Специалист здравоохранения

Научно-практический журнал

№ 8, 2016

май-июнь 2016, № 8

СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Бубликова И.В., главный специалист по сестринскому делу **Северо-Западного региона**

Жирков А.М., д.м.н., профессор, Директор МК СПбГУ

Подопригора Г.М., к.м.н., доцент кафедры гериатрии, геронтологии и сестринского дела СЗ ГМУ им. Мечникова

Цуцунава М.Р., BSc, MS, преподаватель директор АНО «НИАГара», выпускающий редактор

Журнал зарегистрирован Управлением Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций по Северо-Западному федерального округу ПИ № ТУ 78-01371

Учредитель:
АНО «Независимое информационное агентство »НИАГара» (г.СПб, с 2004 г.)

ISSN 2413-6271

Открыта подписка на II полугодие 2016 г. (через редакцию)
Стоимость подписки (№№ 9-11) – 799 руб.

АНО «НИАГара»
ИНН / КПП 7813305724 / 781301001,
ОГРН 1047855064256
Р/с 40703810305000000019 в Филиале «СДМ-БАНК» (ПАО) в г.СПб
(197187, г. СПб, ул. Ленина. Д.14 литера А)
К/с 30101810000000000878;
БИК 044030878
Тел. +79213708822; +79500218010

ПОДПИСКА НА I-е ПОЛУГОДИЕ 2017г. – через ПОЧТУ РОССИИ
Стоимость подписки – 1899 руб.

В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ЖУРНАЛ ПРОХОДИТ ПРОЦЕДУРУ ПЕРЕРЕГИСТРАЦИИ В ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЕ ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ СВЯЗИ, ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И МАССОВЫХ КОММУНИКАЦИЙ

ISSN 2413-6271
Май-июнь 2016, № 8

СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ®

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД

СОДЕРЖАНИЕ

ГЛАВНОЕ СОБЫТИЕ 4

ИССЛЕДОВАНИЯ. ВКР

Кузнецова Я.А., Цуцунава М.Р. Компьютерная зависимость подростков. Перспективы профилактики 6

ПЕРЕЗАГРУЗКА

О первой медицинской помощи 11

КЛИНИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

Подходы к реабилитации пациентов, перенесших инсульс..... 18

ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ

Смертельный диагноз: какой ответ считать «здоровым»? 22

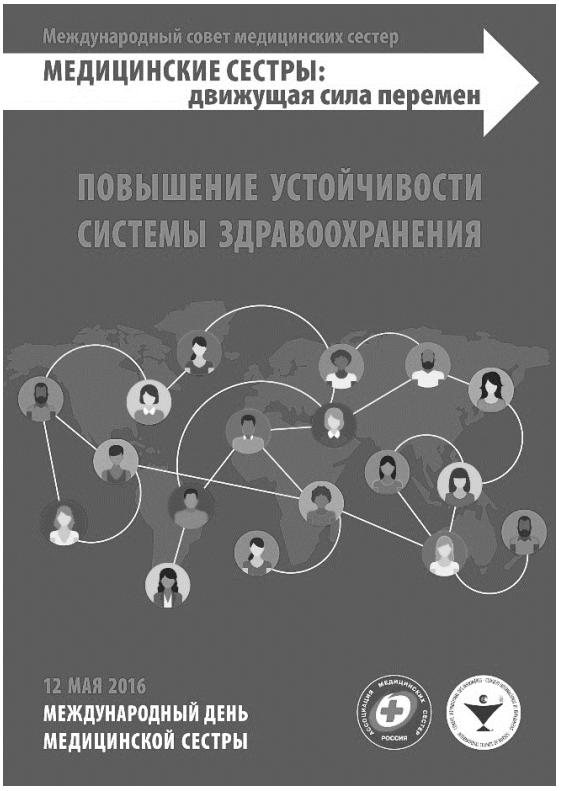
ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЕ

О необходимости гигиены мышления 27

ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ

Стигма психических расстройств – стойкое препятствие на пути улучшения качества жизни пациентов 30

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ. ИБС 33



Если апрельские семинары, посвященные Международному Дню медицинской сестры (о них мы писали в предыдущем номере журнала) уже стали традиционными, то конкурс детского рисунка, посвященный этому же дню, тем более, инициированный СПб РО ОбОО «Ассоциация медицинских сестер России», впервые прошел в Санкт-Петербурге.

