**ВВЕДЕНИЕ**

Манипуляция - выполнение желаемых действий или достижение лечебного эффекта при воздействии рук на какую-либо часть тела человека. Как физиотерапевты, так и остеопаты используют различные манипуляции для восстановления нормальной работоспособности тугоподвижных суставов.

При этом необходимо руководствоваться этическими принципами взаимодействия медицинского работника и пациента.

Ведущая роль в утверждении этических принципов поведения и учете индивидуальных психологических особенностей пациента принадлежит врачу. При проведении лечебных, диагностических мероприятий на профессиональном уровне от медицинской сестры требуется высокая профессиональная дисциплина, четкое выполнение всех распоряжений врача. Это одна из основных обязанностей медицинского персонала. При общении с пациентом и выполнении сестринских манипуляций медсестра обязана

 соблюдать этические принципы поведения,

 создавать общий доброжелательный настрой,

 проявлять выдержку, терпимость, готовность помочь пациентам,

 создавать обстановку доверия между медицинским персоналом и пациентом,

 способствовать повышению авторитета медицинского врача и ЛПУ.

Правила поведения, совместимые с психологическими и биологическими законами, морально приемлемые для самих медиков и для всех других людей, оформились в науку о профессиональном медицинском долге. Эта наука медицинская деонтология. Деонтология - это практическая реализация основных принципов этики. Общечеловеческие морально-нравственные законы (этика) и правила поведения (деонтология) в медицине определяют друг друга. У разных профессиональных групп свои этические кодексы поведения. Этический кодекс сестринского дела - это уважение к образу жизни, достоинству и правам пациента. Четкие действия и профессиональное выполнение манипуляций оказывают на пациента большое психологическое воздействие. Подготовка пациента к различным медицинским манипуляциям зависит от

 установок пациента,

 культурного уровня,

 знаний,

 от характера самого предстоящего исследования.

Психологические особенности работы медсестры при проведении сестринских манипуляций:

1) Любые сестринские вмешательства имеют отношение к сохранению целостности организма пациента, поэтому сопровождаются переживаниями и отношениями к происходящему вокруг (медицинскому персоналу, окружающей действительности, к самому себе в новой ситуации).

Эмоции, сопровождающие пациента:

- Страх. Сопровождается выраженными признаками соматической реакции: повышение АД, учащенный пульс, дрожание, тик, холодный пот, расширенные зрачки, повышенный мышечный тонус, бледность, тенденция к опорожнению мочевого пузыря и кишечника.

Страх может мешать пациенту подготовиться к болезненным процедурам. В итоге пациент всеми способами будет избегать этих вмешательств. Страх осложняет ход обследования, выполнения манипуляции: повышается АД, тахикардия; все это может привести к ошибочному диагнозу, повышенный тонус делает невозможной релаксацию живота, что вызывает трудности при исследовании рефлексов, при введении желудочного зонда, катетера. Пациент пытается защититься от вмешательства руками, что мешает медицинскому работнику, выполнит запланированное.

- Тревога – это психическое состояние, аналогичное страху, но при нем человек не знает, чего он конкретно боится. Это беспредметный страх, страх перед неопределенной и неизвестной опасностью. Тревога также сопровождается вегетативными симптомами.

- При длительном обследовании усиливается напряженность пациента. Оно обостряется неудобным положением тела, физической нагрузкой. Возникает неприятное чувство беспомощности, зависимости от медперсонала. О предстоящих манипуляциях следует заранее предупреждать пациента.

Люди обычно боятся неизвестного. Пациент в любом возрасте, при любых обстоятельствах боится почти всего, что с ним делают. Не бывает бесстрашных пациентов – это те пациенты, которые умеют управлять своим страхом и не показывают свои внутренние особенности реагирования. Пациенту надо объяснить, что с ним собираются делать. После доступного и понятного разговора с врачом, медсестрой, пациент может поговорить с другим пациентом, который уже успешно перенес подобную манипуляцию. Может появиться страх от полузнаний, от одностороннего опыта. В этом случае необходимо доступное информирование пациента. Страхи и беспокойство могут вызывать боль особенно в случаях, когда человек уже ждет ее (проецирует).

Медицинской сестре необходимо сообщить лечащему врачу, что пациент испытывает страх или тревогу. Который должен подготовить пациента к предстоящей процедуре или дать соответствующие указания медицинской сестре.

2) Диагностические и лечебные манипуляции, требующие проникновения в организм человека с помощью медицинских инструментов и других технических средств: эндоскопические (гастродуоденоскопия, ректороманоскопия, бронхоскопия, цистоскопия и др.), инъекции (в\к, в\в, п\к, в\м, в\а) и прочие – несут на себе долю риска: можно повредить слизистую оболочку исследуемого органа, совершить перфорацию, причинить пациенту боль, нанести психологическую травму. Т.е. необходимо выработать такое умение как интуиция, для которой необходимы точные знания анатомии, физиологии, высокий профессионализм.

3) Установить психологический контакт с пациентом, успокоить пациента, выровнять настроение, вселить уверенность в благоприятном исходе. Для этого необходимы конкретные технологии, применяемые при установлении контакта (практика).

4) Длительные и многократные повторяющиеся манипуляции (инъекции) могут невротизировать пациента, обостряют чувствительность к ним, формируют негативные отношения. Необходимо успокоить пациента, снять чувство страха, вселить уверенность в необходимости и безопасности назначенной процедуры, отвлечь внимание, найти добрые слова.

5) При выполнении интимных манипуляций медицинской сестре необходимо учитывать чувство стыда, неловкости, дискомфорта у пациента. Поэтому создавать условия интимности, уединения пациента, щадить самолюбие, учитывать легкую ранимость психики, не показывать пациенту брезгливости, отвращения при выполнении манипуляций, соблюдение профессионального такта, деликатного поведения. При уходе за пациентом чистота принципиально необходима. Это чистота помещения, чистота самого пациента, психологическая чистота (гигиена). В определенных условиях пациенты испытывают стыдливость в случаях, когда не могут участвовать в поддержании чистоты за своим телом. Бестактность медсестры может усилить их напряженность и страдание. Необходимо при уходе за пациентом показывать уважение к чувствам пациента.

6) Необходимо формировать у пациента положительное отношение к профилактике, установку на сотрудничество с медицинскими работниками. Санитарное просвещение искореняет предрассудки и искаженные представления людей о тех или иных процедурах. При этом важно следить, чтобы оно не приводило к ятрогении, не стало источником страха. Необходимо избегать выражений, которые могут встревожить пациента (двусмысленные, непонятные).

7) В ходе манипуляций медсестре не избежать физического контакта с пациентов. Поэтому необходимо помнить – телесный контакт всегда эмоционален (передача внутреннего состояния, эмоций). Необходимо учитывать зоны общения. Для того, чтобы выполнять манипуляции в интимной зоне необходимо добиваться доверия к себе.

8) При проведении болезненных манипуляций медицинской сестре следует сообщить об этом пациенту непосредственно перед манипуляцией, а не накануне, и выразить сожаление, что в данном случае нельзя поступить иначе. Боль не должна быть для пациента неожиданностью. Если его не предупредить, то пациент будет бояться манипуляций, не вызывающих болевые ощущения.

