

Молдовская Ангелина Алексеевна

*заведующая отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии,
ГУ «Рыбницкая центральная районная больница»
г. Рыбница, Молдавия, Приднестровье*

Moldovskaya A. A.

*Head of the department of anesthesiology, reanimation and intensive care,
State institution «Rybnitsa Central Hospital»,
Rybnitsa, Moldova, Transnistria.*

Молдовский Юрий Пантелеевич

*старший преподаватель,
филиал Приднестровского Государственного Университета в г. Рыбница*

Moldovsky Yu. P.

Senior Lecturer of the branch of the Transnistrian State University in Rybnitsa

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ PECULIARITIES OF PSYCHO-EMOTIONAL STATE OF PATIENTS IN EMERGENCY DEPARTMENT

Аннотация. В статье с использованием нескольких методик рассмотрены вопросы психоэмоционального состояния пациентов в условиях реанимации. В ходе проведенного в ГУ «Рыбницкая центральная больница» исследования, выявилось, что пациенты проходящие лечение в отделении анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии зачастую испытывают различные отрицательные эмоциональные состояния, степень которых различается в зависимости от частоты нахождения в отделении.

Ключевые слова: палата интенсивной терапии, пациенты, отделение реанимации, психоэмоциональное состояние.

Abstract. Using several techniques the article discusses issues of mental and emotional state of patients in emergency department. The study in GU «Central Hospital» of Rybnitsa found, that patients being treated in the department of anesthesiology, emergency and intensive care often have a variety of negative emotional states, the degree of which varies depending on the frequency of being in department.

Keywords: intensive care unit, patients, emergency department, psycho-emotional state.

Как показывает практика, зачастую причиной возникновения серьезных осложнений, представляющих определенную опасность для жизни пациентов отделения реанимации является непонимание особенностей лечебного режима в отделении. Несомненно, что специфика лечения в реанимационном отделении является большим психологическим стрессом для пациентов. Таким образом, проблематика уменьшения уровня тревожности и беспокойства, а также предупреждение развития тяжелых осложнений, связанных с нарушением пациентами лечебного режима реанимации является достаточно актуальной в настоящее время.

Отделение реанимации и интенсивной терапии является узкоспециализированным подразделением стационара. Основной контингент пациентов реанимации — это больные, находящиеся в критических состо-

яниях, с тяжелыми заболеваниями и травмами, а также пациенты после сложных оперативных вмешательств.

Особенностью функционирования палаты интенсивной терапии (ПИТ) является именно непрерывное введение лекарственных препаратов с помощью капельниц и инфузоматов, регулярный забор анализов для контроля состояния жизненно-важных органов. Помимо непосредственно медикаментозных средств, для стабилизации состояния данным пациентам проводится постоянный гемодинамический мониторинг, оксиметрия, респираторная поддержка, контроль диуреза, декомпрессия желудочно-кишечного тракта и прочее. Соответственно данные процедуры обязывают к соблюдению строгого постельного режима и ограничивают свободу движений. Это, естественно, вызывает психоэмоциональное напряжение и создает дискомфорт.

Усиливает неудобства нахождения в палате интенсивной терапии необходимость осуществлять физоправления только в пределах койки, в присутствии других пациентов и медицинского персонала.

В таких условиях простые бытовые процедуры, которые в повседневной жизни являются непосредственными, в палате интенсивной терапии служат поводом для беспокойства и волнения пациентов.

Более того, пациенты в палатах без разделения по половому признаку, а также без нательного белья на случай оказания экстренных реанимационных мероприятий. Данное обстоятельство повышает градус эмоционального накала.

Для большинства пациентов реанимация отождествляется с переломным местом между жизнью и смертью, так как именно в данном отделении находятся самые тяжелые больные, некоторые из которых умирают в присутствии соседей по палате. Это обстоятельство влечет за собой широкий диапазон эмоциональных состояний (страх, тревога, депрессия) для пациентов, что может привести к так называемому «синдрому палаты интенсивной терапии», когда больной ухудшает свое состояние психомоторным возбуждением.

