

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/vkr/98852>

Тип работы: ВКР (Выпускная квалификационная работа)

Предмет: Медицинская психология

ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ СОКРАЩЕНИЯ 3

ВВЕДЕНИЕ 4

ГЛАВА 1. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОВЕДЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ 7

1.1. Психологические особенности личности и пациента 7

1.2 Психология пациента хирургической клиники 16

1.3 Психологические особенности поведения больных до операции 18

1.4. Психологические особенности поведения больных после операции 21

ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ 24

2.1. База исследования 24

2.2. Организация и методика исследования 26

2.3. Социальный состав и краткая клиническая характеристика пациентов 28

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ 34

3.1. Оценка уровня ситуативной тревожности пациентов 34

3.2. Мнение пациентов о работе медицинских сестер отделения 38

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 49

ВЫВОДЫ 52

ПРЕДЛОЖЕНИЯ 54

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ 54

ПРИЛОЖЕНИЯ 58

ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ВУТ – высокий уровень тревожности

ЗНО – злокачественные новообразования

ИМ – инфаркт миокарда

НУТ – низкий уровень тревожности

ОХИ – отделение хирургической инфекции

РФ – Российская Федерация

СД – сахарный диабет

ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания

СТ – ситуативная тревожность

ТК – толстая кишка

УСТ – уровень ситуативной тревожности

УУТ – умеренный уровень тревожности

ФЗ – Федеральный закон

ЦНС – центральная нервная система

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. В Российской Федерации (РФ) ежегодно проводятся миллионы оперативных вмешательств. Так, в 2018 году их общее количество составило 10 млн. 19 тыс. 634 операции [17]. При этом из этого числа большое количество операций проводятся на жизненно важных органах. Например, в 2018 году оперативных вмешательств на органах брюшной полости было проведено 1 млн. 511 тыс. 496 раз (15,1% от общего количества операций). Операций на сердце было проведено 390 532 раз (3,9%), операций на сосудах – 308 640 (3,08%), на органах дыхания – 201 199 (2,01%), операций на женских половых органах – 1 млн. 501 тыс. 491 (15%). Акушерских операций – 1 млн. 201 тыс. 546 (12%) [17].

При оперативных вмешательствах у пациента возникает целый ряд проблем. У хирургических пациентов, кроме организации лечебно-диагностического и реабилитационного процессов возникают проблемы

психоэмоционального характера, как до, так и после операции. Данные аспекты включают выявление проблем пациента и выполнение сестринских вмешательств. Своевременное выявление и решение настоящих и потенциальных проблем пациента является залогом улучшения его состояния, восстановления нормального функционирования организма и улучшения качества жизни пациента.

Медицинская сестра – активный участник лечебного процесса и работает в тесном контакте с пациентом с целью оптимального решения проблем его здоровья в реальных условиях его пребывания путём реализации программы сестринских вмешательств в рамках лечебно-диагностического и реабилитационного процессов. Снижение ситуативной тревожности больного медицинской сестрой хирургического отделения – неотъемлемая часть сестринского вмешательства у хирургического пациента. Все выше сказанное обуславливает актуальность нашего исследования.

Цель исследования: определить роль медицинской сестры в снижении ситуативной тревожности у пациентов хирургического отделения.

Исходя из цели исследования, поставлены следующие основные задачи:

1. Изучить и проанализировать научную литературу по теме исследования.
2. Дать социально-демографическую и краткую клиническую характеристику пациентов хирургического отделения.
3. Провести оценку организации сестринского ухода по снижению ситуативной тревожности у пациентов хирургического отделения.
4. Сделать выводы и разработать предложения по снижению ситуативной тревожности у пациентов хирургического отделения.

Объект исследования – пациенты хирургического отделения.

Предмет исследования – профессиональная деятельность медицинской сестры по снижению ситуативной тревожности у пациентов хирургического отделения.

Гипотеза исследования – грамотное поведение медицинской сестры способствует снижению ситуативной тревожности пациентов хирургических отделений.

Методы исследования [7]:

1. Библиографический метод (изучение научно-методической литературы по теме исследования).
2. Социологический метод (опрос пациентов).
3. Статистический метод (формирование плана, программы исследования, выборки, обработка данных).
4. Аналитический метод (аналитический подход к доступной научной литературе, формулировка выводов, разработка предложений).