9) Интенсивность боли необходимо объективно оценивать по расширению зрачков, побледнению лица, холодному поту, тахикардии, повышению АД. Новая боль вызывает большее беспокойство.

10) Древний человеческий инстинкт – при опасности найти опору. Поэтому при сильной боли пациент цепляется за предметы или за другого человека. Метод ослабления боли – отвлечение внимания.

Часто внимание и рассеивание страхов легче утолить боль, чем болеутоляющими средствами.

11) Формы выражения боли зависят от культурно – социального развития человека (плач, стон, крик, стиснутые боли и т.п.). У низкоразвитых народов чувствительность к боли ниже, чем у представителей более культурных наций.

Этапы проведения инвазивных (проникающих) манипуляций:

I этап: Подготовка пациента к манипуляции. Очень важна психологическая подготовка пациента к проведению манипуляции. Задача медсестры – помочь пациенту принять правильное решение, убедить его, что это поможет поставить окончательный диагноз заболевания, в безвредности, безопасности для здоровья, объяснить пациенту, как ему следует вести себя во время манипуляции, что она прошла быстрее и легче, предупредить о возможных неприятных ощущениях и подсказать, как вести себя при этом, развеять чувство страха, опасения, тревоги. Хорошо проведенная психологическая подготовка к манипуляции обеспечивает сознательное, активное участие в ней пациента, облегчает работу врача и предотвращает возможную стрессовую ситуацию. Объяснение необходимости вмешательства и его характера должна соответствовать образовательному уровню пациента.

II этап: Проведение манипуляции. При проведении манипуляции следует напутствовать пациента добрыми словами, ободрить, напомнить о необходимости спокойного поведения во время манипуляции. При выполнении манипуляции от медицинского персонала требуется четкость, согласованность действий, высокая организованность, предельный самоконтроль, особый такт, деликатность в профессиональном общении.

III этап: После манипуляционный этап. После проведения манипуляции у пациента могут возникнуть негативные явления – например, резь, кровь при мочеиспускании, ощущение присутствия постороннего предмета в ротоглотке. Следует успокоить пациента, сказать о временном характере и безопасности этих ощущений.

**CПОСОБЫ СНИЖЕНИЯ ТРЕВОГИ У ПАЦИЕНТА**

Наверное, нет на Земле человека, который хотя бы однажды не пережил состояние тревоги. Тревога — это смутное беспокойство за будущее, ожидание каких-то неопределенных грядущих неприятностей (в отличие от страха, имеющего четко определенный объект). Выраженность тревоги может быть различной: от легкого волнения до мучительных приступов паники. При тревоге человек как бы ожидает встречи с опасностью, держится настороженно, напряженно. Чувство тревоги включает физиологические реакции активации в организме. Можно сказать, что тревога состоит из двух компонентов — душевного и телесного.

Душевный компонент проявляется волнением, различного рода опасениями (они часто нестойки и быстро сменяют друг друга), неустойчивостью настроения, при сильной тревоге — чувством отрешенности от окружаюшего и ощущением измененности собственного тела.

Телесный компонент выражается в учащении сердцебиения, чувстве нехватки воздуха (субъективном, так как настоящего удушья при тревоге нет), ознобе или потливости, длительном напряжении мышц. При тревоге нередко нарушается сон (трудно уснуть, ночной сон поверхностный, чуткий, прерывистый) и аппетит (отсутствие или повышение влечения к пище).

Выраженная и долгая тревога вызывает впоследствии чувство усталости, что неудивительно, так как на поддержание «настороженного» состояния человек тратит много душевных и физических сил. Существует множество разновидностей тревоги, и в каждом случае имеются свои причины ее развития, свои особенности клинической картины, свое лечение и свой прогноз.

Когда мы говорим о высокой личностной тревожности, это означает, что склонность к тревоге, к опасениям и мнительности является неотъемлемой чертой характера человека, а задача специалиста — наилучшим образом адаптировать клиента, пациента с таким характером к условиям его жизни.

При реактивной тревоге нарушение душевного и физического состояния развивается в ответ на психотравмирующие обстоятельства и тревога имеет высокую степень обоснованности.

При посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР) человек заболевает, пережив события, выходящие за рамки обычного человеческого опыта. Такими событиями могут стать участие в военных действиях (каждый четвертый солдат и офицер, побывавший в «горячих точках», страдает ПТСР), перенесенное насилие, террористические акты, стихийные бедствия. При ПТСР есть непосредственная угроза для жизни и благополучия самого человека и его близких. Пациент вновь и вновь во сне и наяву возвращается к травмирующей ситуации, имеет страхи, связанные с ней, зачастую теряет ощущение ценности собственной жизни и начинает тем или иным способом разрушать себя или проявляет агрессивность к своему окружению. Лечение затрудняется тем обстоятельством, что многие пациенты склонны отрицать имеющиеся проблемы и имеют низкую мотивацию к лечению.

При генерализованном тревожном расстройстве тревога порой кажется труднообъяснимой, она достаточно высока и держится на протяжении всего дня, в течение длительного времени (6 и более месяцев). При этом отмечаются неспособность полностью расслабиться, чувство усталости, нарушения сна и аппетита.

При паническом расстройстве тревога носит характер приступов, при этом она очень сильна, имеет яркое телесное «сопровождение» и сочетается со страхом сойти с ума, утратить контроль над своими действиями или умереть. Такие приступы называются паническими атаками. Вне приступа человек обычно чувствует себя относительно спокойно. Иногда в межприступный период отмечается умеренная тревога, объясняемая боязнью повторения приступа.

Существуют и другие виды тревожных расстройств. Тревога часто сочетается с депрессией. Обычно она предшествует депрессии, но может быть и наоборот. Тревога, так же как нарушения сна и раздражительность, может быть первым симптомом различных заболеваний, причем не только душевных, но и телесных (болезни эндокринной, нервной, сердечно-сосудистой системы, гинекологические заболевания и др.). При этом она является эмоциональным сигналом внутреннего разлада. (Вот почему в ряде случаев стоит сделать кардиограмму, ультразвуковое исследование щитовидной железы и проконсультироваться у специалистов соответствующего профиля).

Причины тревоги не всегда бывают очевидными. Но они всегда существуют. После исключения серьезных телесных недугов главная роль в лечении тревожных расстройств принадлежит психотерапевту, клиническому психологу. Одной из задач психотерапии является выявление внутренних причин тревоги. Кстати, и наличие заболеваний тела вовсе не исключает первичности психологических факторов в развитии заболевания.