Подытоживая, можно констатировать, что палаты интенсивной терапии имеют свои специфические особенности, резко отличающие их от иных отделений лечебных учреждений. Лечебный режим в них может оказывать существенное влияние на людей, склонных к эмоциональным переживаниям, что может отражаться на самочувствии пациентов и результатах лечения.

Целью исследования являлось изучение психоэмоционального состояния пациентов, находящихся на лечении в отделении анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии ГУ «Рыбницкая центральная районная больница» (Приднестровье, Молдавия) в 2015 году.

В рамках исследования посредством опроса было задействовано 45 пациентов, которые были условно разделены на 3 группы:

- группа «А» — пациенты, ранее не проходившие лечение в ПИТ;
- группа «Б» — пациенты, единожды находившиеся в ПИТ;
- группа «В» — пациенты, проходившие лечение в ПИТ неоднократно (2 и более раз).

В ходе исследования был использован ряд психодиагностических методик, а именно:

- личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ), разработанный с целью диагностики типов отношения к болезни у больных хроническими соматическими заболеваниями [4];
- методика диагностики самооценки уровня тревожности Спилберга-Ханина для определения личностной и ситуационной тревожности пациента [3];

– авторская анкета на определение эмоционального состояния пациента, а также эмоционального отношения пациента к смерти и (9 вопросов).

В ходе исследования в рамках личностного опросника Бехтеревского института были получены следующие результаты. В группе «А» у 56% пациентов чаще всего встречается эйфорический тип реагирования на болезнь. У данных больных наблюдается пренебрежение, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Надежда на то, что «само все обойдется». Легкость нарушений режима, хотя эти нарушения могут неблагоприятно сказываться на течении болезни. У 32% пациентов отмечен гармоничный тип, что предполагает трезвую оценку своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть и без оснований видеть все в мрачном свете, но и без недооценки тяжести болезни, а также стремление во всем активно содействовать успеху лечения, нежелание обременять других тяготами ухода за собой.

В среде пациентов группы «Б» были выявлены следующие тенденции: 26% больных имеют гармоничный тип, 22% — эйфорический, 18% — сенситивный, то есть чрезмерная озабоченность о возможном неблагоприятном впечатлении, которое могут произвести на окружающих сведения о их болезни. Также одной из особенностей данной группы пациентов является наличие обсессивно-фобического типа отношения к болезни — 16%, что предполагает тревожную мнительность, которая, прежде всего, касается опасений не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных (но малообоснованных) неудач в жизни, работе, семейной ситуации в связи с болезнью.

Как выяснилось, большинство пациентов группы «В» также имеют гармоничный и эйфорический типы отношения к болезни (32% и 29% соответственно), 18% — эргопатический, 14% — сенситивный и 12,5% — анозогнозический тип, который проявляется в отрицании очевидного в проявлениях болезни, приписывание их случайным обстоятельствам или другим несерьезным заболеваниям. [4].

В рамках исследования в качестве одного из методов, пациентам был предложен опросник Спилберга (State-Trait Anxiety Inventory — STAI), который является информативным способом самооценки уровня тревожности в данный момент (реактивной тревожности как состояния) и личностной тревожности (как устойчивой характеристики человека) [1].

Необходимо отметить, что личности, относимые к категории высокотревожных, склонны воспринимать угрозу своей самооценке и жизнедеятельности в обширном диапазоне ситуаций и реагировать весьма выраженным состоянием тревожности. Для низкотревожных людей, напротив, требуется пробуждение активности, подчеркивание мотивационных компонентов деятель-

ности, возбуждение заинтересованности, высвечивание чувства ответственности в решении тех или иных задач.

Таким образом, в ходе исследования выяснилось следующее:

- шкала «ситуативная (реактивная) тревога», возникающая при попадании в стрессовую ситуацию и характеризуется субъективным дискомфортом, напряженностью, беспокойством и вегетативным возбуждением: 45% пациентов группы «Б» и 52% группы «В» имеют низкую тревожность, 56% — среднюю. Из группы «А» только 27% больных имеют низкую тревожность и 61% — среднюю.

- шкала «личностная тревога», представляющая собой конституциональную черту, обуславливающую склонность воспринимать угрозу в широком диапазоне ситуаций: 10% пациентов группа «А» и 12% группы «В» имеют низкий уровень личностной тревожности, а 70% и 66% соответственно — средний. Кроме этого, в ходе исследования было выявлено, что более 80% пациентов группы «Б» имеют средний уровень тревожности.

