со временем меняется, важность эмоционального операционного стресса (предоперационного и послеоперационного) замечается как доля хирургического вмешательства. патология. При проведении важного оперативного вмешательства, застаёт больного внезапно, в отличие от истории с приобретенной патологией, к которой он со временем адаптируется. В случае если больной имеет

возможность предвещать необходимый вид конкретных терапевтических мер, в таком случае представить вероятность и надобность операции способен значительно в наименьшей степени. Иными словами, возможно заявить, собственно, что психическое стремление к терапевтическим и хирургическим событиям со стороны больного сознательно отличается. У больных с затяжными болезнями случается приспособление, к истинному статусу, а у хирургического больного к предстоящему. Данная роль имеет возможность спровоцировать цикл задач: приостановка операции (которая имеет возможность быть связана с неудобствами, сопутствующими вмешательствами, или же боязнью, беспокойством, ненавистными индивидуальными эмоциями, тяжелыми потрясениями, которые обвалились на семью) или же отрицанием самого прецедента заболевания, несогласие от своевременного оперативного вмешательства [3, с.184]. Беспокойство, волнение имеют все шансы быть связаны с результатами оперативного вмешательства, к примеру, с утратой отдельных органов (полное удаление матки, удаление молочной железы). Безусловно, невозможно избежать настоящие проблемы, сопряженные с предстоящей жизнью больного. К примеру, абсолютно возможно, что спортсмен либо актриса впоследствии операции не могут продолжить собственную обыденную работу [1, с.190]. При диагностике, проблемы имеют все шансы угнетать больных в подавленном состоянии. Различные физические эквиваленты психологических признаков, вегетативных признаков (особенно в области живота) имеют все шансы послужить к своевременному оперативному вмешательству. За скорым влечением к оперативному вмешательству имеет возможность прятаться болезненная и нездоровая фантазия больного. В хирургической практике отлично знакомым психопатологическим синдромом считается синдром Мюнхгаузена. У больных он имеет место быть в неизменном и неодолимом стремлении переносить оперативные вмешательства, под предлогом предполагаемых проявлений болезни. Данные больные предрасположены обращаться к поддержке докторов по причине нездоровых и всевозможных малоприятных чувств, которые почаще всего в

области живота. Кроме того, с целью выполнения проведения операции больные предрасположены проглатывать маленькие вещи (пуговицы, монеты, булавки). Собственно, аргументы подобного действия, что никак не считаются полностью симуляцией, притягивают подобным способом интерес к себе или же избегают какой-нибудь ответственности. В структуре нрава этих больных замечены характерные черты инфантилизма и перемены в иерархии ценностей. Синдром Мюнхгаузена больше сталкивается у больных с истеричными особенностями личности или же истеричными расстройствами личности. В том числе и доля оперативного вмешательства имеет возможность являться успешной в тех вариантах, когда не существовало соответствующих справедливых подтверждений, другими словами, когда вид, беспристрастно указанный вмешательством, не оправдывает потребности в нем. В подобных вариантах, беседуют об операциях "плацебо", в таком случае принимать о высококачественном психическом результате, призванным лично оперативным вмешательством. У невротиков и психопатов результат проявляет оперативное вмешательство, однако проявляется лишь только на время. Это ясно: в конце концов, воображении больных реализуются, их претензии стремились ликвидировать наиболее успешным способом – оперативным вмешательством [5, с.56].

Кроме того, появляется многочисленные трудности в взаимосвязи с анестезиологией. Почти все больные весьма опасаются анестезии, опасаются слабости, утраты рассудка, находиться в сознании, если идет операция, боязни удушья, страшных воспоминаний, опасаются, собственно, что они станут болтать бред под наркозом, открывать собственные тайны, никак не станут осуществлять себе таким образом, равно как обязаны. У вторично использующих анестезию больных имеют все шансы отразиться прошлые эмоции и изведенные опасения [8, с.204]. Х. Дейч выставил 3 утверждения, обрисовывающих успешное приспособление к хирургическому стрессу: успешное приспособление содержит понимание сигналов волнения, установленный уровень его овладения, собственно, что в окончательном

результате дает возможность упростить психологическое положение больного; для того, чтобы приспособление было успешным, ее аппаратура обязана являться довольно эластичным, собственно, что же разрешило бы привести требуемые перемены в процедуру интеграции волнения в период ожидания хирургического стресса, а кроме того в приспособления к эмоциональным и физическим результатам операции; с целью укрепления силы воли в хирургических условиях нужна никак не устойчивость, а реактивность [4, с.219]. В прогностическом отношении отсутствие следующих факторов очень неблагоприятно: хороший контакт между врачом и пациентом; склонность пациента к словесному выражению переживаний страха и тревоги, своих страхов; хорошие отношения с другими людьми; благоприятные условия жизни, семейная среда, которая не влияет на факт операции пациента; способность пациента легко адаптироваться к новой среде; сильная и зрелая личность пациента [14, с.90]. Для предотвращения психиатрических осложнений, после хирургического вмешательства необходимо поговорить с пациентом, рассказать ему о результатах проведенной операции, попытаться развеять его страхи и сомнения. Пациент, которому врач не объяснил необходимость оперативного вмешательства, не сообщил о ее результатах проведенной операции, теряется, пытается объяснить самому себе поведение врача и всегда приходит к неблагоприятному для себя выводу. Подводя итог, можно сделать вывод, что чем лучше была проведена подготовка к операционным вмешательствам и контакт с пациентом, тем более благоприятными были черты пациента, тем меньше вероятность возникновения психиатрических и соматических осложнений [11, с.170].

Возникновение послеоперационных психологических расстройств имеет возможность подействовать ограничению физической активности, стеснению, поддержанию конкретного положения туловища, принужденному затишью и обособленности от наружного мира. Налаживание неплохого контакта и соответственной психической подготовке, терапия идет в подходящих условиях, а послеоперационные отягощения психиатрического

нрава попадаются значительно пореже. Необходимо выделить кропотливый интерес на отдельные фигуры боязней, замешательство и волнения, образующиеся впоследствии операционного вмешательства. В случае если подобные волнение типичны вплоть до операции, в таком случае их возникновение впоследствии операции необходимо анализировать, рассматривать абсолютно иначе. У пациентов на 3-4-й день впоследствии операции обнаруживаются усилия и опасения, которые вплоть до данного случая находились подавлены. Главное, данные хирургические больные каждый день заняты перенесенным оперативным вмешательством, каждый день и многократно говорят о случившемся, обговаривая подробности оперативного вмешательства [8, с.405]. К определенным соматическим признакам принадлежат: задержка мочи, запоры, тошнота, впоследствии операции имеют все шансы являться проявлениями раньше сдержанных боязней, стресса. Отмечаются невротические послеоперационные претензии в этих вариантах, если данная обстановка и само оперативное вмешательство оказывают большое влияние в углубленные чувственные нарушения, активизируя разногласие [10, с.78]. В прогностическом взаимоотношении недостаток последующих условий весьма негативен: идеальная связь между доктором и больным; предрасположенность больного к вербальному выражению, волнению боязни и тревоги, собственных страхов; отличные взаимоотношения с иными людьми; подходящие обстоятельства существования, домашняя сфера, что никак не воздействует на факт операции больного; умение больного легко просто приспособиться к новой среде; мощная и взрослая индивидуальность больного [14, с.90]. С целью избегания психиатрических отягощений, в последствии хирургического вмешательства следует побеседовать с больным, передать ему о итогах выполненной операции, постараться рассеять его опасения и колебания. Больной, которому доктор никак не разъяснил потребность своевременного оперативного вмешательства, никак не заявил о итогах выполненной операции, стремится пояснить лично себе действия доктора и всякий раз прибывает к плохому для

себя заключению. Подводя результат, допускается совершить заключение, что, если правильно была проведена подготовка к операционным вмешательствам и установлена связь с больным, для этого наиболее подходящими находились черты больного, тем меньше есть вероятность в появление психиатрических и соматических осложнений [11, с.170].

Страх посещения врача - ятрофобия. Большинство пациентов испытывают дрожь, переступая порог поликлиники или больницы. Врачи называют это «боязнью белого халата». Это является отрицательным фактором, так как у такого пациента артериальное давление не измеряется должным образом, поэтому результат будет искажен [6, с.67]. Часто такие пациенты думают, что до посещения врача они в основном здоровы, а после посещение врача них может быть много любых заболеваний, такие пациенты боятся услышать «вердикт» о наличии неизлечимого заболевания, поэтому они стараются как можно дольше оттягивать свой визит к врачу. Возможно пациент боится не самого врача, а неприятного диагноза, болезненной медицинской процедуры или заражения инфекционным заболеванием. В результате пережитые негативные эмоции передаются врачам. В дополнение к страху посещения врачей, у некоторых людей могут быть следующие страхи.

Боязнь уколов - белонофобия. Страх при виде медицинской иглы и манипуляций с ней, является причиной, по которой многие пациенты не получают рекомендованную вакцинацию. Хуже всего, когда речь идет о капельнице, потому что, несвоевременное введение лекарства может иметь серьезные последствия для пациента. Перед тем, как войти в процедурный кабинет, пациент не должен останавливаться на тревожных мыслях, а сосредоточиться на каком-то отвлеченном слове или смотреть на потолок, и не обходимо глубоко дыша животом в течение 5-10 минут.

Страх вида крови – это гемофобия. Сдача анализа крови помогает в короткие сроки узнать о многих заболеваниях. Например, сахарный диабет, анемия, причины воспаления, инфекции, повышенном уровне холестерина и даже о некоторых разновидности рака. Однако есть некоторые люди, которые

боятся процедуры взятия крови на анализ, но не из-за боязни инъекций, а из-за боязни вида крови. Самый простой способ преодолеть этот страх - не смотреть на процедуру взятия крови. [12, с.45].

Страх оперативного вмешательства – это естественная реакция организма на предстоящее постороннее внешнее оперативное вмешательство и нарушение целостности. Страх охватывает сразу все стороны: это рациональный страх, рассказывающий нам о возможных последствиях, и бессознательный, работающий на инстинкте самосохранения. Страх перед оперативным вмешательством - томофобия. Пациент очень беспокоится о предстоящем оперативном вмешательстве, он остается в сознании, и нет никаких бредовых мыслей или речей. Фобия оказывается настолько сильной, что пациент может отказаться от предстоящего оперативного вмешательства. Томофобия чаще всего парализует волю, вызывает ряд соматических и психологических проблем. Пациент не уверен в благоприятном исходе оперативного вмешательства. Воображение пациента рисует не очень приятные картины развития данной ситуации, связанной с предстоящим оперативным вмешательством. Фобия непосредственно возникает перед проведением оперативным вмешательством. Страх перед оперативным вмешательством часто неуправляем. Страх не имеет рациональной основы, он придуман и может вызвать неадекватную реакцию. Страх в основном возникает против воли пациента Пациент в этот момент может понять, что предстоящее оперативное вмешательство неопасно для его здоровья не опасно, и скорее всего, будет успешной. Однако справиться с волнением не может. Наиболее подробная предоперационная информация позволяет пациенту визуализировать развитие событий. Медицинская сестра поддерживает эмоционально пациента, вызывает у него чувство принадлежности к своей судьбе. Например, учит пациента, как предотвратить послеоперационные осложнения и ускорить выздоровление. Поощрение пациента перед важным для него оперативным вмешательством может продолжаться различными способами. Подготовка пере оперативным вмешательством, должна затрагивать членов семьи и близких пациентов. Перед

оперативным вмешательством тревога и семейный страх часто влияют на самого пациента, а тревога пациента - на членов его семьи. Многих пациентов воодушевляет присутствие и поддержка знакомых людей. Ожидание, когда закончится оперативное вмешательство может быть очень трудным для членов семьи и друзей пациента. Медицинская сестра показывает им где они могут подождать, пока идет оперативное вмешательство и по возможности отвлечь их на длительную операцию [13, с.45].