Даже с очень сильной и не вполне понятной тревогой можно успешно бороться. Но что делать тем людям, для которых психологическая или психотерапевтическая помощь в силу тех или иных причин недоступна? Неужели им остается только беспомощно дрожать, как осиновый лист на ветру? Отнюдь нет. Существует несколько испытанных способов борьбы с тревогой. В двух словах их можно обозначить так: работа и молитва. Работа — какая-либо деятельность, позволяющая полезным образом использовать ту энергию, которую человек тратит на поддержание тревожного состояния. Молитва — разговор с самим собой, с близким человеком или Богом о тревоге, разговор, помогающий осмыслить тревогу и изжить ее. Если же вы хотите получить более конкретные рекомендации, следует хотя бы однажды проконсультироваться у специалиста (психотерапевта, клинического психолога), который после изучения специфики Ваших тревог, волнений, страхов, проведя экспериментально-психологическое обследование и, выявив, индивидуально-психологические особенности Вашего организма, сможет предложить Вам определенную необходимую для Вас схему коррекции (обучение психологическим, психотерапевтическим техникам, которые обязательно помогут снизить или снять тревожное состояние, в случае необходимости, и по согласованию с Вами рекомендовать небольшие дозы психофармакологических средств (антидепрессанты, транквилизаторы, снотворные и др.).

Наиболее часто она выражается в учащенном сердцебиении, чувстве нехватки воздуха, внутренней дрожи, дрожании конечностей, тошноте, головокружении, ознобе или потливости. Нередко человек воспринимает эти телесные симптомы как первичные, а чувство тревоги — как вторичное («Я волнуюсь, потому что мне не хватает воздуха»), что побуждает его искать помощи у специалистов по болезням тела.

Расстройства тревожного спектра являются одними из самых распространенных у пациентов соматической сети, в первую очередь в амбулаторных медицинских учреждениях. Около 50% населения в течение жизни сообщают о наличие отдельных симптомов тревоги или синдромально очерченных тревожных расстройств. Фармакоэкономические исследования свидетельствуют, что треть от всех затрат на лечение в целом психических заболеваний приходится на лечение тревоги.

Основную часть амбулаторных больных составляют пациенты с субсиндромальными (два симптома тревоги и более, существующие одновременно у индивидуума в течение минимум 2 нед и приводящих к социальной дезадаптации, но недостаточные для диагностики какоголибо тревожного расстройства, по МКБ-10) и/или соматизированными симптомами тревоги (нарушения сна: трудности засыпания, чуткий поверхностный сон, ночные пробуждения; раздражительность по отношению к внешним факторам (шум, яркий свет); нарушение внимания; изменение аппетита и т.п.). Помимо этого психические симптомы часто скрываются за фасадом массивной вегетативной дисфункции (соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы – органные неврозы – F45.3). Субсиндромальные тревожные состояния без терапии могут длительно персистировать, а зачастую, утяжеляясь, достигать развернутых тревожных синдромов.

Изучение качества жизни пациентов с субсиндромальной тревогой демонстрирует, что по параметрам профессиональной и социальной активности снижение качества жизни у них сопоставимо с пациентами, имеющими развернутое тревожное расстройство, и достоверно хуже по сравнению со здоровыми лицами. Таким образом, благодаря значительной распространенности в популяции синдромально незавершенные тревожные расстройства наносят вред обществу, сопоставимый с дезадаптирующим влиянием развернутых тревожных расстройств. Умение врача распознать у пациента помимо вегетативной дисфункции психопатологические симптомы является решающим в диагностике и определяющим дальнейшую тактику терапии. К наиболее частым общим симптомам тревоги принято относить: чувство беспокойства и нервозности, раздражительность, возбуждение и неусидчивость, непроизвольные движения, нетерпеливость, тревожные мысли, снижение концентрации внимания, нарушения сна, ночные кошмары, быструю утомляемость. Среди вегетативных симптомов тревоги преобладают тахикардия, приступы жара и озноба, потливость, холодные и влажные ладони, сухость во рту, ощущение «кома» в горле, чувство нехватки воздуха, боли в животе, диарея, учащенное мочеиспускание, головокружение, тремор, мышечные подергивания, вздрагивания, повышения тонуса скелетной мускулатуры, миалгия и т.д. Заподозрив наличие у пациента тревожных расстройств, врач общей практики должен направить больного на консультацию специалиста – психиатра или психоневролога. В настоящее время ведутся дискуссии о наделении врачей других специальностей правом назначать некоторые виды психотропных препаратов, но единого мнения на этот счет пока не существует. В то же время для купирования актуальных тревожных расстройств в общей медицинской сети широко используются анксиолитики. На современном этапе развития психофармакотерапии наиболее часто назначаются производные бензодиазепина. Однако их применение осложнено целым рядом нежелательных эффектов: симптомами поведенческой токсичности, такими как дневная сонливость, замедление когнитивных процессов, снижение остроты реакций, внимания и памяти и такими аддиктивными свойствами, как привыкание, зависимость, злоупотребление. Помимо этого, бензодиазепиновые анксиолитики могут оказывать угнетающее воздействие на дыхательный центр и снижать сократимость миокарда, что осложняет их применение у соматических больных с соответствующей патологией. Кроме того, для ряда бензодиазепиновых анксиолитиков доказано взаимодействие с некоторыми соматотропными препаратами (α-адреномиметиками, α- и β-адреноблокаторами, блокаторами кальциевых каналов, ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента, производными метилксантина и др.). В ряде случаев такие взаимодействия вызывают побочные эффекты, что в конечномитоге нивелирует их эффективность. К примеру, одновременный прием отдельных препаратов бензодиазепинового ряда с клонидином и пропранололом приводит к усилению гипотензивного эффекта и угнетающего действия на ЦНС. Комбинирование бензодиазепинов с фентоламином, тропафеном, индорамином вызывает рефлекторную тахикардию и увеличение адренолитического эффекта вплоть до развития тяжелой гипотензивной реакции и т.п.

В связи с высоким риском развития побочных эффектов и лекарственной зависимости эксперты ВОЗ рекомендуют перед назначением препаратов этого ряда рассмотреть возможности «альтернативной» терапии. Особенно это актуально при расстройствах адаптации, проявляющихся, в частности, и психовегетативными синдромами, связанными с перенесенным эмоциональным стрессом. Кроме того, транквилизаторы бензодиазепинового ряда не рекомендуется назначать на срок более 1 мес (желательно сократить его до 2 нед). Таким образом, в последние годы существует отчетливая тенденция использования низких дозировок бензодиазепинов и коротких курсов терапии, не превышающих обычно 4 нед. Согласно данным ряда исследований, в некоторых случаях для коррекции субсиндромальных и вегетативных проявлений тревоги в амбулаторной практике на допсихофармакологическом этапе терапии возможно использование препаратов растительного происхождения, имеющих существенно меньше побочных эффектов. Необходимо заметить, что лечение субсиндромальной тревоги растительными препаратами вызывает определенные затруднения, поскольку практически отсутствуют исследования состояния, основанные на принципах доказательной медицины. Поэтому выбор терапии при этих состояниях в большой степени эмпирический. При кратковременном субсиндромальном или соматизированном тревожном расстройстве традиционно используются растительные успокаивающие сборы или препараты на их основе. К препаратам растительного происхождения, которые обладают седативными свойствами и могут использоваться для лечения и профилактики последствий стресса, можно отнести валериану, пустырник, боярышник, хмель, пион, пассифлору, мелиссу, вереск, душицу. Комбинация мелиссы и валерианы проверена как историческим опытом в свободной клинической практике, так и в клинико-экспериментальных работах (Т.Г. Вознесенская, 2006). Например, показано, что данная комбинация (препарат Персен) успешнее нивелирует симптомы лабораторно-индуцированного стресса, чем каждое средство в отдельности. Причем в равной мере подавляет как психические, так и соматические (вегетативные) симптомы тревоги. Это «вегетостабилизирующее» свойство позволяет с успехом использовать данную комбинацию для лечения легких тревожных расстройств, часто представленных преимущественно вегетативными симптомами. Персен содержит экстракт валерианы (50 мг), экстракт мяты перечной (25 мг) и экстракт мелиссы (25 мг). Наряду с таблетированной формой препарат выпускается в капсулах (Персен форте), содержащих 125 мг экстракта валерианы. Все содержащиеся в препарате активные вещества усиливают и дополняют друг друга. Персен назначают взрослым: по 2 таблетки 2–3 раза в сутки; детям от 3 лет: по 1 таблетке 1–3 раза в сутки; Персен форте – взрослым и детям старше 12 лет: 1–2 капсулы 2–3 раза в сутки. При бессоннице – 1–2 капсулы за 1 ч перед сном. Одним из преимуществ Персена перед другими фитопрепаратами является отсутствие влияния на структуру сна и отсутствие дневной седации. Это позволяет широко использовать Персен у лиц, ведущих активный образ жизни, в том числе выполняющих оперативную работу, управление транспортом.