Элементы научной новизны. Теоретические выводы, разработанные по результатам выполнения ВКР, имеют отличительные особенности, характеристики, от предшествующих, ранее проведенных исследований.

Практическая значимость. Практическая значимость данной работы заключается в обобщении доступной научной литературы по теме исследования и разработке конкретных предложений для медицинских сестер хирургического отделения стационара по снижению ситуативной тревожности у пациентов.

ГЛАВА 1. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОВЕДЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

1.1. Психологические особенности личности и пациента

Определение ВОЗ здоровья: «Здоровье – это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов» (Ст. 1 Устава ВОЗ, 1948). ВОЗ в понятие «здоровье» включило не только физическое, но и психическое благополучие. Задумываясь о своем здоровье, многие люди учитывают только свое соматическое состояние, забывая о психике («душе»).

Однако многие пациенты с соматическими болезнями имеют серьезные проблемы со своим психологическим статусом. Давно известно, что душевное состояние больного влияет на течение и исход заболевания. Еще Сократ писал, что нельзя лечить тело, не лечя душу. К тому же от отношения человека к проблеме со своим здоровьем зависит то, как он её будет решать, выполнять рекомендации врача (медсестры) или, наоборот, игнорировать.

При возникновении болезни человек часто лишен возможности без ограничений выполнять (делать) все, что он мог делать до болезни. Это приводит к вынужденному изменению планов на будущее, он должен отказаться от достижения каких-то очень привлекательных целей. Такая ситуация вызывает состояние фрустрации, которая проявляется в ощущениях напряжения, тревоги, или гнева. Характерный пример -

необратимая потеря зрения. Специфические реакции возникают у больных в связи с утратой эстетической привлекательности при дерматите или псориазе. При многих заболеваниях болевые ощущения накладывают отпечаток на психоэмоциональное состояние пациента.

Болевая чувствительность зависит от индивидуальных, ситуационных и социальных факторов. Она сигнализирует о внешних и внутренних воздействиях, вызывающих повреждение тканей, в том числе о возникновении каких-то патологических процессов в системах (органах) и тканях организма, то есть в первую очередь боль имеет защитное значение. Однако длительный болевой синдром (БС) может привести к психоэмоциональным расстройствам, нарушениям функционирования сердечно-сосудистой системы, истощению симпато-адреналовой адаптационной системы, то есть боль может иметь и патогенное, стрессовое значение для организма (патологическая боль) [10].

Важно отметить, что все указанные реакции (факторы) действуют на психику пациента, преломляясь через индивидуальные особенности личности. Что необходимо знать медицинскому работнику, в том числе медицинской сестре, о больном и учитывать при общении с пациентом? Психологические особенности пациента тесно связаны с психологическими особенностями личности (человека). Остановимся на основных моментах из этих особенностей [4].

1. Осведомленность пациента в медицинских вопросах (особенно его знания о своей патологии).

Медицинскому персоналу необходимо учитывать, чем осведомленность больного больше, тем сложнее им общаться с больным. Нередко бывает, что знания больного оказываются неполными или ошибочными. Информированность пациента о болезни проявляется в разных формах: в просьбе (порой требовании) применить какие-то новые диагностические методы (средства лечения), в «самодиагностике» заболевания, в уверенном перечислении многих «своих» субъективных симптомов, характерных для его заболевания.

2. Внутренняя картина болезни пациента. Понятия внутренней картины – это все то, что испытывает и переживает больной. Вся масса его ощущений, как местных болезненных, так и его самочувствие, самонаблюдение, представление о своей болезни и ее причинах. Это все то, что связано для человека с приходом его к доктору. Весь огромный внутренний мир больного, который состоит из очень сложных сочетаний восприятия и ощущений, а также эмоций и внутренних конфликтов, нервно-психических переживаний и травм.

3. Отношение пациента к врачу и медсестре. С отношением к врачу связаны отношение к предстоящей операции, а также результаты психотерапевтических воздействий, эмоциональное состояние больного и действие лекарственных средств. Отношение к медицинскому персоналу формируется под влиянием установок больного, его ожиданий и потребностей, это с одной стороны, и получаемых разными путями пациентом знаний о деловых и личностных качествах врача (медсестры) – с другой стороны. Многие пациенты, прежде всего, ждут от медицинского работника сочувствия и сопереживания, в том числе и доброты. Другие пациенты выше ставят в описании хорошего врача его ум, высокий уровень профессиональных знаний и умений. Первое более характерно для женщин-пациентов, а второе – для мужчин-пациентов. Большое значение имеет первое впечатление, произведенное врачом (медсестрой) на пациента.