Для проведения психологической подготовленности можно использовать седативные лекарственные препараты и транквилизаторы, особенно они помогут эмоционально-неустойчивым пациентам. Даже при отлично выполненном оперативном вмешательстве, если дисфункция органов и систем организма не принимается во внимание, они не исправляются до, вовремя и после оперативного вмешательства, тогда успех в лечении будет неясен, а результат оперативного вмешательства может быть неблагоприятным. Органы и системы гомеостаза должны быть комплексными и включать в себя следующие виды деятельности: подготовка сосудистой деятельности; борьба с дыхательной недостаточностью; дезинтоксикационную терапию; коррекцию нарушений в биологической системе. При физической подготовке особое внимание уделяется профилактике инфекции, которая находится в самом организме пациента. Если у пациента имеются хронические очаги инфекции, необходимо обработать органы в виде санации и при необходимости врач назначает лечение антибиотиками. Специальная подготовка выражена характером заболевания, локализацией патологического процесса и особыми свойствами органа, на котором выполняется операция. Таким образом, предстоящая операция на толстой кишке требует особой подготовки пациента, то необходима безбарьерная диета, прием слабительных, назначают очистительные клизмы. За 2-3 дня до оперативного вмешательства пациенту перорально вводят антибиотики широкого спектра действия, чтобы уменьшить бактериальную колонизацию толстой кишки и тем самым снизить риск инфицирования окружающих тканей и кишечных швов в послеоперационном

периоде. Пожилые и старческие пациенты перед оперативным вмешательством. В пожилом возрасте хирургия и анестезия являются серьезной проблемой для пациента в связи со снижением способности к адаптации и компенсации. Исследования операционного риска и результатов оперативного вмешательства, часто показывают большой процент осложнений у пожилых пациентов, хотя результаты операции не показывают влияния возраста пациента на исход оперативного вмешательства. Возраст пациента не является признаком неблагоприятного исхода, поэтому, несмотря на снижение функции всех органов с возрастом, гериатрические пациенты не являются просто слабыми взрослыми. Конкретными факторами, которые увеличивают риск хирургического вмешательства или необходимость процедур ухода, являются состояние питания, психическое здоровье и функциональные способности пациента. Требуется специальная предоперационная подготовка, оценка и уход за пожилыми пациентами. Сестринская история болезни поможет выявить возрастные изменения и сопутствующие заболевания у пациентов. Пожилые пациенты часто принимают несколько лекарств, поэтому у них повышенный риск нежелательных лекарственных взаимодействий или реакций во время оперативного вмешательства. Введение и прием всех лекарств, включая безрецептурные, должны быть документированы. Премедикация у пожилых пациентов проводится в сниженных дозах. Психическое состояние пациента таких пациентов, общее настроение, отношение к оперативному вмешательству должны быть записаны и продуманы при планировании и проведении ухода.

Предоперационная тренировка чрезвычайно важна для успокоения пациента перед оперативным вмешательством и улучшения взаимодействия с ним после ее проведения. Пациентам в преклонном возрасте так же может потребоваться больше времени для подготовки, нежели молодым. Поэтому необходимо помнить о снижении функций органов чувств и разрыве с окружающей обстановкой. Тщательное внимание следует уделить ранней активации пациента, функцию легких, наличие стула, а также на безопасность пациента. Необходимо постараться сохранить обычную рутину дня пациента.

1.2. Причины страха перед операцией

Боязнь оперативного вмешательства имеет множество закономерных причин. Помимо естественных бессознательных реакций, существует совершенно естественный страх перед неизвестным. И неизвестно, за что можно заплатить здоровьем или даже жизнью [13, с.123]. Любой пациент очень боится полного отсутствия контроля в своей жизни. В процессе оперативного вмешательства абсолютно все находится в руках врача и от пациента ничего не зависит. Идея о невозможности каким-либо образом повлиять на исход предстоящей операции заставляет некоторых пациентов демонстрировать свою волю, отказываясь от операции. Часто это крайне вредно и смертельно для пациента. В случае отказа от хирургического вмешательства врачи вынуждены подписать документ, в котором пациент подтверждает, что он знаком с негативными последствиями в случае отказа от оперативной помощи. Пациент оставляет страх перед неизвестным, он уверен, что проживет, например, около десяти лет, но сегодня он не рискует умереть на операционном столе. В этом и заключается его осознанный и законный выбор. Такое поведение больше всего присуще пациентам, которые привыкли все контролировать и никогда не возлагать ответственность за свою жизнь на кого-либо. Может показаться, что это полезное качество может сделать невозможным риск, чтобы доверять и продлить вашу жизнь.

Перед оперативным вмешательством пациент связывает, связывает с исходом операции различные страхи и надежды. Задача медицинской сестры в том, чтобы определить чувство, эмоции и поведение пациента, которые могут помочь или, наоборот, вмешаться в операционный период. Данная информация может быть получена только через прямой контакт медицинской сестры и пациентом. Спокойная и понимающая медсестра внушает доверие пациенту; пациент может многое сказать ей. Психологическая оценка хирургического пациента включает в себя следующие моменты, такие как общее восприятие пациентом хирургического вмешательства; мысли и чувства; внимание и

концентрация; отношение и мотивация; уровень тревоги и определенные страхи; самооценка; поддержка близких людей; психологические качества и умение справляться с ситуацией. Такое психическое расстройство как томофобия развивается у людей, которые эмоциональны, чрезмерно чувствительны, с богатым воображением. Если человек вырос в семье, в которой он с раннего детства воспитывался, чтобы воспринимать мир как опасную среду, то даже само пребывание в больнице может вызвать тревогу или приступ паники. Причинами фобии является: негативный опыт общения с медицинскими работниками; отсутствие полной информации о характере болезни и этапах проведения оперативного вмешательства; боязнь не выйти после наркоза; свидетельства очевидцев о негативных последствиях во время или после проведенной операции; возможная небрежность медицинского персонала; боязнь проснуться во время оперативного вмешательства и почувствовать боль; также возникает мистический страх, который основан на том, что под действием наркоза душа находится на грани смерти.

На развитие фобии может повлиять страх перед неизвестным, страх потерять жизненно важный орган, покалечиться или умереть после неудачно выполненного хирургического вмешательства.

Причиной беспокойства и панического страха может быть хорошее осознание пациентом своего состояния и понимание, того что в послеоперационном периоде потребуется много времени, чтобы жить на специальных, поддерживающих нормальные функции организма, препаратах. Встречаются признаки томофобии у пациента: учащённый пульс; спазмы в горле или удушье; повышенное потоотделение; обмороки; желудочно-кишечные расстройства; дрожание конечности; онемение; потеря чувства реальности. Поскольку опасность увеличивается в воображении пациента, чувство страха перед оперативным вмешательством возрастает. Находясь зачастую в фобической ситуации, пациенты иногда не могут успокоиться, перенести свои мысли на что-то другое или отвлечься. Это состояние может осложнять работу анестезиологам, поскольку из-за нарушения сердечного

ритма и высокого артериального давления они не могут рассчитать дозу анестезии [7, с.56].

1.3. Роль медицинской сестры в профилактике страха пациентов перед операцией

Медицинская сестра может поговорить с пациентом наедине и помочь отвлечься от пугающих мыслей о предстоящем оперативном вмешательстве. Также медицинская сестра может направить хирурга анестезиолога к пациенту перед операцией, чтобы снизить вероятность развития страха. Перед операцией пациенту необходимо помочь избавиться от негативных мыслей, это могут сделать даже близкие люди. Можно даже просто искренне поговорить с пациентом на разные темы, которые не относятся к лечению. Возможно так же медицинской сестре поговорить с пациентом о труде, проектах в перспективу и дальнейшем покое. Основная цель это переключить внимание пациента с отрицательных идей и пробудить в нем решительность в позитивном финале перед грядущим оперативным вмешательством. Чтобы помочь пациентам преодолеть страх перед операцией, необходимо убедиться, что хирург является профессионалом в своей области. Благодаря этому было спасено много жизней. Поэтому операция выполняется клиникой и медицинским персоналом, о которой необходимо поискать информации, что в данной ситуации лишним не будет. Будьте готовы за несколько дней до операции. Необходимо пройти обследование и полноценно осмотреть организм и лечить хронические заболевания. Соблюдайте диету и, если возможно, откажитесь от вредных привычек.

Следует понимать, что хирургическое вмешательство под общим наркозом — единственный способ спасти жизнь и восстановить здоровье пациенту. Нельзя руководствоваться только страхом перед оперативным вмешательством за судьбоносное решение. После оперативного вмешательства у пациента будет шанс на здоровое будущее. Если операция не выполнена,

болезнь может обостриться. Медицинская сестра может посоветовать пациенту психотерапевтические методы борьбы со страхом. Во время лечения психолог определяет развитие фобии, выявляет механизмы, влияющие на формирование, клиническое течение и течение заболевания. Специалист оценивает личностные особенности пациента, его способность воспринимать определенную психотерапевтическую программу. Основная цель терапевтического лечения - развить в пациентах способность встречаться с пугающей ситуацией и сохранять самообладание. Томофобия успешно лечится с помощью гипноза, поэтому можно порекомендовать пациенту обратиться к психологу. Перед операцией было бы целесообразно направить пациентов к психологу, у которых есть вегетососудистая дистония или симптомы повышенной тревожности, чтобы психолог применил методы психотерапии.

Таким образом, можно сказать, что необходима качественная подготовка пациента перед операцией, не только физиологическая (клизмы, премедикация и т.д.), но ещё и психологическая. Если проводить профилактику страха перед оперативным вмешательством, то эффективность операций улучшится, это важно так как страх влияет на эмоциональное состояние пациента, в связи с этим идет ухудшение его заболевания, если пациент боится, то это чревато долгим заживлением оперативной раны или есть риск возникновения осложнений после операции, то есть все эмоции провоцируют негативные состояния.

ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РОЛИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ СТРАХА ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕД ОПЕРАТИВНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ

2.1. Материалы исследования и анализ результатов статистики

Исследовательская часть нашей работы осуществлялась на базе ОГБУЗ «Городская больница № 2» в хирургическом отделении города Белгорода. Чтобы изучить тему досконально мы используем статистические данные за 2016-2018 год. В среднем 46-48 оперативных вмешательств ежедневно выполняются, а количество операций первой и второй категории сложности: в 2018 году на 79,8%, в 2017 году на 68,8%, а в 2016 году на 66,9% (Рис. 1Рис. 1).

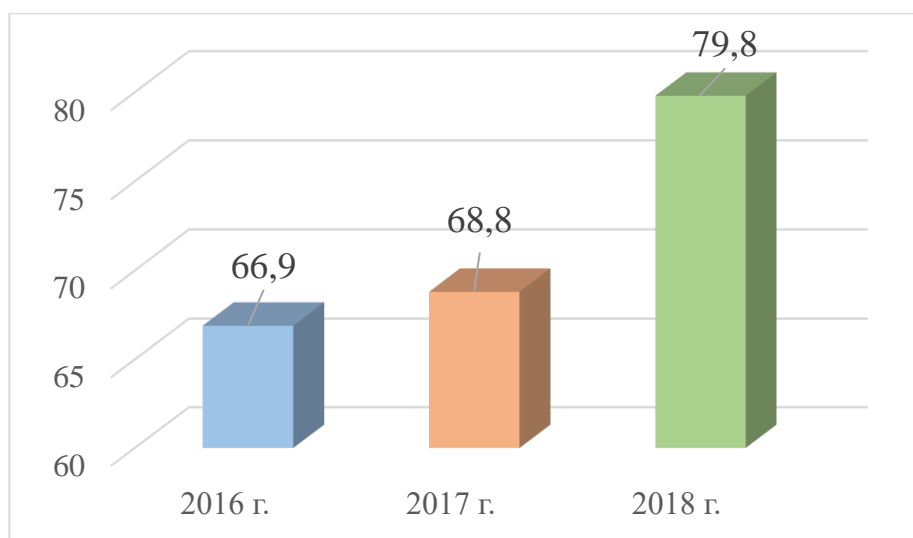


Рис. 1. Распространенность оперативных вмешательств

Из данной диаграммы можно увидеть, что тенденция выполняемых оперативных вмешательств с каждым годом увеличивается.

2.2. Анализ результатов анкетирования

С целью изучения профессиональной деятельности медсестры в профилактике оперативных вмешательств были проведены исследования на базе ОГБУЗ «Городская больница №2» города Белгорода.

Мы использовали валидный тест, который уже прошел апробацию в отделении наркологии НИИ им. В.М. Бехтерева Т.И.Балашовой, тест Ч.Д. Спилберга и У. Цунга, в нем 24 вопроса, предназначенных выявить оценку личностной тревожности и страхи у взрослых. В анкетировании приняли участие 40 человек: 20 респондентов – экспериментальная группа, взрослые перенесшие оперативное вмешательство; 20 респондентов - контрольная группа, взрослые не подвергавшиеся оперативному вмешательству. Проанализировав полученные данные, мы пришли к следующим результатам.

Обследуемые респонденты по возрасту распределились следующим образом: 18 – 25 лет – 5 человек (12%), 30 - 35 лет – 8 человек (20%), 40-45 лет – 8 человек (20%), 50 - 55 лет – 10 человек (25%), 60 лет и старше – 9 человека (23%) (Рис. 2).

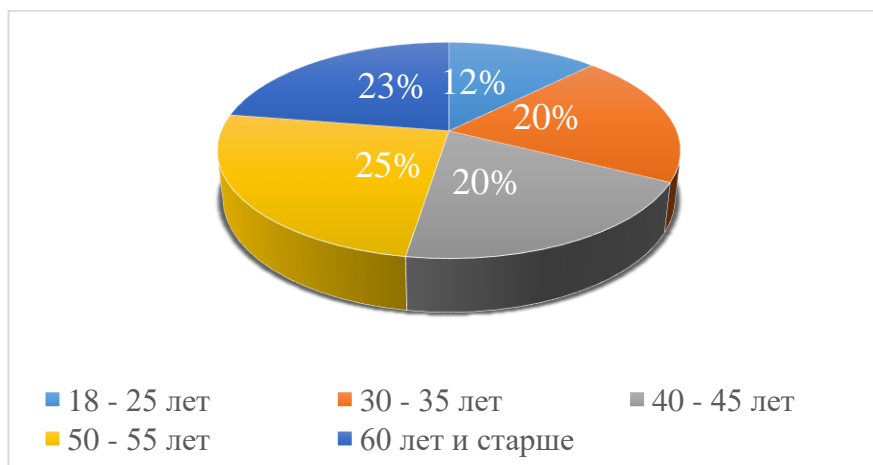


Рис. 2. Распределение по возрасту

Из диаграммы можно сделать следующий вывод, что большинство респондентов были подвержены оперативному вмешательству в возрасте 50 – 55 лет.

Из числа опрошенных респондентов выяснилось: 20 мужчин (50%) и 20 женщин (50%) перенесшие оперативное вмешательство (Рис. 3).



Рис. 3. Распределение респондентов по половому признаку

Из диаграммы можно сказать, что одинаковое количество мужчин и женщин перенесшие оперативные вмешательства.

Согласно данному опросника, мы исследовали переносимость крови и открытых ран, их переносят 15% взрослых респондентов, перенесшие оперативные вмешательства, а в контрольной группе таких всего 20% взрослых респондентов, не подвергшиеся оперативному вмешательству (Рис. 4).

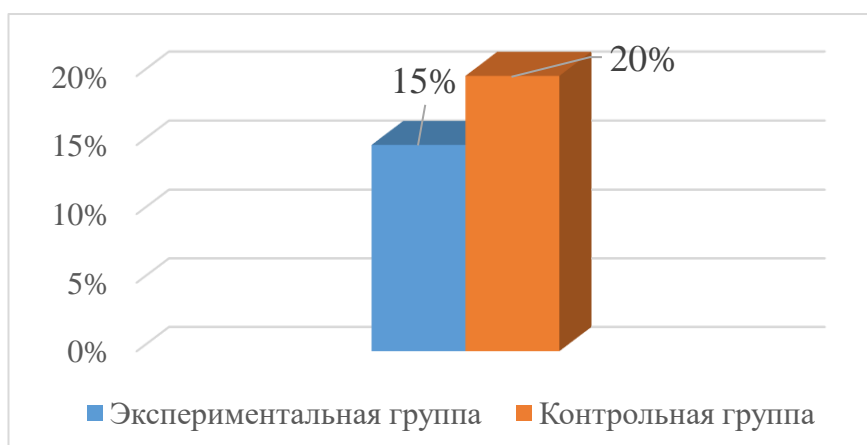


Рис. 4. Распределение по переносимости вида крови и открытых ран

Из диаграммы можно сделать вывод, что взрослые, не подвергавшиеся оперативным вмешательствам, почти все переносят вид крови и открытые раны.

Согласно данному опросника, мы исследовали переносимость страх уколов, стоматологических процедур, медицинских манипуляций в ухе, глазу

или других органах у 25% взрослых, подвергшиеся оперативному вмешательству, а в контрольной группе таких всего 5% взрослых респондентов, не подвергшиеся оперативному вмешательству (Рис. 5).

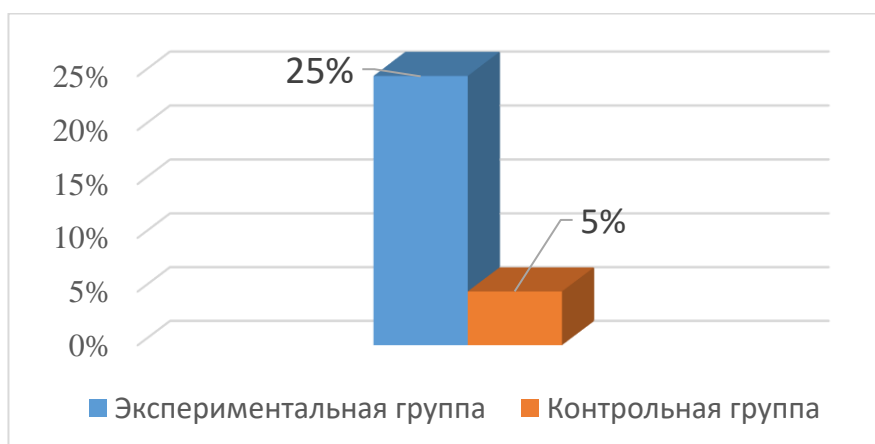


Рис. 5. Распределение по медицинским манипуляциям

Из данной диаграммы можно сделать вывод, что взрослые, не подвергавшиеся оперативным вмешательствам не боятся уколов, стоматологических процедур, медицинских манипуляций в ухе, глазу или других органах.

Согласно данному опросника, мы исследовали группу, которая снимает беспокойства с помощью дополнительных методов (лекарств, курения, в принятие еды), их оказалось 20% взрослых, подвергшиеся оперативному вмешательству, а в контрольной группе таких всего 1% взрослых респондентов, не подвергшиеся оперативному вмешательству (Рис. 6).

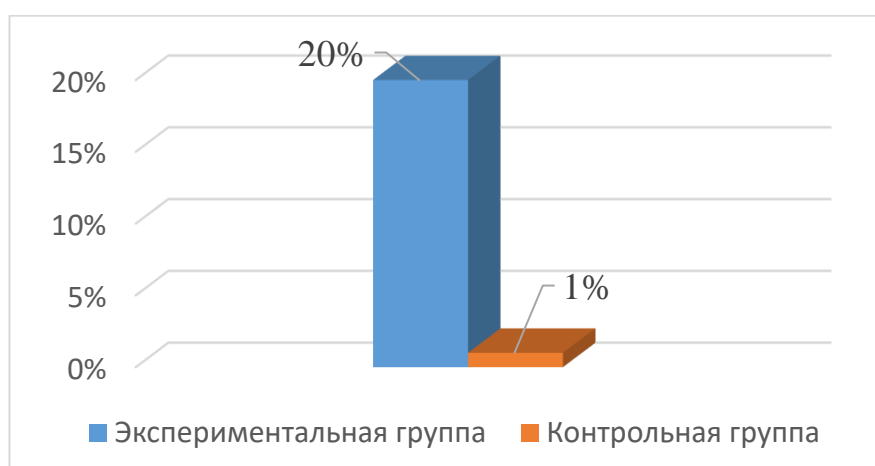


Рис. 6. Анализ реакции на беспокойное тревожное поведение

Из данной диаграммы можно сделать вывод, что взрослые, не подвергшиеся оперативным вмешательствам, чтобы снять стресс не принимают еду, питьё и лекарственные препараты.