Нет на земле профессии, более необходимой людям, несущей в нашем обществе благородную социальную миссию - помогать больному справиться с болезнью и недугом, обрести надежду и силы, вернуться в обычную жизнь. Начиная с 1971 года, 12 мая во всех странах мира проходят торжественные мероприятия, посвященные Международному дню медицинской сестры. С 1993г. к чествованию людей этой важной и любимой всеми профессии присоединилась Россия. В 2016 году день медицинской сестры прошел под девизом: «Медицинские сестры – движущая сила перемен: укрепление устойчивости системы здравоохранения».

СПБ РО ОбОО «Ассоциация медицинских сестер» в канун празднования Международного дня медицинской сестры провела конкурс детского рисунка. В конкурсе приняли участие учащиеся школ и гимназий Василеостровского района г. Санкт- Петербурга в возрасте от 6 до 17 лет. Тема рисунка «Профессия - медицинская сестра». Мы хотели увидеть профессию медицинской сестры глазами ребенка. Рисунки исполнены в разной технике рисования (акварель, восковые мелки, цветные карандаши). Одним из условий конкурса было выполнить рисунки без помощи родителей и педагогов.

Конкурс организован с целью культивирования у детей интереса к профессии, формирования у подрастающего поколения уважительного отношения к профессии, повышения престижа профессии медицинской сестры (учитывая, что в конкурсе были в некоторой степени задействованы родители и педагоги).

Обратите внимание, какие краски использовали дети в своих рисунках: красный, желтый, зеленый… У этого есть объяснение: дети воспринимают работу медицинской сестры как красивую….

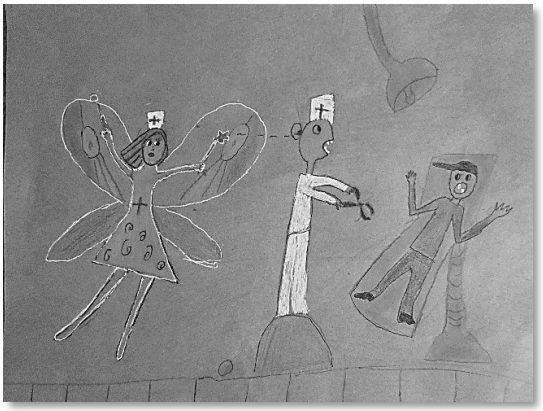
Исследуя особенности восприятия красивого детьми дошкольного возраста, В. С. Мухина[1] отмечала, что в рисунках детей на

[1] Мухина В. С. Возрастная психология. М.: Академия, 1997. 432 с.

тему «красивое» и «некрасивое» не просто воспроизводятся предметы и явления действительности. «Красивое» изображается яркими чистыми красками. Преимущество отдается желтой, красной, оранжевой и изумрудно-зеленой. При этом ребенок часто выбирает цвета, не соответствующие действительной окраске изображаемого предмета. Рисуя «некрасивое», малыши не жалеют черной, темнокоричневой, темно-синей краски…

В конкурсную комиссию поступило более ста детских работ. Важным критерием оценки было содержательность, соответствие рисунка по теме.

Своими впечатлениями поделилась педагог ГБОУ Начальная школа детский сад №36 Туманова Ирина Ивановна:
«Готовясь к конкурсу Детского рисунка, приуроченного к Международному дню медицинской сестры, педагоги нашей школы решили в беседе узнать, как дети представляют эту профессию. Оказалось, что учащиеся видят медицинскую сестру со шприцем в руке, делающую уколы и прививки в школе, поликлинике, больнице. Во время беседы ребята задумались: «А что же еще делает медицинская сестра, в чем заключается ее работа?» И вот они уже вспомнили о работе медицинской сестры в кабинете стоматолога, в ветеринарной клинике, в родильном доме. Свои мысли они отразили в рисунках. Работы выполняли с большим интересом. Но главное дети стали уважительно относиться к людям в белых халатах, которых часто не замечали».



Поздравляем победителей и желаем всем участникам дальнейших творческих успехов!

СПб РО ОбОО «РАМС» благодарит руководителей, педагогов, учащихся образовательных учреждений за участие в конкурсе.