Несмотря на то, что экстракт валерианы метаболизируется системой цитохрома Р-450, он практически не влияет на метаболизм других веществ, поэтому Персен можно включать в комбинированную терапию с соматотропными препаратами у пациентов, страдающих хроническими заболеваниями. Безопасность Персена делает его препаратом выбора для купирования субсиндромальной тревоги у подростков и пожилых лиц. Таким образом, Персен является препаратом выбора для коррекции психовегетативного синдрома, ассоциирующегося с легкой, субсиндромальной тревогой. Кроме того, препарат можно назначать здоровым людям в качестве профилактического средства. Имеющиеся на сегодняшний день данные о спектре клинических эффектов растительных экстрактов, входящих в состав препарата, хорошей переносимости, позволяют с успехом применять Персен и Персен форте в общей клинической практике.

**ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ БОЛЕЗНЕННЫХ МАНИПУЛЯЦИЙ**

Сестринское дело представляет собой диалог – межличностное общение человека с человеком, медсестры с пациентом. При госпитализации пациента, его переводе или выписке из больницы, в процессе до- и послеоперационного ухода, обучения и подготовки пациента к различным процедурам медсестре необходимо уметь налаживать, поощрять и поддерживать соответствующее общение с пациентом.

У пациентов могут быть самые различные потребности в общении. Они могут нуждаться в совете, утешении, консультации или обычном разговоре. То, насколько медсестра способна удовлетворять эти потребности, зависит от ее навыков общения и опыта. Важно понимать, когда пациент нуждается в информации, социальном контакте или каком-то ином общении. Устанавливать эффективное общение нелегко, для этого требуются специальные навыки, умение слушать, задавать вопросы, поддерживать и проявлять теплоту и заботу.

Коммуникация лежит в основе гуманистической сестринской помощи. Для того, чтобы понимать человека и общаться с ним, требуются уважение и вера в значимость, ценность, уникальность, доброту, силу этого человека, а также в его способность самому руководить своими действиями и признание его права на это. Однако сестринское дело – это больше, чем доброжелательное и технически грамотное оказание помощи. Это также ответственные, заботливые взаимоотношения и значимость этих взаимоотношений требует осмысленности, основанной на осознании самого себя и индивидуальности другого человека.

Любая встреча медицинской сестры с пациентом имеет важное значение для установления и поддержания оптимального психологического контакта. Особенно важно психологически обосновано провести с пациентом первую встречу и беседу, с которой и начинается осуществление сестринского ухода. К первой встрече с пациентом необходимо готовиться и организовать ее обдуманно. Она имеет не только диагностическое значение, но важна как психотерапевтический фактор. Пациент должен увидеть внимательное отношение к себе и искреннее желание помочь ему.

Очень важно уметь выслушать пациента и отметить, что для него является самым важным, что впоследствии будет необходимо для постановки и формулировки внутренней картины болезни. В беседе следует избегать требовательности тона голоса и игнорирования жалоб. Отличительной чертой профессиональной деятельности медицинской сестры является насыщенный психологический фон, затрудняющий какую-либо технологическую регламентацию деятельности. Поэтому в каждом конкретном случае наиболее удобный способ избирается медицинской сестрой в зависимости от состояния пациента и ее профессионального опыта.

Психологический контакт означает встречу одной личности с другой. Такая встреча волнует, в чем-то она неожиданна, содержит какую-то тайну. Если медсестра занимает строго ролевую позицию, не проявляя себя как личность, то установление психологического контакта будет затруднено, встреча не состоится и рассчитывать можно только на формально ролевое общение. Раскроются ли партнеры друг другу – зависит от того, насколько между ними успешно создается атмосфера доверия и безопасности. наличие психологического контакта между медсестрой и пациентом – одно из важнейших условий эффективного сотрудничества. Чтобы психологический контакт состоялся необходимо применять ряд психологических технологий:

1. Понимающее общение

ориентировано на установление и развитие контакта, положительных взаимоотношений и на выявление точки зрения собеседника. В первую очередь, внимание обращается на внутреннюю «систему отчета» собеседника, а не на собственную: его критерии оценок, ценности, мотивы поведения, проблемы, образы, картину мира. Это необходимо для получения информации о том, как пациент сам себе представляет свою ситуацию, какие переживания испытывает в связи с этим, как прогнозирует свое будущее. Понимающее общение возможно только тогда, когда медсестра проявляет уважение к личности пациента и может не оценочно реагировать на его высказывания и эмоциональные состояния. Главное в психологическом контакте – увидеть другого таким, какой он есть, начать общаться с ним реальным, не пытаясь его «переделывать». Важно, чтобы медработник был в хорошей физической и психологической форме, постоянно рос как личность. Иначе свои психологические проблемы она будет переносить на общение с пациентом.

2. Отношение к партнеру.

В процессе возникновения контакта отношение к партнеру оценивается как «нравиться - не нравиться». Оценка зависит: от партнера, от установок и взглядов самого человека, мотивов и эталонов. Реакция приятия или неприятия проявляется в мимике, жестах, позе, взгляде: если человек вам нравиться, то ему легко общаться с вами, если – нет – ему придется преодолеть ваше отрицательное отношение. Чтобы добиться взаимного доверия, поддерживайте у себя установку на общение, доверяйте своему собеседнику. Если хотите добиться более высокого уровня доверия, старайтесь говорить на языке собеседника, умейте слушать, обратите внимание на ваше взаимное расположение в пространстве, дайте собеседнику подкрепление (имя, улыбка, комплимент).

3. Искусство слушать собеседника.