4. Ведущие мотивы поведения человека, его ценностные ориентации, целевая направленность личности. От этих характеристик личности во многом зависит отношение пациента к своей болезни, возможности его реабилитации. Те люди, которые считают, что здоровье – самая важная ценность, после тяжелой болезни реже возвращаются к своей прежней работе, чем полагающие, что здоровье, конечно, важно, но есть и другие, более важные ценности.

5. Черты характера человека. Человека характеризуют многие его особенности. Остановимся лишь на некоторых личностных качествах индивидуума, которые влияют на его отношение к болезни и на процесс общения с ним. Одни люди склонны принимать ответственность за то, что с ними случилось (происходит), главным образом на себя, а другие объясняют случившееся с ними сложившимися обстоятельствами или судьбой (случаем). Первые обычно больше осведомлены о своей болезни, занимают активную позицию и борются с ней. Например, при сахарном диабете они строго соблюдают диету, а если здоровы, то чаще прибегают к профилактическим процедурам.

Хорошая внушаемость больного определяет возможность медицинского работника без развернутого обоснования повлиять на поведение пациента (изменить его мысли и чувства, желания и взгляды).

Поведение пациента зависит и от свойств личности, и от конкретной ситуации. Внушаемыми люди чаще характеризуются следующими качествами: неуверенность в себе и низкая самооценка. Покорность и стеснительность, доверчивость и тревожность, высокая эмоциональность. У них слабое логическое мышление и низкий уровень развития волевых качеств. Психическая деятельность протекает в медленном

темпе.

Среди ситуативных обстоятельств (условий) повышенной внушаемости следует подчеркнуть плохую осведомленность пациента в заболевании, дефицит времени на принятие решения, а также психофизическое состояние больного (эмоциональное возбуждение, утомление, стресс (дистресс)). Все это объясняет, что «в руках врача» инструмент внушения может быть очень действенным методом влияния на поведение пациента, его мысли и эмоции.

Есть личности с повышенной склонностью к беспредметному страху (тревоги). Психологи определяют это как личностную тревожность.

Тревога – это реакция индивидуума на грозящую опасность, как реальную, так и воображаемую, эмоциональное состояние психики диффузного безобъектного страха, характеризующееся неопределенными ощущениями угрозы. Тревожность – это индивидуальная психологическая особенность личности, заключающаяся в повышенной склонности индивидуума испытывать беспокойство в разных жизненных ситуациях, также и в тех, объективные характеристики которых к этому не предрасполагают (Ч.Д. Спилбергер [6]).

Тревожность проявляется в чувстве беспомощности и неуверенности в себе, бессилия перед обстоятельствами (болезнью). Обычно тревожность повышена при нервно-психических заболеваниях, тяжелых соматических патологиях, а также у вполне здоровых людей, переживающих последствия какой-то психической травмы.

Как правило, трудно складываются взаимоотношения врача (медсестры) с больными, которым присуще такое личностное качество, как догматизм. Для «догматика» важнее то, кто является источником информации, чем то, является ли она объективной и достоверной. Поэтому при беседе с ним лучше сослаться на мнение авторитетных профессионалов.

6. Свойства темперамента личности. Темперамент – это индивидуальные свойства психики, которые определяют динамику психической деятельности человека, одинаково проявляющиеся в разнообразной деятельности, ситуации (независимо от содержания, целей и мотивов деятельности). Темперамент в зрелом возрасте остается постоянным и в своей взаимной связи характеризуют тип темперамента личности. К основным свойствам темперамента относятся сензитивность (чувствительность), реактивность и активность, их соотношение, темп реакций, пластичность и эмоциональная возбудимость, экстраверсия или интроверсия. Остановимся на некоторых важных для врача (медсестры) проявлениях свойств темперамента больных.

Коммуникативный контакт легче устанавливается с экстравертами (экстраверсия – преимущественная направленность человека во внешний мир; интроверсия – преимущественная направленность «на себя», свой внутренний мир). Ригидные (негибкие) и интровертированные больные нередко настолько «погружены» в свою болезнь, «захвачены» собственными болезненными ощущениями, что больше ни о чем думать не могут.