Дмитриева Е.А.
Ст. медсестра
СПб ГБУЗ
«ГП № 3»

КОМПЬЮТЕРНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ ПОДРОСТКОВ: ПЕРСПЕКТИВЫ ПРОФИЛАКТИКИ

Я.А. Кузнецова, М. Р. Цуцунава

ВВЕДЕНИЕ

XXI век характеризуется переходом от постиндустриального общества к обществу информационному, в котором большинство как работающих, так и обучающихся занято производством, хранением, переработкой и реализацией информации, особенно высшей ее формы – знаний. Школы – не исключение. ФГОС начального общего образования предполагает формирование информационной компетентности учащихся, как условия реализации центральной идеи – научить ребенка учиться. Ориентировка младших школьников в информационных и коммуникативных технологиях (ИКТ) и формирование способности их грамотно применять (ИКТ-компетентность) считается важным элементом формирования универсальных учебных действий, обучающихся на ступени начального общего образования.

Однако компьютер становится не только рабочим инструментом, он начинает влиять на поведение человека, его межличностные контакты и отношения. Наиболее чувствительной к этим изменениям является психика детей, подростков и лиц молодого возраста: у некоторых лиц компьютеры могут вызывать различные виды зависимости, такие как игровая, интернет-зависимость и др. Компьютерная зависимость является одной из форм аддиктивного поведения. По различным оценкам, на сегодняшний день диагноз «компьютерная зависимость» можно поставить 10% населения земного шара. Российские психиатры полагают, что среди россиян этой болезнью страдают 4-6%.

Впервые наличие зависимости отметили американские ученые в начале 80-х годов (М. Шоттон, Ш. Текл, Т. Больбот), которые указывали, что формирование компьютерной зависимости обусловлено не только потребностью ухода от реальности или личные проблемы, но и индивидуальные характеристики человека (например, особенности характера, определяющие устойчивее поведение человека). Родоначальником изучения данного феномена считаются клинический психолог К. Янг, разработавшая в 1994 году специальный опросник и изложившая предпосылки развития и стадии компьютерной зависимости, а также психиатр И. Гольдберг, описавший в 1995 году зависимость от компьютерных игр и предложивший диагностические критерии зависимости. В 1997-1998 года были созданы консультативно-диагностические и исследовательские службы, а также были опубликованы первые монографии таких авторов, как К. Янг, Д. Гринфилд, К. Суратт и др.

В России данная проблема начала изучаться совсем недавно – в течение последнего десятилетия. А.Е. Войскунский разработал критерии компьютерной зависимости; Л.М. Либерман и В.Н. Моторин рассматривают в своих работах анатомию и причины игровой зависимости; В.Д. Менделевич описал типологию зависимых от компьютера личностей; психологи В.В. Зайцев и А.Ф. Шайдулина исследуют игровой цикл больного лудоманией; И.В. Чудова, А.Е. Жичкина, Н.А Кузнецова, А.Ю. Егоров и др. изучили особенности личности зависимых от компьютера пользователей. Были также предприняты попытки изучить факторы риска развития компьютерной зависимости (Малыгин В.Л. и

соавт. 2009; Юрьева Л.Н. 2014), среди которых не последнее место занимают взаимоотношения подростков с семьей. Целью настоящего исследования стало установление корреляции между компьютерной зависимостью у подростков и наличием конфликтных отношений в их семьях.

УЧАСТНИКИ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследовании приняло участие 100 обучающихся МКОУ Ушакинская СОШ №1 в возрасте от 11 до 17 лет из 6 классов, среди них 43% девочек и 57% мальчиков. Средний возраст опрашиваемых составил 13,77 лет.

Методы сбора данных: исследование проведено методом анкетирования.

Этический аспект: при проведении исследования были соблюдены все действующие биоэтические нормы, закрепленные в рамках законодательства РФ, такие как:

- Наличие добровольного информированного согласия участников;
- Этичное обращение с испытуемыми;
- Соблюдение прав человека.

Форма добровольного информированного согласия разрабатывалась на основе Приказа Минздрава России от 20.12.2012 N 1177н "Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства".

МЕТОДЫ СБОРА ДАННЫХ

Условия проведения исследования с использованием Шкалы семейного окружения и «Теста-опросника для установления зависимости от компьютерных игр, интернета для подростка», С.А. Кулакова:

Испытуемым предлагается 15 вопросов с 3 вариантами ответов на каждый вопрос (Да, Не знаю, Нет) и следующая инструкция: «Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы. Для этого поставьте знак + напротив каждого вопроса в колонке, соответствующей Вашему мнению». Обработка результатов проводилась в процессе их определения по двум шкалам отдельно. Первая шкала «Степень компьютерной зависимости»; вторая «Отношения внутри семьи».