Согласно данному опроснику, мы исследовали группу, которая испытывает страх остаться в условиях, когда невозможна экстренная медицинская помощь, их оказалось 15% взрослых, подвергшиеся оперативному вмешательству, а в контрольной группе таких всего 20% взрослых респондентов, не подвергшиеся оперативному вмешательству (Рис. 7).

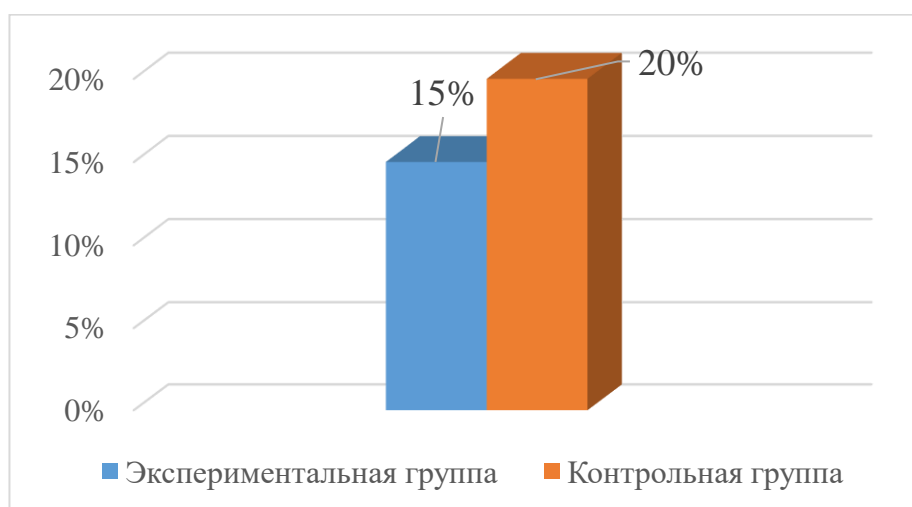


Рис. 7. Анализ реакции на страх остаться в условиях без экстренной медицинской помощи

Из диаграммы можно сделать вывод, что взрослые, не подвергавшиеся оперативным вмешательствам, почти все не испытывает страх остаться в условиях, когда невозможна экстренная медицинская помощь.

Согласно данному опроснику, мы исследовали страх головокружения, потери равновесия, потери сознания, наркоза при операции, их испытывают 40% взрослых, подвергшиеся оперативному вмешательству, а в контрольной группе таких всего 25% взрослых респондентов, не подвергшиеся оперативному вмешательству (Рис. 8).

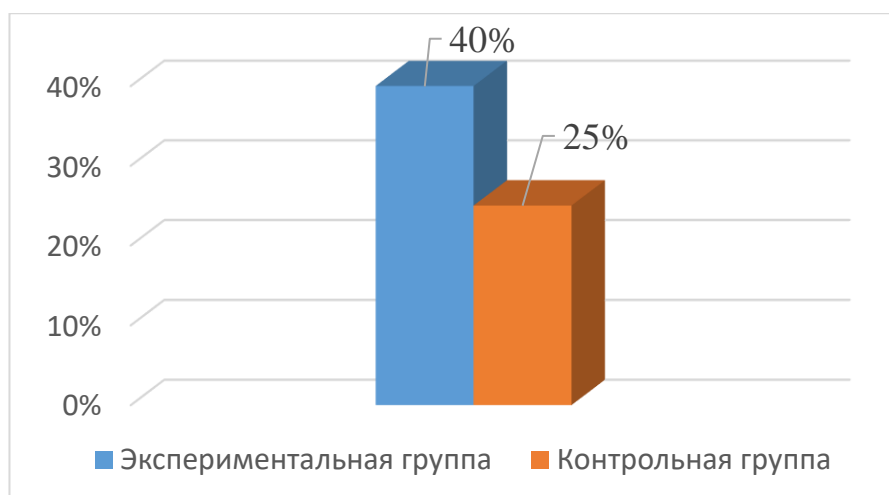


Рис. 8. Анализ страха головокружения и потери сознания при операции

Из диаграммы можно сделать вывод, что взрослые, не подвергавшиеся оперативным вмешательствам, почти не испытывают страх головокружения, потери равновесия, потери сознания, наркоза при операции.

Согласно данному опросника, мы исследовали группу, у которой есть страх смерти, боли, болезней, их оказалось 40% взрослых, подвергшиеся оперативному вмешательству, а в контрольной группе таких всего 20% взрослых респондентов, не подвергшиеся оперативному вмешательству (Рис. 9).

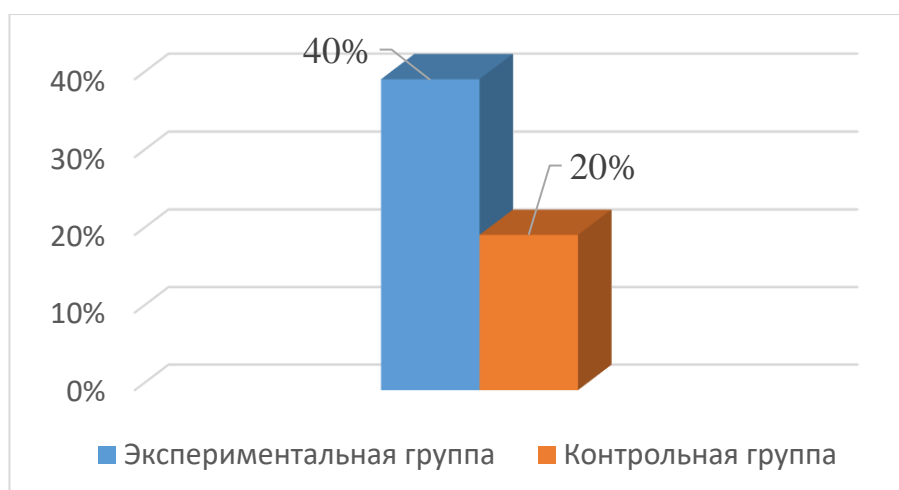


Рис. 9. Анализ реакции на страх смерти, боли

Из диаграммы можно сделать вывод, что взрослые, не подвергавшиеся оперативным вмешательствам, почти не испытывают страх смерти, боли, болезней.

Согласно данному опроснику, мы исследовали группу, которая заботится о своем здоровье, их оказалось 50% взрослых, подвергшиеся оперативному вмешательству, а в контрольной группе таких всего 50% взрослых респондентов, не подвергшиеся оперативному вмешательству (Рис. 10).

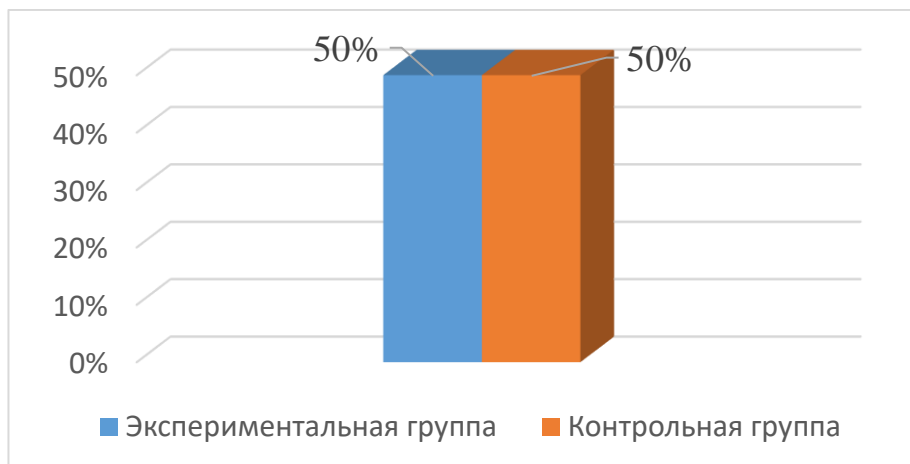


Рис. 10. Распределение по сохранению своего здоровья

Из диаграммы можно сделать вывод, что взрослые, не подвергавшиеся оперативным вмешательствам, заботятся о своем здоровье.

Согласно данному опроснику, мы исследовали группу, у которой есть известная фобия, их оказалось 25% взрослых, подвергшиеся оперативному вмешательству, а в контрольной группе таких всего 10% взрослых респондентов, не подвергшиеся оперативному вмешательству (Рис. 11).

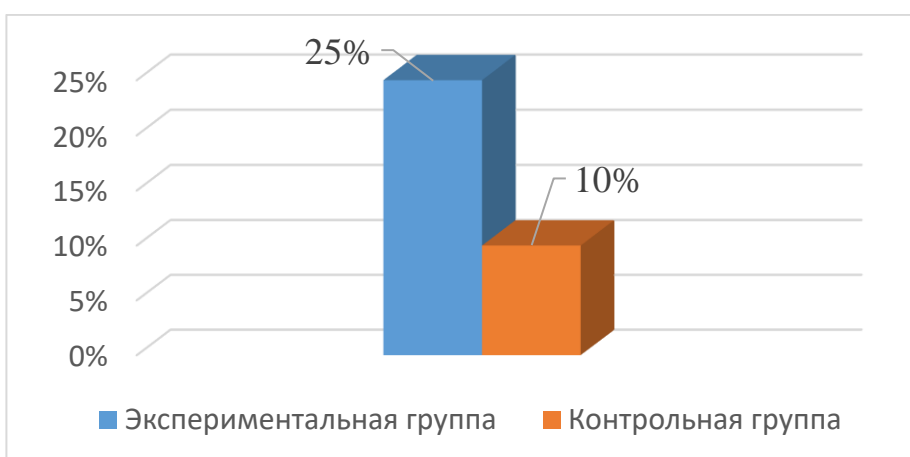


Рис. 11. Анализ реакции на известную фобию

Из диаграммы можно сделать вывод, что взрослые, не подвергавшиеся оперативным вмешательствам, нет известных им фобий.

Согласно данному опроснику, мы исследовали группу, которая пережила в детстве (в прошлом) психологические травмы, их оказалось 15% взрослых, подвергшиеся оперативному вмешательству, а в контрольной группе таких всего 5% взрослых респондентов, не подвергшиеся оперативному вмешательству (Рис. 12).

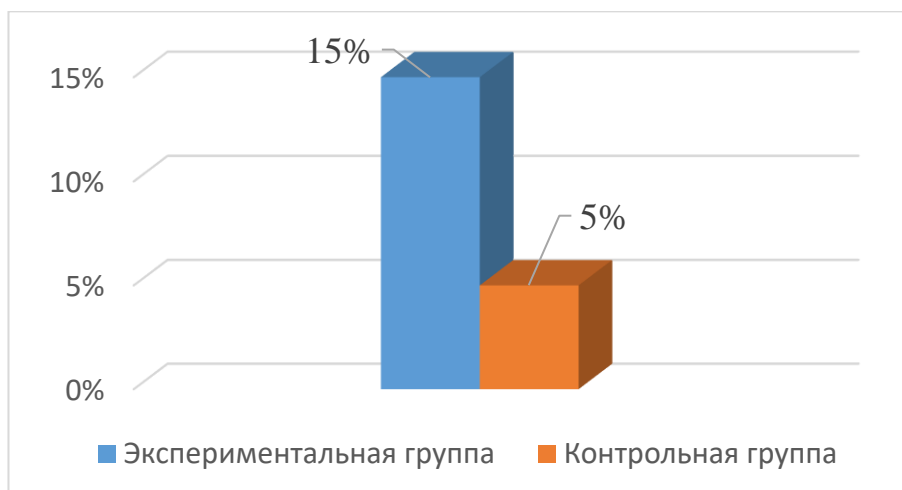


Рис. 12. Распределение по пережитому в детстве психологической травме

Из диаграммы можно сделать вывод, что взрослые, не подвергавшиеся оперативным вмешательствам, почти все не переживали в детстве (в прошлом) психологические травмы.