Высокую или низкую чувствительность необходимо учитывать при анализе субъективных симптомов и жалоб больных. Меланхолические пациенты часто их переоценивают, а флегматичные, наоборот, – недооценивают. Высокая реактивность и эмоциональная возбудимость во много раз увеличивают вероятность конфликтов пациентов с врачом (медсестрой) и другими пациентами. Ригидность осложняет адаптацию пациента к пребыванию в больнице, что также может вести к возникновению всяческих конфликтов. Кроме этого, трудно изменить (корректировать) отношение «ригидных» пациентов к своей болезни. У холерика часто «язык обгоняет речь», сообщаемая ему информация воспринимается весьма поверхностно. Полезно «наводить» холерика на размышления, настраивать на серьезное отношение к болезни и задавать некоторые вопросы повторно, по-другому их сформулировав. Сангвиник нередко недооценивает тяжесть своей патологии. В разговоре он легко увлекается другой темой и без труда может переключить свое внимание. Флегматикам и меланхоликам нужно определенное время на понимание (запоминание) сообщаемой им информации, поэтому торопить их с ответами не следует. Меланхолики, кроме этого, ранимы и впечатлительны. Они часто могут не высказывать свою точку зрения (свое понимание вопроса), даже считая ее абсолютно (единственно) верной.

7. Особенности эмоциональной сферы. Под этим понимаются доминирующие эмоции у человека, его эмоциональная возбудимость, а также быстрота возникновения (исчезновения) эмоций и чувств.

8. Особенности познавательных процессов человека, внимания, речи. К познавательным процессам относят ощущения и восприятие, память и воображение, особенности мышления. Познавательные процессы влияют на внутреннюю картину болезни и проявляются в общении пациента с врачом (медсестрой). Нельзя игнорировать при беседе с пациентом ни плохую память, ни развитое воображение, ни «тугоподвижное»

мышление. Так же важны свойства внимания и особенности речи пациента, в частности, способность его быстро и правильно сформулировать какую-то мысль и «выдать» нужную информацию.

Есть определенные познавательные стили, проявляющиеся как в ощущениях, так и в мышлении. Например, выделяют «аналитичность» и «синтетичность». Аналитик подробно рассказывает о своей болезни, раздражая «синтетика» мелочами, поскольку для аналитика вообще нет мелочей (в том числе и в том, что касается его здоровья). Такую же подробную информацию аналитик хочет получить от врача (медицинской сестры). «Синтетика» удовлетворяет информация в более общем виде, многие детали своей внутренней картины болезни «синтетик» может считать несущественными (не важными) и не раскрывать врачу.

При общении с пациентом необходимо обращать внимание на тип его телосложения. Это дает первичную (ориентировочную) информацию о пациенте. Вспомним, как выглядят астеник и пикник.

Астеник. Хрупкое телосложение, обычно высокий рост, плоская грудь, вытянутое худое лицо, узкие плечи и длинные, худые нижние конечности.

Пикник. Богатая жировая ткань, развитая мускулатура, маленький или средний рост, полное туловище, голова на короткой шее.

Особенности поведения и психики для каждого типа.

Астеник. Большая эмоциональная устойчивость к стрессовой ситуации. Средняя по силе нервная система. Чаше, чем представители других типов имеет затруднения в общении с людьми. Концентрированное и субъективное мышление. Интроверт. Бедная мимика. Высокая чувствительность к боли. Необходимость в уединении в тяжелых ситуациях. Предпочтительнее, чтобы он сам регулировал дистанцию общения и доверительность коммуникации с врачом (медсестрой).

Пикник. Более низкая эмоциональная устойчивость к стрессовой ситуации, более слабая нервная система. Большая общительность, приветливость в общении. Выразительная мимика лица. Потребность в людях (друзьях) в тяжелой ситуации.

Как уже отмечалось выше, информацию о психике пациентов с разным типом телосложения имеет предварительный характер, её надо обязательно в дальнейшем перепроверить, к тому же «абсолютно чистых» типов гораздо меньше, чем смешанных.