Часть 1. Основана на вопросах методики «Тест-опросник для установления зависимости от компьютерных игр, интернета для подростка», созданной в 2004 году С.А. Кулаковым.

Оценивать результаты рекомендуется следующим образом:

1 положительный ответ – возможное развитие компьютерной зависимости в дальнейшем;

25% и более – наличие компьютерной зависимости.

Часть 2. Шкала семейного окружения (англ. Family Environmental Scale, сокр. FES) - опросник, предназначенный для диагностики микросоциального климата в семьях. Шкала разработана в 1974 году R. H. Moos, адаптирована С. Ю. Куприяновым в 1985 году. В данной анкете были использованы некоторые вопросы по показателям конфликтности. Результаты оценивались следующим образом: менее 2 положительных ответов – отсутствие конфликта в семье; 2 и более – наличие конфликтной ситуации в семье.

Для обработки и последующего анализа результатов исследования использовалась программа SPSS 17.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Из всех опрошенных процент зависимых составил: на 3-4 степени - 43,0%; на 1-2 степени 24,0%; без зависимости - 33,0%. Большую часть опрошенных составили обучающиеся с 3-4 степени компьютерной зависимости. Процент распределения зависимых по классам показывает, что суммарное количество зависимых 1-2 и 3-4 степени превышает количество обучающихся без зависимости в пределах одного класса в 5 случаях из 6.

Относительно критерия «Конфликтные отношения в семье» распределение произошло следующим образом:

- у 18% обучающихся есть конфликты в семье;
- у 82% обучающихся они отсутствуют.

При сопоставлении критериев «Наличие компьютерной зависимости» и «Конфликтные отношения в семье» удалось обнаружить, что:

- из 100% обучающихся с компьютерной зависимостью 3-4 стадии у 44,4% имеются конфликты с родителями;
- из 100% обучающихся с компьютерной зависимостью 1-2 стадии у 33,3% имеются конфликты с родителями;
- из 100% обучающихся без компьютерной зависимости у 22,2% имеются конфликты с родителями.

Таким образом, результаты исследования подводят к выводу о том, что одним из основных факторов риска развития компьютерной зависимости является конфликтные отношения в семье.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Основной мерой предотвращения возникновения зависимости любого типа у детей является правильное воспитание ребенка. Семья является первичным звеном социализации ребенка - до определенного возраста он воспринимает окружающий мир через существующие в семье установки и ценности, приобретает главные социальные знания, получает нравственные умения и навыки, формирует ценности, идеалы, помогающие ему социализироваться в обществе. При этом важно не ограничивать детей в их действиях (например, запрещать те или иные игры), а объяснять, почему то или иное занятие или увлечение для него не желательно. Категорический запрет того или иного вида информации безо всяких объяснений только увеличит интерес ребенка к этой информации, а существование запрета сделает невозможным обсуждение проблемы между родителями и ребенком.

Однако ожидать правильного воспитания ребенка в семье, в которой сложился отрицательный психологический микроклимат, неблагополучие семейных отношений едва ли правильно. Исследования последних лет продолжают доказывать, что дисгармония внутрисемейных отношений является причиной психологического дискомфорта подростка, способствует формированию и закреплению у него деструктивных форм поведения, в частности – аддикций[2]. Компьютерная зависимость становится для ребенка одним из приемлемых вариантов избегания реальности.

Эти факты подтверждают Малыгин В.Л. и соавт.,[3] исследование которых показало, что компьютерная зависимость возникает в семьях с дисгармоничными формами комму-

---

[2] Зубарева В. А., Колотова Ю. В. Зависимость аддиктивного поведения несовершеннолетних от стиля семейного воспитания. URL: http://psysphera.narod.ru/public/kirov/zubareva.htm (дата обращения: 25.08.2013)

[3] Малыгин Вл Л., Смирнова Е. А., Хомерики Н. С. Факторы риска формирования компьютерной зависимости // Вестник Здоровье и образование в XXI веке.- 2009.- №1. - С.37-38.