Внимательное слушание способствует установление психологического контакт, снижает у партнера напряжение, поощряет сотрудничество. Если кто-то тебя внимательно слушает, значит, что тебя ценят, ты достоин внимания. Такие отношения вызывают положительные эмоции. Медсестра слушает внимательно, глядя на собеседника, ее поза свидетельствует об открытости, интересе, поощряет к разговору. Умение слушать требует дисциплины и затрат энергии. У слушающего могут возникнуть психологические барьеры, мешающие правильному, четкому восприятию информации:

-Отключение внимания

-Предвзятое слушанье

-Влияние слов и фраз говорящего, которые обладают негативным зарядом

-Затрагиваются темы, которые эмоционально затрагивают слушающего, возвращают его к собственным проблемам

-Каждый человек придает словам собственный смысл – медсестра должна четко своими словами подвести итог услышанного и получить от пациента подтверждение или уточнение;

-Физиологические барьеры: на процесс слушанья влияет свойство слухового внимания, время, суток, усталость

-Внешние отвлекающие моменты: собеседник говорит громко, плохая акустика, шум, некомфортная температура, телефонные звонки, ограниченность времени, загрузка по работе.

4. Пространственная организация общения.

Самое важное при разговоре, чтобы собеседники чувствовали себя комфортно. Если предпринимается попытка установить психологический контакт с пациентом, нельзя «вламываться» в его интимную зону (0,5 м) без разрешения, как нельзя терпеть и этого по отношению к себе, без видимых на то оснований. В личную зону (0,5-1,2 м) мы допускаем тех, с кем охотно общаемся. Медсестра и пациент должны общаться в личной зоне. Сближаться нужно постепенно и согласованно. При выборе пространственной позиции необходимо учитывать, чтобы ваши глаза были на одном уровне с партнером.

5. Эмпатия.

Быть в состоянии эмпатии - значит, на какое-то время войти в мир другого. При этом сохраняется способность в любой момент вернуться в свой реальный мир. Если такая способность теряется, и у медсестры возникает состояние, схожее эмоциональному состоянию пациента, то она теряет способность профессионально работать и ей самой потребуется психологическая помощь. Это может привести к различным видам психологических и неврологических заболеваний, вызванных эмоциональным напряжением.

6. Самовыражение.

Психологический контакт предполагает равноправие психологических позиций партнеров. Если уважение, то взаимное, если доверие, то тоже взаимное. И взаимное право выражать свои чувства. Чтобы психологический контакт состоялся, медсестра должна научиться свободно выражать свое «Я» (в определенных границах). Это будет повышать уровень доверия пациентов к ней. Обычно открытому самовыражению мешают страхи: «Ко мне станут относиться хуже», «Меня раскритикую». Эти страхи вынуждают медсестру оставаться узницей закрытого чисто ролевого общения. Чтобы контакт был искренним, открытым с медсестрой, он должен видеть искренность и с ее стороны. Медсестра завоюет доверие пациента, демонстрируя свою аккуратность, пунктуальность, осведомленность о положении дел пациента, опыт, подготовленность, честность, способность работать в его интересах, свою энергичность, решимость, добиться поставленной цели. Медсестра, установив с пациентом психологический контакт, оказывает ему помощь. Предварительно она определяет его внутреннюю картину болезни. Основными методами психологической диагностики являются наблюдение и беседа.

Осуществляя уход за пациентом, медсестра слушает и наблюдет, реагируя на наличие у пациента психологической напряженности в отношениях с самим собой (неудовлетворенность собой, чувство стыда и т.д.). Медсестра также отмечает динамику эмоциональной сферы пациента в процессе лечения, поскольку эмоции влияют не только на настроение и поведении, но и на состояние организма, в частности на иммунитет. Такая информация передается лечащему врачу, который сам оказывает психологическую помощь, или дает предписание по психологическому уходу за пациентом, или вызывает психолога для оказаний профессиональной психологической помощи. Работать с пациентом должна команда единомышленников – врач, медсестра, психолог. Руководствоваться профессиональными кодексами, а возглавляет эту работу врач.

Медсестра обобщает психологическую информацию в виде ВКБ – указывает на те сферы жизни пациента, которые вызывают эмоциональную напряженность – это может быть причиной заболевания или отрицательно сказывается на его течение. Собирает информацию медсестра о психологическим равновесии, балансе у пациента, приобретенных нервно-психологические или психологические расстройства. Именно на выявлении таких проблем и направлена психологическая диагностика, проводимая медсестрой.

Наблюдает медсестра за словами, фразами, сменой настроения пациента, неадекватность реакции, специфическими жестами, мимикой, несоответствие содержания и эмоциональной стороны беседы. Наблюдательность – профессионально значимая черта специалиста, которую полезно тренировать. Наблюдая за пациентом, медсестра соотносит его действия и эмоции с известными ей нормами: возраст, пол, профессия, которые у нее сформировались на основании личного опыта. Сбор информации начинается с восприятия другого человека и наблюдая за ним в ходе обследования или оказания помощи. Движения человека, его мимика, тембр голоса, темп речи, словарный запас дают много разнообразной психологической информации нем. Известно, что необычайные изменения цвета кожи отражают происходящее в организме физиологические изменения. Испуг - бледность. Состояние нерешительности – движение руки к носу. Люди часто касаются своих волос – смущение. Желание что-либо скрыть – рука ко рту. Существует и язык красок. Люди предпочитающие серый цвет – отражают себя от окружающего мира. Синий цвет способствует снижению кровяного давления – потребность в этом цвете возникает в случае болезни, упадка сил, при повышенной чувствительности. Тот кто отдает предпочтение красному цвету, перевозбужден, легко раздражается, чувствует, что окружение – это опасность. Следует помнить о культурных традициях (различиях) при расшифровке невербальных знаков. Так же человек может сознательно подавать себя (имидж), вместо того, чтобы быть собой. Контроль достоверности получаемой информации опирается на множество поступающих сигналов о той или иной эмоциональной реакции пациента. Один сигнал – не доказательство.

Беседа.

Предметом беседы медицинской сестры и пациента обычно бывает психологическая реальность последнего (мысли, переживания, особенности семейной жизни, профессиональной жизни, система ценностей, убеждений). Профессиональная наблюдательность медсестры состоит в искусстве замечать в процессе беседы с пациентом то, чего не видят другие. Важно уметь интерпретировать информацию полученную от собеседника, уметь видеть психологическую сторону ситуации и оценивать их с точки зрения потребности пациента в психологической помощи. При проведении беседы необходимо придерживаться принципа уважения к личности пациента, избегать каких-либо оценочных суждений, принимать пациента таким, какой он есть, гарантировать конфиденциальность получаемой информации. Пациент, решивший говорить о сокровенном, хочет чтобы его выслушали. И только после установления психологического контакта можно начать задавать вопросы. Медсестра может задавать прямые и косвенные вопросы о ходе событий, об участниках и их действиях, что думает и чувствует пациент, какие действия он собирается предпринять. При этом важно уловить эмоциональное состояние пациента в процессе беседы полезно выявить стрессовые **для** пациента слова.