Внутренняя картина болезни зависит от возраста больного. В частности, в молодости (18-29 лет) симптомы болезни нередко недооцениваются. Мысли (переживания) заострены не по поводу самой болезни, а из-за возникшей ситуации, обусловленной заболеванием, его резонансом в кругу

1. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. – 2011. – N 48. – Ст. 6724; 2012. – N 26. – Ст. 3442, 3446.
2. Блохина, В. Н. Оценка тревожности и болевого синдрома у пациентов с пояснично-крестцовым радикулитом в раннем реабилитационном периоде после микродискэктомии при применении различных реабилитационных программ / В. Н. Блохина, Э. Г. Меликян // Альманах клинической медицины. – 2020. – N 48 (1). – С. 13-21. doi: 10/18786/2072-0505-2020-48-004
3. Виткин Дж. Мужчина и стресс. – СПб: Питер Пресс, 1996. – 224 с.
4. Голованчикова, И.А. Психология пациента: Учебно-методическое пособие для студентов. – Куйбышев: ГАПОУ НСО «КМТ», 2016. – 41 с.
5. Горянина, Н.А. Динамика психоэмоционального состояния пациентов на первом этапе реабилитации после эндопротезирования тазобедренного сустава / Н. А. Горянина, Н. И. Ишекова, В. В. Попов // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2017. – N 3. – С. 49-52.
6. Методики диагностики эмоциональной сферы: психологический практикум / сост. О.В. Барканова [серия: Библиотека актуальной психологии]. – Вып.2. – Красноярск: Литера-принт, 2009. – С. 215-222.
7. Павлов, Ю.И. Особенности подготовки и организации научных исследований в сестринском деле / Ю.И. Павлов, А.А. Холопов // Главная медицинская сестра. – 2012. – № 3. – С. 100-110.
8. Павлов, Ю.И. Сестринские исследования: планирование, формирование выборочной совокупности и подбор методик / Ю.И. Павлов, А.А. Холопов // Гл. мед. сестра. – 2012. – № 4. – С. 116-124.
9. Павлов, Ю.И. Валидизация научных исследований в сестринском деле / Ю.И. Павлов, А.А. Холопов // Главная медицинская сестра. – 2012. – № 11. – С. 108-122.
10. Патфизиология боли: Учебное пособие / МЗ РФ, ГБОУ ВПО ИГМУ Минздрава России, кафедра патологической физиологии с курсом клинической иммунологии. – Иркутск, 2013. – 17 с.
11. Плотникова, Н. С. Послеоперационные когнитивные дисфункции и депрессивные нарушения в структуре

непсихотических расстройств раннего послеоперационного периода аортокоронарного шунтирования / Н. С. Плотникова, Т. В. Раева // Психиатрия. – 2016. – N 8 (141). – С. 64-67.

12. Посттравматический болевой синдром (синдром Зудека): учебно-методическое пособие / СПб НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе. – СПб.: Фирма «Стикс», 2015. – 33 с.

13. Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения: учебное пособие для практических занятий / под ред. В.З. Кучеренко. – 4-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 256 с.

14. Психология хирургических больных [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://4anosia.ru/psihologiya-hirurgicheskikh-bolnyih/>, свободный. – Загл. с экрана (дата обращения: 10.04.2020).

15. Психология хирургического пациента [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://studfile.net/preview/3730430/page:23/>, свободный. – Загл. с экрана (дата обращения: 10.04.2020).

16. Россия в цифрах. 2018: Крат. стат. сб. / Росстат. – М., 2018. – 522 с.

17. Статистический сборник. 2018 год. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. Основные показатели здравоохранения. Часть VI [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskiy-sbornik-2018-god>, свободный. – Загл. с экрана (дата обращения: 18.04.2020).

18. Шевелева, Е. Исследование коммуникационной компетентности медицинских работников / Е. Шевелева // Вопросы студенческой науки. – 2018. – Вып. 11. – С. 41-45.

19. Эмоциональность мужчин и женщин [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://l-rankova.ru/emocionalnost-muzhchin-i-zhenshhin/>, свободный. – Загл. с экрана (дата обращения: 19.04.2020).

20. Удалов, Ю.Д. Психозэмоциональный стресс у соматически ослабленных пациентов онкологического профиля как один из факторов послеоперационных осложнений / Ю. Д. Удалов, А. В. Гордиенко, А. С. Самойлов [и др.] // Исследования и практика в медицине. – 2018. – Т. 5, N 3. – С. 117-125.

21. Worldwide palliative care alliance (WPCA); World Health Organization 2015 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf, свободный. – Загл. с экрана (дата обращения: 10.04.2020).

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/vkr/98852>