Согласно данному опроснику, мы исследовали группу, которая считает себя мнительным и тревожным, их оказалось 25% взрослых, подвергшиеся оперативному вмешательству, а в контрольной группе таких всего 10% взрослых респондентов, не подвергшиеся оперативному вмешательству (Рис. 13).

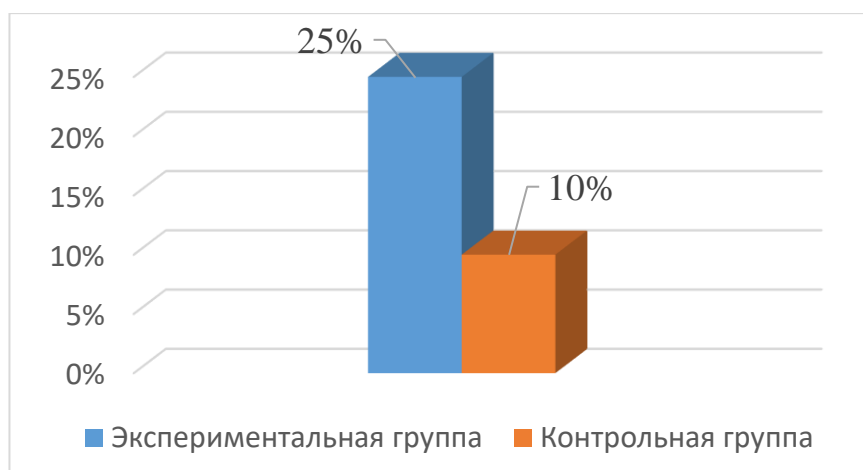


Рис. 13. Анализ реакции на беспокойное поведение

Из диаграммы можно сделать вывод, что взрослые, не подвергавшиеся оперативным вмешательствам, почти все не считают себя мнительными и тревожными.

Согласно данному опроснику, мы исследовали группу, которая считает себя эмоциональным, сентиментальным, плаксивым, их оказалось 15% взрослых, подвергшиеся оперативному вмешательству, а в контрольной группе таких всего 5% взрослых респондентов, не подвергшиеся оперативному вмешательству (Рис. 14).

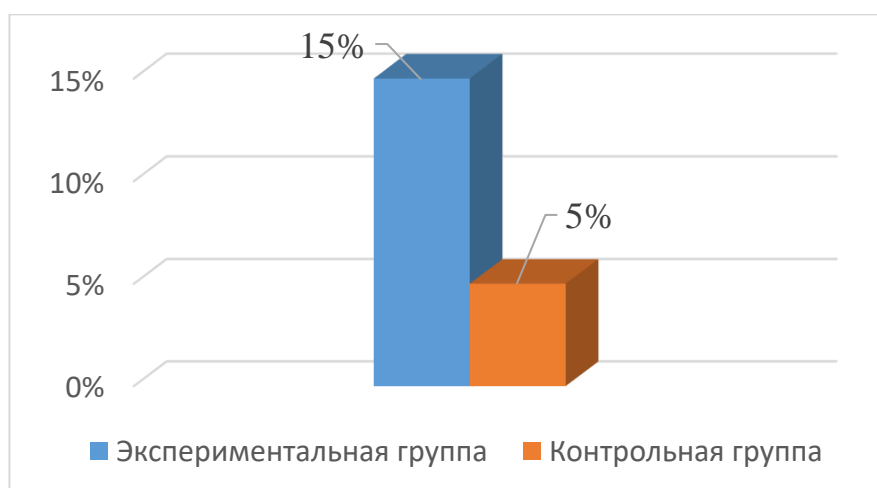


Рис. 14. Распределение по сентиментальности и плаксивости

Из диаграммы можно сделать вывод, что взрослые, не подвергавшиеся оперативным вмешательствам, почти не считают себя эмоциональными, сентиментальными, плаксивыми.

Согласно данному опроснику мы исследовали группу, которая думает, что может случиться что-то плохое с ним или с близким, их оказалось 45% взрослых, подвергшиеся оперативному вмешательству, а в контрольной группе таких всего 25% взрослых респондентов, не подвергшиеся оперативному вмешательству (Рис. 15).

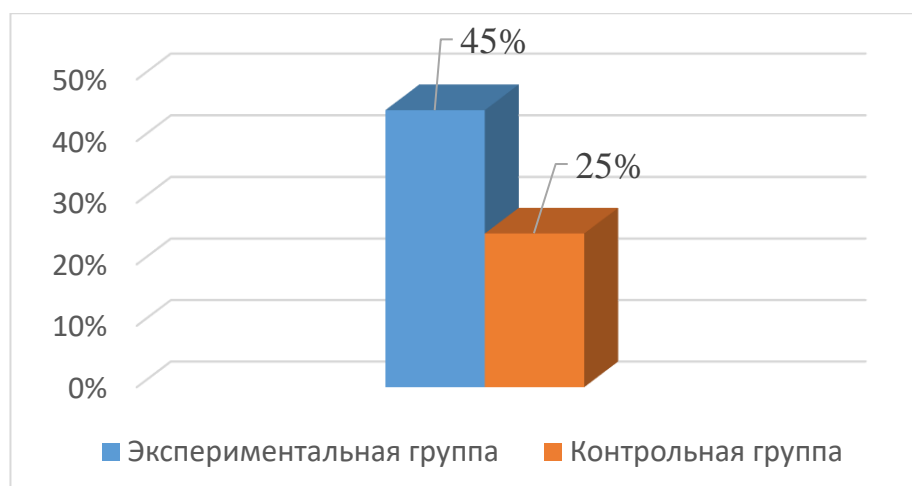


Рис. 15. Анализ реакции на отрицательные мысли

Из диаграммы можно сделать вывод, что взрослые, не подвергавшиеся оперативным вмешательствам, почти все не думают, что может случиться что-то плохое с ним или с близким.

Согласно данному опроснику, мы исследовали группу, которая считает себя трусом, их оказалось 25% взрослых, подвергшиеся оперативному вмешательству, а в контрольной группе таких всего 10% взрослых респондентов, не подвергшиеся оперативному вмешательству (Рис. 16)

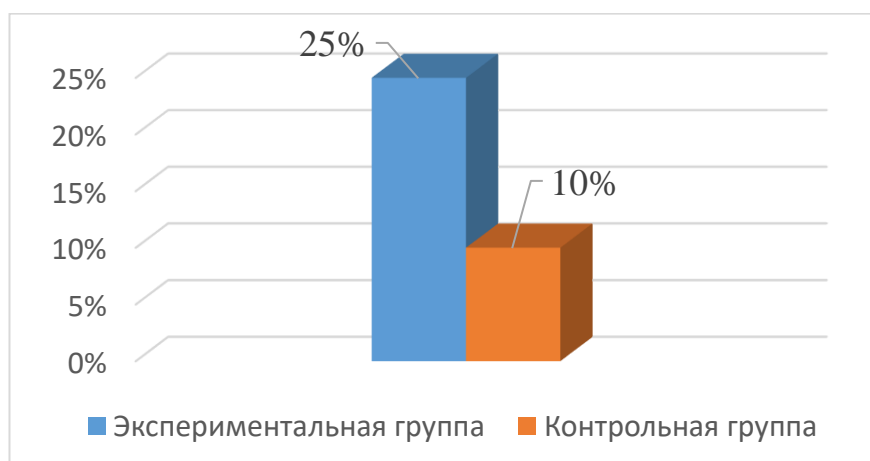


Рис. 16. Анализ реакции на трусость

Из диаграммы можно сделать вывод, что взрослые, не подвергавшиеся оперативным вмешательствам, почти все не считают себя трусами.

Согласно данному опроснику, мы исследовали группу, которая хорошо переносит стрессы, их оказалось 50% взрослых, подвергшиеся оперативному

вмешательству, а в контрольной группе таких всего 50% взрослых респондентов, не подвергшиеся оперативному вмешательству (Рис. 17).

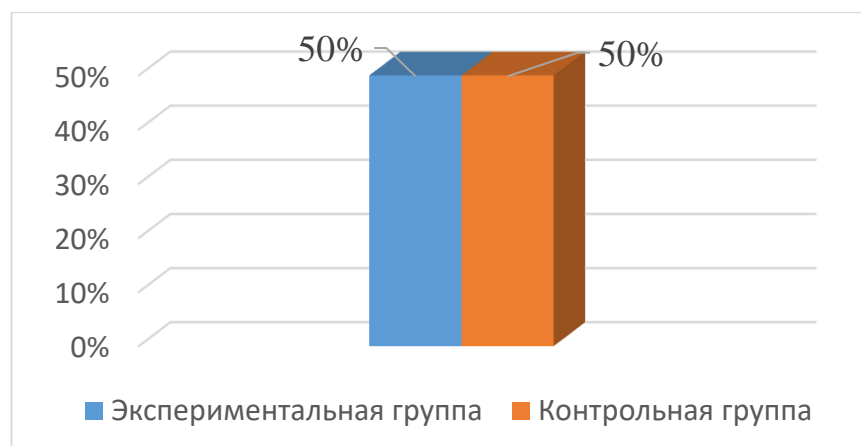


Рис. 17. Распределение по переносимости стресса

Из диаграммы можно сделать вывод, что взрослые, не подвергавшиеся оперативным вмешательствам, все хорошо переносят стрессы.

Согласно данному опроснику, мы исследовали группу, которая боится многого в жизни, их оказалось 35% взрослых, подвергшиеся оперативному вмешательству, а в контрольной группе таких всего 15% взрослых респондентов, не подвергшиеся оперативному вмешательству (Рис. 18).