**ОБЩЕНИЕ С ПАЦИЕНТОМ**

Физиологический механизм изменения психики при болезни

Во всех случаях механизм возникновения изменений психики одинаков. В результате развивающейся болезни нарушение установившегося в организме постоянства (гомеостаз) деятельности систем и органов сопровождается изменениями характера нервной импульсации, поступающей от таких систем и органов в головной мозг и изменением висцерально - церебрального (соматического) равновесия. В итоге меняются физиологические параметры ВНД, что собственно и составляет физиологический механизм отклонений в психической деятельности. Психическая деятельность человека проявляется вовне в результате предшествующего сложного субъективного опыта человека. в основе субъективных переживаний лежат сложные физиологические процессы. Они обеспечиваются не менее сложными химическими изменениями жизнедеятельности организма, в первую очередь ЦНС. Т.об. психический акт всегда сопровождается специфическими для него физико-химическими сдвигами в организме, которые меняют гомеостаз, развернуты во времени и пространстве. Эти изменения имеют в своей основе сложный безусловно- и условнорефлекторный механизм. При острых и массивных изменениях психики (в состоянии страха в связи с неожиданно возникшей внешней ситуацией катастрофической угрозы жизни) резкий рефлекторный кортико-висцеральный сдвиг порождает метаболические и вегетативные изменения, вплоть до спазма кровеносных сосудов, бронхов, кишечника со всеми вытекающими отсюда последствиями для организма, его системы и органов, в том числе и для самочувствия человека.

**ЭМОЦИИ ПАЦИЕНТА**

Выздоровление пациент в немалой степени зависит от мобилизации внутренних ресурсов его организма, «включение» механизмов защиты на борьбу с заболеванием. Выздоровление происходит благодаря правильной диагностике, эффективному лечению, уходу, вере пациента в избавление от недуга, доверию к медицинскому персоналу. Успех медицинского работника зависит от профессионализма, человеческих и личностных качеств, поведения. Психологический настрой и отношение пациента к болезни оказывает огромное влияние на болезнь и ее течение. Психическое состояние человека может влиять на механизмы гуморального и клеточного иммунитета, в частности на секрецию гормонов щитовидной железы и надпочечников. Психика человека способна преодолеть болезнь: это подтверждают данные лабораторных и клинических исследований о влиянии эмоций на биохимические процессы. Непосредственное участие пациента в поиске путей своего исцеления, активное включение в процесс взращивания собственного здоровья, мобилизация воли к жизни, взаимодействие с медицинским персоналом помогают активизировать природные защитные механизмы организма. Сейчас все больше говорят об участии пациента в процессе лечения, о его ответственности за свое здоровье, возможности самому на него воздействовать. Одна из мишеней такого воздействия - настроение.

Настроение – это сравнительно продолжительное, устойчивое психической состояние умеренной интенсивности, проявляющееся в качестве положительного или отрицательного эмоционального фона психической жизни человека.

На настроение оказывает влияние ситуация, состояние организма, прошлый опыт, оценка человеком ситуации. Т. об., для настроения важна не только ситуация, но и то, как человек к этой ситуации относится. Настроение соответствует тому, что думает человек, каковы его мысли. Хроническому плохому настроению способствуют:

 Максимализм (все видит в черно-белых тонах)

 Общий вид на единичные факты (единственное отрицательное событие представляется непрерывной черной полосой)

 Психологическая фильтрация событий (из случившегося выдергиваются только отрицательные события)

 Дисквалификация положительного (отвергаются положительные факты, утверждается их невозможность)

Скачущие умозаключения (негативная интерпретация реалий из-за незнания их подоплеки)

 Преувеличение значимости плохих событий и преуменьшение значимости хороших

Выводы основаны на собственных эмоциях (вера, что отрицательные эмоции отображают действительное отрицательное положение вещей)

 Попытка оценить настоящее с позиции «могло бы быть» или «не могло бы быть» может привести к озлобленности

Ярлыки – вместо описания своих или чужих ошибок вешаются ярлыки

 Принятие ответственности за независящие от тебя события.

Так же на настрое влияет выполняемая деятельность. Именно благодаря ей можно изменить ситуацию, в которой находишься. Занятие любимым делом повышает качество жизни – способствует здоровью. Творчество, получение удовлетворения от самого процесса жизни повышает настроение. На настроение оказывает влияние отношения с людьми, которые вас окружают. Хорошему настроению способствуют (даже в кризисах): философский взгляд на жизнь, некоторая отстраненность от жизненной суеты. Настроение пациента – это один из факторов, повышающих эффективность медикаментозного лечения.

Аффект – бурная кратковременная эмоциональная реакция человека, вызванная резким изменением жизненно важных для него обстоятельств и приводящая к хаотичным движениям или оцепенению, изменению в деятельности внутренних органов и систем организма человека.

Аффект встречается у пациентов довольно часто. Причиной аффекты может быть:

-экстремальное воздействие из вне,

-неподготовленность человека воспринимать новую ситуацию или информацию,

-не может реализовать свою потребность по определенным причинам.

Многочисленные исследования показали, что аффект влияет на все органы и системы человеческого организма. Чаще всего аффекты можно встретить у пациентов с гипертонической болезнью. Причиной возникновения будет: частая злость, активизация симпатической нервной системы, неумение выразить или переключить свой гнев. Закономерность аффекта: если подавляется внешнее выражение аффекта, то усиливается его физиологическое проявление. Аффекты вызывают ИБС, инфаркт, инсульт, дистрофию печени, гастриты, язвы, колиты. Аффект оказывает еще и опосредованное влияние на организм. Озлобленные люди чаще болеют (онкология, туберкулез, артриты, осложнения во время беременности). Озлобленные люди не только чаще болеют, но и раньше умирают.

Страх – эмоциональное состояние реальной жизни человека. возникает, когда прогнозируется что-то неприятное, когда человек воспринимает ситуацию как угрожающую его спокойствию и безопасности. страх – сигнал и предупреждение об опасности, но он содержит импульс к преодолению опасности. Страх индивидуален и отражает личностные особенности каждого человека (физическая или психическая угроза). Сигналы опасности вызывают биологическую, физиологическую опасность:

-боль,

-ожидание боли,

-одиночество,

-внезапное изменение стимуляции,

-стремительное приближение объекта,

-высота,

-нечто незнакомое.

Страх может увеличиваться или уменьшаться в зависимости от активатора страха. Страх лежит в основе тревоги. Страх в своих экстремальных вариантах принимает разрушительные формы, вызывает реакции паники, оцепенения, бегства. Страх проявляется на поведенческом уровне, телесном уровне, эмоциональном уровне. Ограничивается восприятие, мышление замедляется, становится более узким по объему, ригидным по форме, мускулы напрягаются, сокращается число степеней свободы в поведении. Страх сопровождается чувством неуверенности, незащищенности, невозможности контролировать ситуацию.

Практически все пациенты испытывают страх. Их активаторы: боль и ее ожидание, обеднение социальных контактов, изменения в различных сферах жизни из-за болезни, невозможность самостоятельно контролировать ситуацию, зависимость от профессионализма и личностных качеств медперсонала, неразрешенность ситуации, прогнозирование худшего. Страх заразителен – беседы пациентов между собой не всегда способствуют снижению его уровня. Так же он может быть плодом фантазии.

Чаще всего пациенты боятся медицинского учреждения, врачей, опасности, грозящей их целостности организма. Они боятся напоминаний о переживаниях, которые он прожил или будет переживать – в итоге не идет в больницу, не обследуется. Он переносит страх за свою жизнь на страх перед медицинским учреждением, медицинским работником. Страх перед медицинским работником должен быть ниже, чем желание бороться за свое здоровье, за свою жизнь.