никации. Кроме того, ими была выявлена общая для всех семей с подростками с компьютерной зависимостью тенденция к недостаточности требований, запретов и санкций. Исследование Юрьевой Л.Н.[4] также показало, что в 55% случаев истоки формирования социализированных и несоциализированных расстройств поведения, которые коморбидны с симптоматической компьютерной зависимостью, закладываются в родительской семье. По данным X.Huang и соавт.,[5] подростки, злоупотребляющие компьютером, обычно оценивали родительские, в особенности материнские, методы воспитания как лишенные эмоционального тепла, со склонностью к отвержению и наказанию.

Родители обычно не обращают внимания на поглощенность ребенка компьютером, если в его поведении не возникают других ярко выраженных отклонений, таких как воровство денег, прогулы школы, бродяжничество. Гипопротекция (гипоопека) - самый распространённый вид воспитания, приводящий к возникновению зависимостей. На его долю приходится до 38,4% случаев интернет–аддикций. При таком воспитании подросток растет без достаточного внимания со стороны родителей.

Однако для возникновения девиаций поведения опасной считается не только гипоопека, но и гиперопека, когда ребенка постоянно опекают и контролируют, следят за каждым его шагом, лишая всякой самостоятельности. Ребенок превращается либо в кумира семьи, чьи реальные или мнимые способности становятся объектом восхищения всех членов семьи, или становится объектом постоянных завышенных притязаний и требований со стороны родителей. Привыкнув к постоянному контролю со стороны окружающих, подросток легко подчиняется любому внешнему давлению и легко попадает в наркозависимость или уходит в мир компьютерных игр и Интернета.[6]

Одним из направлений профилактической работы специалисты указали коррекцию семейных отношений. Кроме того, специалисты поднимают и такой вопрос, как родительская культура. Работа Петрова Е.И.[7] подвела его к выводу о том, что единственным проверенным способом не дать ребёнку оказаться в зависимости от компьютера – это заинтересовать тем, что никак не связано с компьютером, показать, что существует масса других интересных развлечений, которые позволяют не только пережить острые ощущения, но и также тренируют тело и нормализуют психологическое состояние. И помочь в этом может только родительская культура, самообразование в этой области.

При этом в работе И. В. Гребенникова раскрывается проблема недостаточного уровня педагогической культуры основной массы родителей, которая негативно отражается на результатах их воспитательной деятельности, проявляется в низком уровне воспитанности подрастающего поколения. Таким образом, можно заключить, что решение проблемы компьютерной зависимости тесно связано с решением другой проблемы - низкой родительской культуры, которое видится в рамках создания семейных клубов Клубная форма работы позволяет организовать удобную систему деятельности по формирова-

---

[4] Юрьева Л.Н. Компьютерная зависимость - аддикция общества, основанного на знаниях // Тюменский медицинский журнал. 2014. №1 С.54-55.

[5] Huang X., Zhang H., Li M. et al. Mental health, personality, and parental rearing styles of adolescents with Internet addiction disorder CyberPsychology // Behav. Soc. Networking. 2010. Vol. 13, N 4. P. 401–406.

[6] Фадеева С. В. Факторы риска развития наркотической и компьютерной зависимостей в подростковой среде // Сибирский педагогический журнал. - 2010. - №5. - С.217-224.

[7] Петрова Е. И. Дети и компьютер // Философские проблемы информационных технологий и киберпространства. - 2012.- №1. - С.133-141.

нию родительской культуры, комфортные условия донести до каждого родителя информацию о семейных традициях, значимости знаний родословной, значимости внутрисемейного общения и взаимодействия.

Список использованной литературы

1. Волкова Е.Н., Гришина А.В. Оценка распространенности игровой компьютерной зависимости у младших подростков // Вестник Мининиского университета. – 2014. – №3 (7)
2. Деревянко Ю.П., Каторгина С.С. Эмоционально-волевая сфера личности студентов с разным уровнем зависимости от компьютера // Apriori. Серия: гуманитарные науки. – 2013. - №1.
3. Жукова М. В. Компьютерная зависимость как один из видов аддиктивной реализации // Вестник ЧГПУ. 2013. №11 С.120-129.
4. Карандашев В.Н. Психология. Введение в профессию. – Academia, Смысл, 2009. – 512 с.
5. Коваль Т.В. Особенности межличностных взаимодействий у подростков, склонных и не склонных к развитию компьютерной зависимости // Психологическая наука и образование. – 2012. – №4
6. Малыгин Вл Л., Смирнова Е. А., Хомерики Н. С. Факторы риска формирования компьютерной зависимости // Вестник Здоровье и образование в XXI веке. - 2009.- №1 - С.37-38.
7. Маслова Ю. В. Позитивные и негативные аспекты использования компьютерных технологий у детей и подростков // Образовательные технологии и общество. - 2013.- №4 - С.493-503.
8. Молева Т. Н. Развитие родительской культуры как педагогического феномена // ЧиО. - 2014.- №2 (39)- С.162-165.
9. Обжорин А. М. Профилактика компьютерной и интернет-зависимости в современной школе // Научное обеспечение системы повышения квалификации кадров. - 2011.- №1 (6) С.79-84.
10. Петрова Е. И. Дети и компьютер // Философские проблемы информационных технологий и киберпространства. - 2012. - №1. - С.133-141.