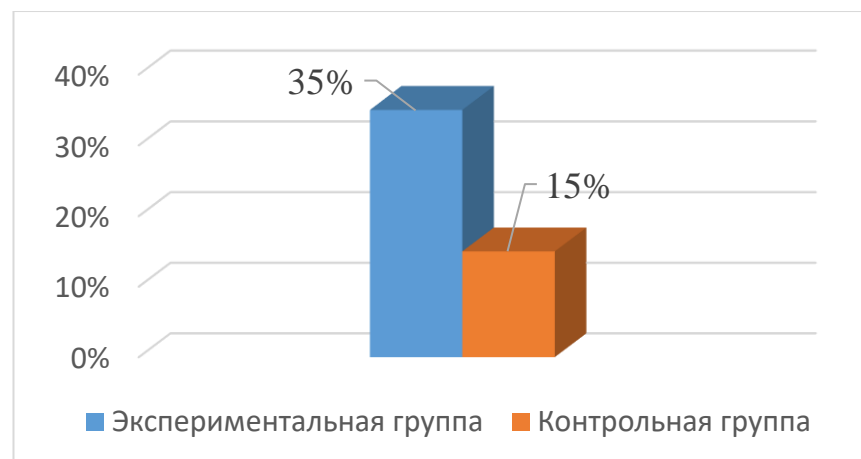


Рис. 18. Распределение по страху в жизни

Из диаграммы можно сделать вывод, что взрослые, не подвергавшиеся оперативным вмешательствам, почти все не боятся многого в жизни.

Согласно данному опроснику, мы исследовали группу, у которой возникает страх (чувство тревоги, беспокойство) без видимых причин, их

оказалось 50% взрослых, подвергшиеся оперативному вмешательству, а в контрольной группе таких всего 35% взрослых респондентов, не подвергшиеся оперативному вмешательству (Рис. 19).

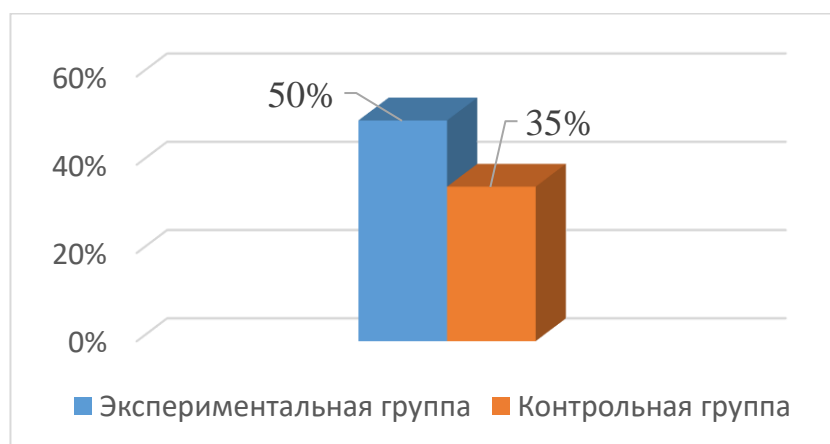


Рис. 19. Распределение по возникновению страха без видимых причин

Из диаграммы можно сделать вывод, что взрослые, не подвергавшиеся оперативным вмешательствам, почти все не испытывают страх (чувство тревоги, беспокойство) без видимых причин.

Согласно данному опроснику, мы исследовали группу, которая чувствует себя более нервным, чем обычно, их оказалось 25% взрослых, подвергшиеся оперативному вмешательству, а в контрольной группе таких всего 10% взрослых респондентов, не подвергшиеся оперативному вмешательству (Рис. 20).

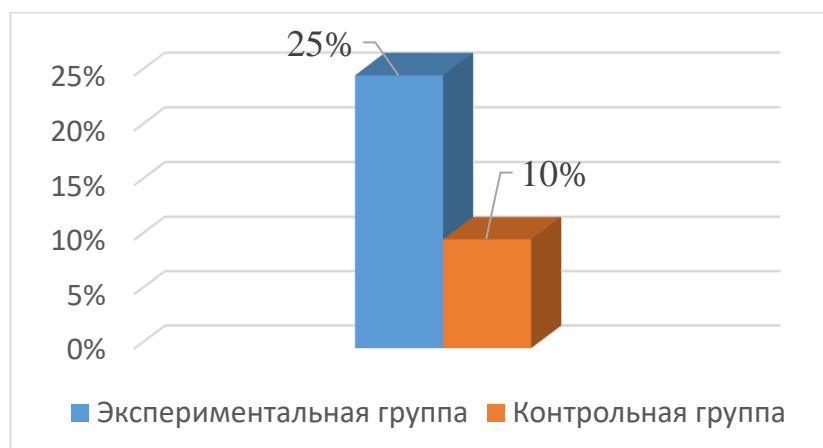


Рис. 20. Анализ реакции по нервозности

Из диаграммы можно сделать вывод, что взрослые, не подвергавшиеся оперативным вмешательствам, почти все чувствуют себя спокойно перед операцией.

Согласно данным опросника мы исследовали группу, которая ощущает частое сердцебиение, их оказалось 15% взрослых, подвергшиеся оперативному вмешательству, а в контрольной группе таких всего 5% взрослых респондентов, не подвергшиеся оперативному вмешательству (Рис. 21).

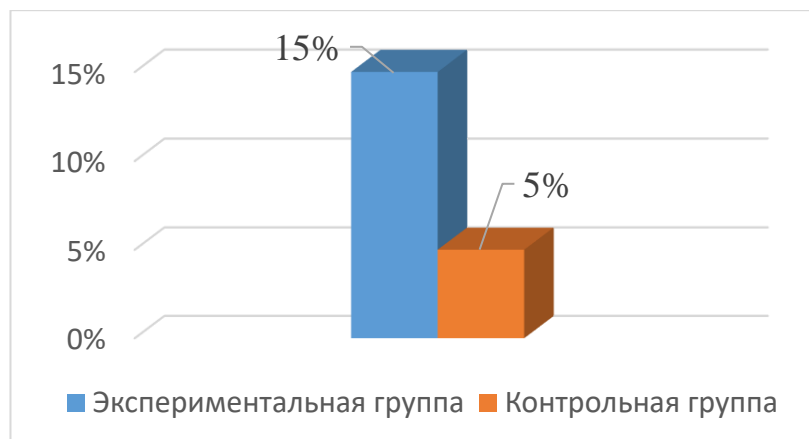


Рис. 21. Анализ реакции на частое сердцебиение

Из диаграммы можно сделать вывод, что взрослые, не подвергавшиеся оперативным вмешательствам, почти все не ощущают частое сердцебиение.

Согласно данному опроснику, мы исследовали группу, у которой бывают приступы головокружения, их оказалось 15% взрослых, подвергшиеся оперативному вмешательству, а в контрольной группе таких всего 5% взрослых респондентов, не подвергшиеся оперативному вмешательству (Рис. 22).

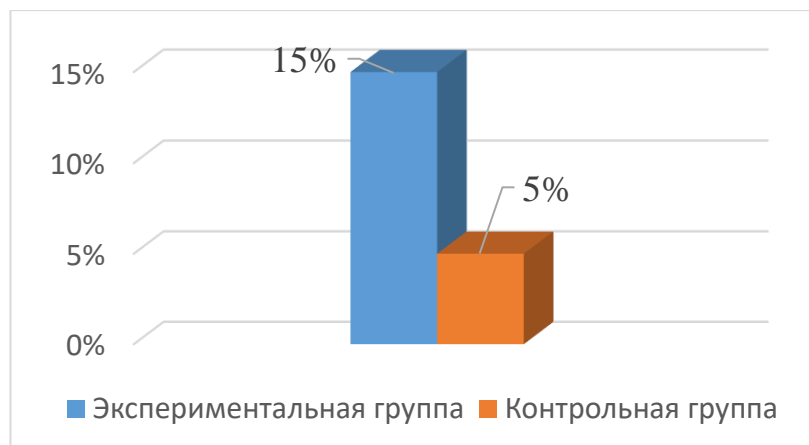


Рис. 22. Распределение по приступам головокружения

Из диаграммы можно сделать вывод, что взрослые, не подвергавшиеся оперативным вмешательствам, почти у всех не бывают приступы головокружения.

Согласно данному опроснику, мы исследовали группу, у которой бывают приступы слабости и чувство, что могут потерять сознание, их оказалось 20% взрослых, подвергшиеся оперативному вмешательству, а в контрольной группе таких всего 10% взрослых респондентов, не подвергшиеся оперативному вмешательству (Рис. 23).



Рис. 23. Распределение по приступам слабости

Из диаграммы можно сделать вывод, что взрослые, не подвергавшиеся оперативным вмешательствам, почти у всех не бывают приступы слабости и чувство, что могут потерять сознание.

Согласно данному опроснику, мы исследовали группу, которая испытывает повторяющийся страх заболеть каким-либо заболеванием, их оказалось 30% взрослых, подвергшиеся оперативному вмешательству, а в контрольной группе таких всего 15% взрослых респондентов, не подвергшиеся оперативному вмешательству (Рис. 24).

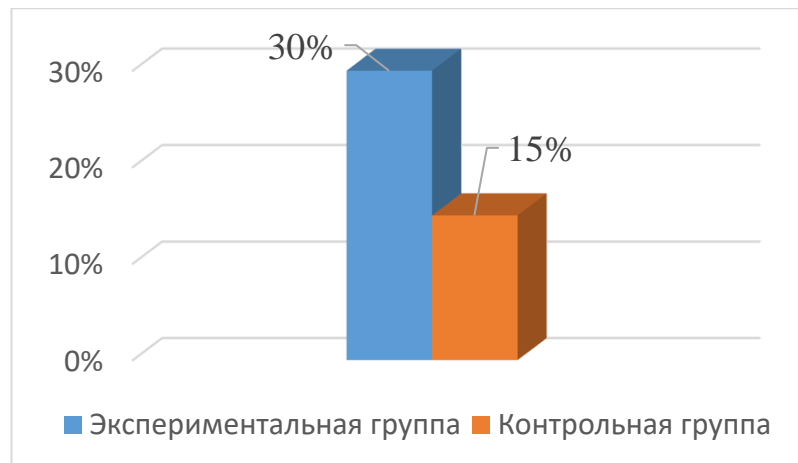


Рис. 24. Анализ реакции на страх повторного заболевания

Из диаграммы можно сделать вывод, что взрослые, не подвергавшиеся оперативным вмешательствам, не испытывают повторяющийся страх заболеть каким-либо заболеванием.

Согласно тесту Спилберга, мы выяснили оценку личностной тревожности у взрослых экспериментальной (Рис. 25) и контрольной группы (Рис. 26).