Гнев – неприятное чувство. Длительное сдерживание гнева может вызвать патологическое повышение активности вегетативной НС, увеличивает АД, учащает пульс. В повседневной жизни есть много ситуаций, которые могут вызывать гнев. Человек может испытывать враждебные чувства к самому себе, к другим, к ситуации. Гнев у пациентов возникает из-за неприятия ситуации, непонимания деятельности и функций медперсонала. Чаще всего выражают гнев на медперсонале. Здесь можно наблюдать убежденность пациента, что медицинские работники могут облегчить страдание, но почему-то этого не делают. Если бы он допустил, что медики делают все возможное в этих условиях и не в состоянии на сегодняшний день сделать больше, то возможно, не испытывал бы гнева. Гнев пациента чаще всего направлен на м\сестру. МЕДСЕСТРЕ НЕОБХОДИМО КОНТРОЛИРОВАТЬ СВОЕ ПОВЕДЕНИЕ, ЧТОБЫ НЕ ВЫЗЫВАТЬ ГНЕВ У ПАЦИЕНТА. Причина гнева пациента – ситуация в которой он находится. Медсестра – профессионал, который должен уметь регулировать свои эмоции. При этом помня о своем здоровье. Но при этом нужно помнить, что гнев – это еще и активатор действия. Т.е. гнев можно использовать на благо пациента. Если он испытывает глубокую печаль, страх, полезно разозлить его, чтобы вывести из состояния депрессии.

СПОСОБЫ РЕГУЛЯЦИИ ЭМОЦИЙ

1) Стимуляция щитовидной железы круговыми движениями (массаж) в течении 3-5 минут.

2) Если человек не может изменить ситуацию, необходимо изменить отношение к ней.

3) Правильно выражать аффект внешне, выплескивать излишки энергии в нейтральное русло.

-«Вентиляционная» теория - разрядка напряжения, не причиняя вреда другим людям (чучело обидчика, его рисунок – покричать, поколотить, кинуть, бросить яйцо, комок грязи, разбить, кричать – безлюдные места).

-«Смещение» - переместить свою злобу на другой объект – цветок, домашнее животное, пр.

Не рекомендуется! За разрядку заплатите своим здоровьем: раздражение, крик повышают содержание в крови норэпинефрина – повышающего диастолическое давление, сужая периферические сосуды – повышение АД. В данном случае эта разрядка временная, не решает проблему.

4) Установка на возможную негативную реакцию.

5) Укрепление физического здоровья (физически крепкий организм легче переносит эмоциональные нагрузки)

6) Дыхание – глубокое дыхание обеспечивает организм большим количеством кислорода, освобождая от углекислого газа. Сделать вдох через нос (считать до 5), выдох – через рот (считать до 10). На счет 3-4 не дышите. Повторить 5 раз. Необходимо думать о приятном.

7) Переключать внимание на объекты.

8) Успокаивающий массаж.

9) Воздействие на анализаторы звуком, цветом, музыкой, словом.

10) Чтение любимых стихов, беседа с другом, сыграть партию в шахматы, биллиард.

11) Обращайте внимание на внешне спокойных людей - эмоции окружающих передаются.

12) Установка или формула: «То, что я задумал, выполню!», «Я могу», «Я добьюсь», « Молчать, молчать».

13) Медитация.

14) Расслабление мышц лица, шеи, тела (гримасы)

15) Избежать страха – убежать от активаторов страха.

16) Медсестре необходимо расположить к себе пациента, снять эмоциональное напряжение в процессе общения, успокоить, посочувствовать ему.

17) Пациент, испытывающий страх, получает поддержку от окружающих. Друг, родственник, семья – преграда страху. (допускать тех, кого хочет видеть пациент).

18) Представить ситуацию человека, у которого страх сильнее, кому в данный момент хуже.

19) Поиск положительного в происходящем, в будущем.

20) Нельзя заражаться гневом от других людей – фильтр эмоций. Не отвечать гневом на гнев.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ведущая роль в утверждении этико-деонтологических принципов поведения и учёте индивидуальных особенностей пациента принадлежит врачу, который проводит полное обследование пациента, ставит диагноз, назначает лечение, следит за динамикой патологического процесса и др. При проведении этих мероприятий в жизнь на достаточно качественном уровне от среднего медработника требуется высокая профессиональная дисциплина, чёткое выполнение всех распоряжений врача.

Качественное, профессиональное и своевременное выполнение назначений врача- одна из основных обязанностей среднего медицинского работника.

Однако выполнять свои профессиональные обязанности должно не формально, а по внутреннему побуждению, с чувством долга, бескорыстно.

При общении с пациентом и выполнении сестринских манипуляций медсестра обязана соблюдать этико-деонтологические нормы и принципы поведения, создавать общий доброжелательный настой, проявлять выдержку, терпимость, готовность помочь пациентам создать обстановку доверия между врачом и пациентом, способствовать повышению авторитета врача и лечебного учреждения. Чёткие действия и профессиональное выполнение подписаний врача сестринских манипуляций оказывают на пациента большое психологическое воздействие.

**CПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1.Сайт **http://chereshneva.ucoz.ru/publ/0-3**

2.Грандо. А.А. Врачебная этика и медицинская деонтология. Киев, Головное издательство «Вища школа», 1982г.

3.Матвеев. В.Ф. Основы медицинской психологии, этики и деонтологии. Москва, «Медицина», 1989г.

4.Шкуренко. Д.А. Общая и медицинская психология. Ростов-на-Дону, «Феникс», 2002г.

5.Сайт: http://old.consilium-medicum.com/media/refer/07\_03/70.shtml

6.Сайт: http://chereshneva.ucoz.ru/

**ТЕСТЫ**

Медицинские тесты

Шкала Гамильтона для оценки тревоги (HARS)

1.ТРЕВОЖНОЕ НАСТРОЕНИЕ: Озабоченность, ожидание наихудшего, тревожные опасения, раздражительность.

Отсутствует

В слабой степени

В умеренной степени

В тяжелой степени

В очень тяжелой степени

2. НАПРЯЖЕНИЕ: Ощущение напряжения, вздрагивание, легко возникающая плаксивость, дрожь, чувство беспокойства, неспособность расслабиться.

Отсутствует

В слабой степени

В умеренной степени

В тяжелой степени

В очень тяжелой степени

3. СТРАХИ: Боязнь темноты, незнакомых людей, животных, транспорта, толпы, страх оставаться одному

Отсутствует

В слабой степени

В умеренной степени

В тяжелой степени

В очень тяжелой степени

4. ИНСОМНИЯ: Затрудненное засыпание, прерывистый сон, не приносящий отдыха, сон с чувством разбитости и слабости при пробуждении, кошмарные сновидения

Отсутствует

В слабой степени

В умеренной степени

В тяжелой степени

В очень тяжелой степени

5. ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ: Затрудненная концентрация внимания, ухудшение памяти.

Отсутствует

В слабой степени

В умеренной степени

В тяжелой степени

В очень тяжелой степени

6. ДЕПРЕССИВНОЕ НАСТРОЕНИЕ: Утрата привычных интересов, утрата чувства удовольствия от хобби, подавленность, ранние пробуждения, суточные колебания состояния.