Анализ результатов обработки авторской анкеты, выявил следующие тенденции:

- на вопрос «Как часто Вы находитесь в хорошем настроении?» ответили: всегда хорошее (группа «А» — 23%, «Б» — 12%, «В» — 35%); скорее да, чем нет (группа «А» — 54%, «Б» — 46%, «В» — 50%); скорее нет, чем да («А» — 23%, «Б» — 42%, «В» — 15%). Можно констатировать некоторую склонность пациентов к пессимизму, что в целом обосновывается спецификой лечения в ПИТ;

- «Каким Вы видите своё будущее?». В данном вопросе был отмечен широкий диапазон расхождений: значительное число больных всех групп («А» — 62%, «Б» — 53% и «В» — 58%) высказались, что своё будущее видят рядом с родными и близкими. Однако если пациенты группы «А» посчитали важным для себя в будущем работу (38%), то у респондентов групп «Б» и «В» приоритеты меняются на здоровье (47% и 42% соответственно).

- «Задумываетесь ли Вы о своей смерти?». На этот вопрос небольшое количество пациентов всех групп («А» — 8%, «Б» — 10% и «В» — 13%) часто рассуждают о том, что их когда-нибудь не станет; большинство анкетированных групп «А» и «Б» иногда, но думают о своей смерти (34% и 63%), а пациенты группы «В» — редко (40%). Данное говорит о том, что страх смерти наиболее ярко выражен у тех больных, которые ранее проходили лечение в реанимационном отделении.

- «Испытываете ли Вы чувство безысходности?». Наиболее отчетливо результаты проявились в среде пациентов группы «В», где часто испытывают 12% пациентов, «иногда» — представители всех трёх групп (25%, 33% и 42% соответственно). То есть данное состояние присуще в большей степени респондентам, проходящими лечение в палате интенсивной терапии неоднократно.

- На вопрос «Чего Вы боитесь больше всего?» 28% пациентов группы «А» ответили, что не боятся ничего, 32% боятся преждевременной смерти и 18% — потери близких. Для анкетированных группы «Б» основными страхами так же являются потеря близких и преждевременная смерть (34% и 38% соответственно), 14% боятся стать парализованными. В группе «В» 36% пациентов боятся потери близких, 21% утверждают, что страхов не имеют, прогрессирования болезни и преждевременной смерти боятся 18% пациентов, что указывает на страх смерти и наличие тревоги относительно своей будущей жизни.

Анализ результатов исследования позволил сделать следующие выводы:

1. Значительное количество пациентов, находящихся на лечении в отделении анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии испытывают различные отрицательные эмоциональные состояния (чувство страха, тревоги, депрессии и прочее).

2. У пациентов, ранее не проходивших лечение в реанимационном отделении, чаще всего встречается эйфорический тип реагирования на болезнь, для них характерно необоснованно повышенное настроение и нередко пренебрежительное отношение к лечению. Для пациентов, проходивших лечение в реанимации один раз и неоднократно, характерны гармоничный, обсессивно-фобический и анозогнозический типы отношения к болезни, существует тревожная мнительность больных о возможных неудачах в жизни, работе, семье в связи с болезнью.

3. Среди пациентов отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии возможны случаи возникновения лёгкой депрессии ситуативного или невротического генеза, а также истинного депрессивного состояния и глубокого снижения настроения.

4. Пациенты, ни разу не проходившие лечение в реанимации, испытывают большее чувство фатализма, что предполагает веру в предопределённость бытия, убеждённость в неизбежности событий.

Литература

1. Батаршев А. В. Базовые психологические свойства и самоопределение личности: Практическое руководство по психологической диагностике. — СПб.: Речь, 2005. С. 44–49.
2. Леонтьев Д. А. Тест смысложизненных ориентаций. — 2-е изд. — М.: Смысл, 2000. — 18 с.
3. URL: http://psylab.info/Шкала_тревоги_Спилбергепа.
4. URL: http://azps.ru/tests/tests_lobi.html.