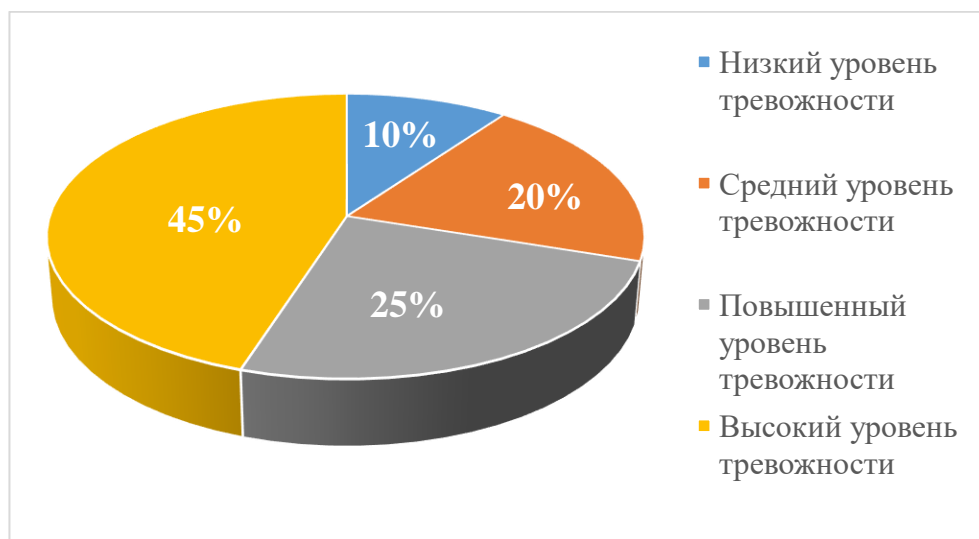


Рис. 25. Анализ экспериментальной группы

Из данной диаграммы можно сделать вывод, что суммарный результат по тесту Спилберга у взрослых подвергшиеся оперативному вмешательству показывает: у 2 человек (10%) - низкий уровень тревожности (до 34 баллов); у 4 человек (20%) - средний уровень тревожности (от 35 до 55 баллов); у 5 человек (25%) - повышенный уровень тревожности (от 56 до 65 баллов), у 9 человек (45%) - высокий уровень тревожности (свыше 65 баллов).

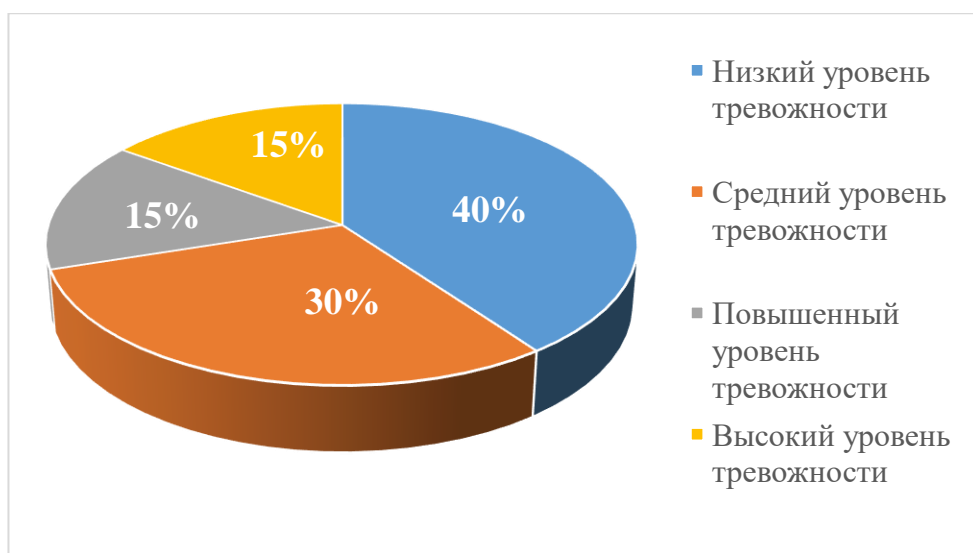


Рис. 26. Анализ контрольной группы

Из данной диаграммы можно сделать вывод, что суммарный результат по тесту Спилбергера у взрослых не подвергшиеся оперативному вмешательству показывает: у 8 человек (40%) - низкий уровень тревожности (до 34 баллов); у 6 человек (30%) - средний уровень тревожности (от 35 до 55 баллов); у 3 человек (15%) - повышенный уровень тревожности (от 56 до 65 баллов), у 3 человек (15%) - высокий уровень тревожности (свыше 65 баллов).

Средний уровень личностной тревожности у здоровых испытуемых составлял 46 баллов. Поэтому можно сделать вывод, что из экспериментальной группы – 4 человека со средним уровнем личностной тревожности, а в контрольной группе – 6 человек со средним уровнем тревожности.

В экспериментальной группе, пациентов с личностной тревожностью составляет – 45% (9 человек), а с реактивной тревожностью – 25% (5 человек). В контрольной группе, пациентов с личностной тревожностью составляет – 15% (3 человека), а с реактивной тревожностью – 15% (3 человека).

2.3. Рекомендации для медицинских сестер хирургического отделения

Для качественной подготовки пациента перед операцией, для того что бы он не испытывал страх, необходимо качественно проводить профилактику

страха перед оперативным вмешательством. Чтобы пациент просто не боялся, а эффективность лечения возрастала. Мы считаем, необходимо обязательно подготовить пациента к операции, не только провести физиологическую подготовку, но еще и психологическую. Это следует провести следующим образом: необходимо провести беседу с пациентом, беседу должен провести врач, медицинская сестра и анестезиолог, чтобы снять возможность страхов и тревожности пациента. Разговаривать с пациентом необходимо не только до операции, но и после ее проведения, чтобы узнать его состояние. Предоставить информацию в понятной для пациента форме и объяснять ему суть вмешательств. Повышать эмоциональный настрой пациента на выздоровление его состояния. Принять меры по сохранению и укреплению здоровья пациента. Проводить реабилитационные мероприятия по отношению к пациенту. Осуществлять сестринский уход за пациентами с различными заболеваниями и состояниями.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Целью нашего исследования было выявить роль медицинской сестры в профилактике страха перед оперативным вмешательством.

Исследуя задачи, мы ознакомились с литературными источниками; изучили психологические особенности, причины, симптомы страха перед оперативным вмешательством; также изучили профилактику страха перед оперативным вмешательством.

В нашей работе мы использовали тесту Спилберга и получили следующие данные:

Из данной диаграммы можно сделать вывод, что суммарный результат по тесту Спилбергера у взрослых подвергшиеся оперативному вмешательству показывает: у 2 человек (10%) - низкий уровень тревожности (до 34 баллов); у 4 человек (20%) - средний уровень тревожности (от 35 до 55 баллов); у 5 человек (25%) - повышенный уровень тревожности (от 56 до 65 баллов), у 9 человек (45%) - высокий уровень тревожности (свыше 65 баллов).

Из данной диаграммы можно сделать вывод, что суммарный результат по тесту Спилбергера у взрослых не подвергшиеся оперативному вмешательству показывает: у 8 человек (40%) - низкий уровень тревожности (до 34 баллов); у 6 человек (30%) - средний уровень тревожности (от 35 до 55 баллов); у 3 человек (15%) - повышенный уровень тревожности (от 56 до 65 баллов), у 3 человек (15%) - высокий уровень тревожности (свыше 65 баллов).

Средний уровень личностной тревожности у здоровых испытуемых составлял 46 баллов. Поэтому можно сделать вывод, что из экспериментальной группы – 4 человека со средним уровнем личностной тревожности, а в контрольной группе – 6 человек со средним уровнем тревожности.

В экспериментальной группе, пациентов с личностной тревожностью составляет – 45% (9 человек), а с реактивной тревожностью – 25% (5 человек). В контрольной группе, пациентов с личностной тревожностью составляет – 15% (3 человека), а с реактивной тревожностью – 15% (3 человека).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрамова, Г.С. Психология в медицине [Текст] / Г.С. Абрамова - М.: ЛПА "Кафедра М", 2016 - 272 с.
2. Барабошин, А.Т. Психоэмоциональный статус и возможности его коррекции у больных общехирургического профиля [Электронный ресурс]: учебник / Барабошин А.Т. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 496 с. – ISBN 978-5-9704-5042-0 — Режим доступа: <http://dlib.rsl.ru/viewer/01003055580>
3. Виноградов, М.В. Типы психических реакций в предоперационной (стрессовой) ситуации и индивидуальная направленная премедикация [Текст] / М.В. Виноградов — М., 2015. — 21 с.
4. Гройсман, А.Л. Медицинская психология [Текст] / А.Л. Гройсман. - М.: Магистр, 2017. - 360 с.
5. Елисеев, Ю.Ю. Психосоматические заболевания [Текст] / Ю.Ю. Елисеев. - М.: АСТ, 2018. - 311 с.
6. Кемпински, А.Е. Психопатология неврозов [Электронный ресурс]: учебное пособие / А. Кемпински А.Е. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 192 с. - Режим доступа: <http://www.nervno.ru/Part>
7. Кузнецова, Н.А. Сестринское дело в хирургии [Электронный ресурс]: учебное пособие / Кузнецова, Н.А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 720 с. (Серия "СПО".) - ISBN 978-5-9704-2652-4 - Режим доступа: <https://propanika.ru/strahi/kak-preodolet-strah-pered-operatsiej/>
8. Лакосина, Н.Д. Клиническая психология [Текст] / Н.Д. Лакосина - М.: МЕДпрессинформ, 2017. - 416 с
9. Любан-Плоца, Б.Г. Психосоматический больной на приеме у врача [Электронный ресурс]: учебник / Б. Любан-Плоца. - 5-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 728 с. — Режим доступа: http://y-ra.com/book_psihosomaticeskij-bolnoj-na-prieme-u-vracha_740/
10. Малкина – Пых, И.Г. Психосоматика. Новейший справочник психолога [Текст] / И.Г. Малкина - Пых. - М.: Эксмо, 2017. - 928 с.

11. Никифорова, Г.С. Психология здоровья [Текст] / Г.С. Никифорова. - СПб.: Питер, 2016. - 607 с.
12. Сидоров, К.Р. Тревожность как психологический феномен [Текст] / К.Р. Сидоров — М.: Эксмо, 2017. — № 2. — С. 42—52.
13. Стецюк, В.Г. Сестринское дело в хирургии [Электронный ресурс]: [Текст] / Стецюк В.Г. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - (Серия "СПО"). – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426524.html>
14. Хайкин, С.С. Психоэмоциональное состояние больных в предоперационном периоде, как критерий эффективности премедикации [Текст] / С.С. Хайкин - М.: Эксмо, 2015. - 623 с.
15. Яковлев, Г.М. Эмоциональный стресс и психосоматические заболевания [Текст]/ Г.М. Яковлев; под ред. А.А. Крылова. - М.: Проспект, 2015. - 507 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Сводная таблица проявления тревожности у оперируемых пациентов