Отсутствует

В слабой степени

В умеренной степени

В тяжелой степени

В очень тяжелой степени

7. СОМАТИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ (Мышечные): Боли, мышечные подергивания, напряжение, миоклонические судороги, "скрипение" зубами, срывающийся голос, повышенный мышечный тонус.

Отсутствует

В слабой степени

В умеренной степени

В тяжелой степени

В очень тяжелой степени

8. СОМАТИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ (Сенсорные): Звон в ушах, нечеткость зрения, приливы жара или холода, ощущение слабости, покалывания.

Отсутствует

В слабой степени

В умеренной степени

В тяжелой степени

В очень тяжелой степени

9. СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ СИМПТОМЫ: Тахикардия, сердцебиение, боль в груди, пульсация в сосудах, чувство слабости, частые вздохи, диспноэ.

Отсутствует

В слабой степени

В умеренной степени

В тяжелой степени

В очень тяжелой степени

10. РЕСПИРАТОРНЫЕ СИМПТОМЫ: Чувство давления или сжатия грудной клетки, ощущение удушья, частые вздохи, диспноэ.

Отсутствует

В слабой степени

В умеренной степени

В тяжелой степени

В очень тяжелой степени

11. ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ: Затрудненное глотание, метеоризм, боль в животе, изжога, чувство перенаполнения желудка, тошнота, рвота, урчание в животе, диарея, снижение веса тела, запоры.

Отсутствует

В слабой степени

В умеренной степени

В тяжелой степени

В очень тяжелой степени

12. МОЧЕПОЛОВЫЕ СИМПТОМЫ: Учащенное мочеиспускание, сильные позывы, аменорея, меноррагия, фригидность, преждевременная эякуляция, утрата либидо, импотенция.

Отсутствует

В слабой степени

В умеренной степени

В тяжелой степени

В очень тяжелой степени

13. ВЕГЕТАТИВНЫЕ СИМПТОМЫ: Сухость во рту, покраснение или бледность кожных покровов, повышенное потоотделение, головные боли с чувством напряжения.

Отсутствует

В слабой степени

В умеренной степени

В тяжелой степени

В очень тяжелой степени

14. ПОВЕДЕНИЕ ПРИ ОСМОТРЕ: Ерзанье на месте, беспокойная жестикуляция или походка, тремор рук, нахмуривание бровей, напряженное выражение лица, вздохи или учащенное дыхание, бледность лица, частое сглатывание слюны и т.д.

Вопрос 14 из 14

Отсутствует

В слабой степени

В умеренной степени

В тяжелой степени

В очень тяжелой степени

Шкала Гамильтона для оценки тревоги (HARS) — инструмент, наиболее широко используемый в испытаниях лекарственных средств. HARS предназначена для оценки состояния пациентов с уже установленным диагнозом тревожного расстройства и для оценки тревоги у пациентов, страдающих другими расстройствами, чаще всего депрессивными.

Шкала во многом основана на субъективной оценке пациента, которая является важным критерием оценки заболевания до начала терапии и улучшения состояния после лечения. HARS считается эффективным и точным инструментом измерения тяжести тревожного синдрома, даже несмотря на то, что она не позволяет достаточно точно оценивать генерализованную тревогу. Общие сведения о шкале Гамильтона (HARS)

Тип инструмента: Шкала предназначена для точной оценки степени тяжести тревожного синдрома у пациентов с уже установленным диагнозом тревожного расстройства.

Литературная ссылка: Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. Br J Med Psychol. 1959; 32: 50-55.

Происхождение: Автор использовал перечни симптомов и общие психометрические тесты.

Популяция: Взрослые лица с установленным диагнозом тревожного расстройства.

Методика применения: Исследователь должен быть квалифицированным психиатром или пройти соответствующее обучение. Затраты времени — от 20 до 30 минут. Время оценки определяется как «сейчас» или «в течение последней недели». Значение баллов по всем 14 пунктам ранжируется от 0 до 4. Суммарный балл принимает значения в интервале от 0 до 56.

Выделяются три области значений суммарного балла по шкале Гамильтона:

• 0 — отсутствие тревожного состояния,

• 8 — симптомы тревоги,

• 20 — тревожное состояние.

При паническом расстройстве суммарный балл достигает 25-27.

Критерием эффективности терапии является >50%-е снижение суммарного балла по сравнению с начальным.

Измеряемые переменные: По семи пунктам измеряется соматическая тревога, по другим семи — психическая. Оба фактора могут измеряться отдельной суммой баллов.

Применение: Шкала широко используется при проведении испытаний лекарственных средств; как минимум заполняется дважды — до начала и после курса терапии. Дополнительные измерения проводятся по усмотрению исследователя.

Краткий обзор исследований по валидизации шкалы Гамильтона (HARS)

При проведении первого клинического испытания самой шкалы был выполнен факторный анализ матрицы корреляций всех ее пунктов (Hamilton, 1959). По завершении этого испытания было решено разделить пункт «общая соматическая тревога» на два, независимо регистрирующие сенсорные и мышечные симптомы. Шкала прошла испытание в исследовании с участием 3 групп: 1) пациентов с тревожными состояниями; 2) пациентов с различными дерматологическими расстройствами, которые сопровождаются выраженной тревогой; 3) контрольной группы.

Данная 14-пунктовая шкала прошла оценку с помощью программной системы PLUS. Подсчет факторов проводился с вращением матрицы по методу Varimax. Сравнение факторов, полученных в результате оценки первых двух групп, проводилось с применением метода Ahmavara. Факторы были оценены как стабильные и различные.

Практические рекомендации для применения шкалы Гамильтона (HARS)

Общие рекомендации. Данная шкала разработана для оценки тяжести симптомов тревоги (независимо от небольших колебаний во времени), поэтому вопросы должны быть адресованы к состоянию в течение последних нескольких дней или предыдущей недели.

Точность измерения зависит, в первую очередь, от квалификации и опыта исследователя и аккуратности регистрации используемой информации. Не следует оказывать давление на пациента; пациенту необходимо предоставить достаточно времени для подробного ответа на вопрос, но при этом не позволять ему сильно отклоняться от темы вопроса. Число прямых вопросов должно быть сведено к минимуму, вопросы надо задавать различными способами, комбинируя варианты с утвердительными или отрицательными ответами.

Желательно получать дополнительную информацию от родственников пациента, его друзей, медицинского персонала и т.д.; такая информация необходима, если есть сомнения в корректности ответов пациента.

Повторные измерения должны проводиться независимо друг от друга. При проведении повторного измерения исследователь не должен видеть результаты предыдущих измерений, он заполняет только чистый бланк шкалы. Эти рекомендации могут показаться банальными, но они крайне важны. Исследователь по мере возможности должен избегать вопросов, связанных с изменением состояния пациента со времени последнего измерения.

По каждому пункту необходимо выбрать значение, наиболее соответствующее степени выраженности симптомов:

0 = отсутствует,

1 = в слабой степени,

2 = в умеренной степени,

3 = в тяжелой степени,

4 = в очень тяжелой степени.