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
2	1	2	4	3	3	4	3	2	1	4	1	3	1	1	1	2	1	4	1	1	3	2	1
3	2	4	1	3	2	4	1	4	4	1	2	2	1	4	1	2	3	1	4	1	4	1	2
4	4	2	4	4	1	2	3	4	1	4	3	2	1	4	3	3	1	4	1	3	2	1	1
5	4	2	2	3	1	4	2	1	3	2	4	1	4	2	1	4	4	1	4	2	1	3	1
6	4	1	2	4	1	3	1	4	1	2	1	3	1	2	2	4	3	1	2	1	3	3	2
7	4	1	2	4	4	2	1	4	1	4	2	3	1	4	4	2	4	4	2	2	1	3	1
8	4	2	2	3	4	1	4	4	3	4	1	4	2	2	4	1	4	4	4	2	1	4	2
9	3	3	4	1	2	1	4	1	3	2	1	1	1	4	2	3	1	1	4	2	1	1	4
10	2	4	3	4	1	2	4	1	3	4	1	3	2	4	1	4	3	2	1	4	1	3	4
11	4	3	4	1	2	4	3	1	3	2	1	4	4	2	4	1	2	4	3	3	1	2	4
12	2	4	4	1	4	2	1	4	4	1	2	4	1	2	1	4	4	2	1	4	1	2	1
13	3	2	2	4	4	2	4	4	4	2	3	4	2	4	2	4	2	4	2	4	3	2	4
14	2	1	4	2	4	3	3	2	1	4	2	1	4	2	1	3	1	2	4	2	4	1	2
15	2	4	1	3	4	2	4	4	1	4	2	4	1	3	2	4	3	4	3	2	1	3	1
16	3	4	3	2	4	1	4	2	4	4	4	1	2	4	3	4	2	1	4	3	4	2	4
17	2	4	2	4	3	2	4	3	4	2	2	3	4	2	2	4	3	2	4	2	2	3	2
18	4	1	2	1	3	3	4	2	3	1	4	2	1	3	4	1	2	3	1	4	1	3	2
19	3	3	1	1	4	1	3	4	3	3	1	3	3	1	4	4	3	1	1	3	2	4	3
20	2	1	4	2	3	1	4	2	1	3	1	2	2	4	2	3	3	1	4	2	4	1	3
21	1	2	3	1	3	2	4	2	1	3	1	4	1	4	1	4	2	3	4	1	2	1	1
22	4	2	1	4	4	3	4	1	4	2	3	1	2	3	2	1	2	4	3	2	1	3	2
23	1	4	1	4	1	2	3	3	1	3	2	2	1	2	4	4	1	1	3	1	3	1	2
24	1	1	2	3	1	1	4	2	1	3	1	2	1	4	1	2	3	1	4	2	1	3	1
25	1	2	1	4	1	2	3	1	4	1	2	1	4	1	4	1	3	1	2	1	4	1	2
26	1	3	4	1	2	1	4	2	2	1	3	4	1	2	3	1	2	4	1	3	1	4	2
24	1	2	1	2	1	3	1	4	1	2	4	3	3	1	2	4	1	2	3	1	2	3	1
28	1	4	1	2	4	1	4	2	2	1	1	4	1	2	1	4	1	2	1	4	1	2	1
29	4	2	1	4	1	3	2	1	4	2	1	4	3	1	2	4	1	4	2	1	4	3	3
30	1	3	2	4	1	4	1	4	1	2	3	1	4	2	1	4	3	1	4	2	4	1	2
31	1	1	4	3	3	2	1	1	2	4	2	1	1	2	3	1	1	4	2	1	2	3	2
32	1	1	1	3	1	2	4	1	2	1	1	3	2	2	4	1	2	1	1	3	1	4	2

33	3	4	2	2	3	1	1	3	3	4	1	3	1	3	4	3	1	1	4	4	3	3	1
34	1	1	4	3	1	1	1	2	4	1	2	1	2	2	4	1	2	2	3	1	4	2	1
35	3	4	2	1	2	4	3	2	2	3	1	4	4	2	3	1	1	2	4	3	1	2	4
36	2	2	4	4	1	3	2	1	2	2	3	1	1	4	2	2	3	4	1	3	2	4	1
37	2	1	3	4	1	3	2	2	1	4	2	3	2	4	1	1	2	3	1	4	1	3	2
38	1	3	1	1	1	2	4	1	3	1	4	2	1	1	3	4	1	2	1	3	2	4	1
39	4	1	3	2	1	4	4	2	1	2	3	1	2	4	2	1	3	1	4	1	2	4	1
40	1	2	3	1	1	2	2	1	3	4	1	2	1	1	2	4	1	2	1	1	3	1	2

Тест на оценку личностной тревожности по Спилбергеру

№	Предложения	Почти никогда	Иногда	Часто	Почти всегда
1	Я испытываю удовлетворение	1	2	3	4
2	Я быстро устаю	1	2	3	4
3	Я легко могу заплакать	1	2	3	4
4	Я хотел бы быть таким же счастливым, как и другие	1	2	3	4
5	Бывает, что я проигрываю из-за того, что недостаточно быстро принимаю решение	1	2	3	4
6	Я чувствую себя бодрым	1	2	3	4
7	Я спокоен, хладнокровен и собран	1	2	3	4
8	Ожидание трудностей очень тревожит меня	1	2	3	4
9	Я слишком переживаю из-за пустяков	1	2	3	4
10	Я вполне счастлив	1	2	3	4
11	Я принимаю все близко к сердцу	1	2	3	4
12	Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4
13	Я чувствую себя в безопасности	1	2	3	4
14	Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей	1	2	3	4
15	У меня бывает хандра	1	2	3	4
16	Я бываю доволен	1	2	3	4
17	Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня	1	2	3	4
18	Я так сильно переживаю свои разочарования, что потом не могу о них забыть	1	2	3	4
19	Я уравновешенный человек	1	2	3	4
20	Меня охватывает сильное беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах.	1	2	3	4

Инструкция. Внимательно прочитайте каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните соответствующую цифру справа в зависимости от того, как Вы себя чувствуете обычно. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных и неправильных ответов нет.

Подсчет количества баллов производится следующим образом:

Из суммы ответов на вопросы 2, 3, 4, 5, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 20 вычитается сумма ответов на вопросы 1, 6, 7, 10, 13, 16, 19. К полученной разности прибавляется цифра 35.

Суммарный результат по шкале Спилбергера показывает: до 34 баллов - низкий уровень тревожности; от 35 до 55 баллов - средний уровень тревожности; от 56 до 65 баллов - повышенный уровень тревожности, свыше 65 баллов — высокий уровень тревожности. Средний уровень личностной тревожности в популяции здоровых испытуемых составлял 46 баллов.

АНКЕТА**«Оценка личностной тревожности у взрослых»**

Заполняя анкету (анонимно), внимательно ознакомьтесь с формулировкой вопросов и обведите или подчеркните вариант ответа, наиболее полно отражающий Вашу точку зрения.

1. Укажите Ваш возраст _____

2. Укажите Ваш пол _____

3. Переносите ли Вы вид крови и открытые раны?

- Да
- Нет
- Не знаю
- Затрудняюсь ответить

4. Бойтесь ли Вы уколов, стоматологических процедур, медицинских манипуляций в ухе, глазу или других органах?

- Да
- Нет
- Не знаю
- Затрудняюсь ответить

5. Для того чтобы снять беспокойство, начинаете ли Вы больше есть, пить, принимать лекарства?

- Да
- Нет
- Не знаю
- Затрудняюсь ответить

6. Опасаетесь ли Вы остаться в условиях, когда невозможна экстренная медицинская помощь?

- Да
- Нет
- Не знаю

Затрудняюсь ответить

7.Бойтесь ли Вы головокружения, потери равновесия, потери сознания, наркоза при операции?

Да

Нет

Не знаю

Затрудняюсь ответить

8.Есть ли у вас страх смерти, боли, болезней?

Да

Нет

Не знаю

Затрудняюсь ответить

9.Заботитесь ли Вы о своем здоровье?

Очень сильно

Более или менее

Так себе

Нет

10.Есть ли у Вас известная вам фобия?

Да

Возможно

Не знаю

Нет

11.Пережили ли Вы в детстве (в прошлом) психологические травмы?

Да

Возможно

Не знаю

Нет

12.Считаете ли Вы себя мнительным, тревожным?

Да, очень

Часто

Иногда

Нет

13. Вы считаете ли Вы себя эмоциональным, сентиментальным, плаксивым?

Да,

Иногда

Редко

Нет

14. Часто ли Вы думаете о том, что может случиться что-то плохое с вами или вашими близкими?

Да,

Иногда

Редко

Нет

15. Если с Вами вдруг не случилось что-то страшное, то вы потом долго будете думать и тревожиться об этом, представляя чем бы все могло кончиться?

Да,

Иногда

Редко

Нет

16. Считаете ли Вы себя трусом?

Да,

Иногда

Редко

Нет

17. Хорошо ли Вы переносите стрессы?

Да,

Иногда

Редко

Нет

18.Боятесь ли Вы многого в жизни?

- Постоянно
- Часто
- Редко
- Нет

19.Возникает ли у Вас какой-то страх (чувство тревоги, беспокойство) без видимых причин?

- Часто
- Иногда
- Редко
- Нет

20.Чувствуете себя более нервным, чем обычно?

- Часто
- Иногда
- Редко
- Нет

21.Бывает ли у Вас ощущение частого сердцебиения?

- Часто
- Иногда
- Редко
- Нет

22.Бывают ли у Вас приступы головокружения?

- Часто
- Иногда
- Редко
- Нет

23.Бывают ли у Вас приступы слабости, и чувствуете ли вы, что можете потерять сознание?

- Часто
- Иногда

Редко

Нет

24. Испытываете ли Вы повторяющийся страх заболеть каким-либо заболеванием?

Часто

Иногда

Редко

Нет

Благодарим Вас за сотрудничество!

Программа психологической подготовки к операции

Травмирование психики хирургических больных начинается с поликлиники, когда врач рекомендует оперативное лечение, и продолжается в стационаре при непосредственном назначении операции, подготовке к ней. Поэтому очень важно чуткое, внимательное отношение к больному со стороны лечащего врача и обслуживающего персонала.

Важно проследить, чтобы во время беседы с больным и в документах, доступных осмотру больного (направления, анализы и др.), не встречались такие пугающие его слова, как рак, саркома, злокачественная опухоль и др.

Решая вопрос об операции, медицинская сестра должна убедительно объяснить больному целесообразность ее выполнения.

В день операции медицинская сестра должна уделить максимум внимания больному, ободрить его, спросить о самочувствии, осмотреть, как подготовлено операционное поле, выслушать сердце и легкие, осмотреть зев, успокоить.

Больные люди всегда угнетены, испытывают страх перед операцией и физической болью. Медицинская сестра обязана рассеять эти сомнения. Однако медицинская сестра не должна утверждать, что операция не причинит никаких беспокойств. Всякая операция сопряжена с риском и осложнениями.

Медицинская сестра, в беседе с больным должна объяснять ему сущность болезни. Если же больной со злокачественной опухолью продолжает сомневаться и упорно отказывается от оперативного лечения, то допустимо сказать, что его заболевание через некоторое время может перейти в рак. Наконец, при категорическом отказе целесообразно сказать больному, что у него начальная стадия опухоли и промедление с операцией приведет к запущенности заболевания и неблагоприятному исходу. Больной должен понять, что в данной ситуации операция является единственным видом лечения. В ряде случаев хирург должен объяснить больному истинную сущность операции, ее последствия и прогноз.