    Солдаткин В. А., Дьяченко А. В., Мавани Д. Ч. Концепции формирования компьютерной зависимости // Социальная и клиническая психиатрия. - 2013.- №3 - С.104-110.
11. Фадеева С. В. Факторы риска развития наркотической и компьютерной зависимостей в подростковой среде // Сибирский педагогический журнал. - 2010.- №5. - С.217-224.
12. Юрьева Л.Н., Больбот Т.Ю. Компьютерная зависимость: формирование, диагностика, коррекция и профилактика. – Днепропетровск: Пороги, 2006г. – 196 с.
13. Ch. Suresh Kumar, Dumpati Raghu, Prathipati Ratna Kumar, G P Saradhi Varma. Addiction of computer is sabotage to human life // International Journal on Advanced Computer Theory and Engineering (IJACTE). – 2012. – Vol. 1, Issue 1. – P. 121-128.

О ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

По данным ВОЗ в настоящее время на один миллион населения в неделю внезапно умирает 30 человек. Важнейшими причинами внезапной смерти являются травмы и "внезапная сердечная смерть". Никакая система медицинской помощи на догоспитальном уровне не в состоянии обеспечить мгновенное прибытие машины скорой медицинской помощи на место происшествия. Таким образом, вопросы оказания первой помощи не потеряли свою актуальность.

Первая помощь — это вид помощи, оказываемый на месте происшествия лицами, не имеющими медицинского образования, до прибытия бригады скорой помощи. Оказание первой помощи направлено на устранение угрожающих жизни нарушений в организме пострадавшего с целью сохранения его жизни и здоровья.

В связи с этим во многих странах мира, даже в тех, где время прибытия машины скорой помощи исчисляется лишь несколькими минутами, создаются условия для оказания первой помощи пострадавшим силами очевидцев и сотрудников различных служб, прибывающих на место происшествия. В нашей стране, где прибытие машины скорой медицинской помощи по ряду причин зачастую отсрочено на десятки минут, оказание первой помощи очевидцами становится еще более актуальным, чем в развитых странах. (В силу различных причин среднее время прибытия бригады скорой медицинской помощи составляет 13,7 мин, а в загородной зоне – значительно больше).

СЛОЖИВШАЯСЯ В РОССИИ СИТУАЦИЯ ПОКАЗЫВАЕТ, ЧТО В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШИМ ПРАКТИЧЕСКИ НЕ ОКАЗЫВАЕТСЯ

К сожалению, в нашей стране у многих граждан сложилось мнение, что оказывать помощь пострадавшим – это дело только врачей. Одной из причин неоказания первой помощи широкими слоями населения является то, что большинство граждан не считают себя участни-

ФАКТЫ

- По данным МНИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, 48 % пострадавших не получают помощи медицинских работников, потому что не доживают до их появления, из них 35 % пострадавших гибнут в течение первых трех часов
- жизнь пострадавших нередко зависти от того, какая им будет оказана помощь в первые минуты (правило "золотого часа").
- По данным отечественной статистики среди погибших от несчастного случая только 15% погибают от несовместимых с жизнью телесных повреждений.
- Еще 15% погибают вследствие опоздания скорой помощи и 70% – из-за неправильно оказанной первой помощи на месте происшествия до приезда врача.
- По данным статистики Национального научно-практического общества скорой медицинской помощи Из 29 человек, погибших от травм, полученных при ДТП, у 22 человек смерть наступила на месте, до приезда скорой помощи.
  По мнению специалистов, если пострадавший находится в состоянии клинической смерти менее 3 минут, вероятность того, что жизнь удастся спасти, составляет 75 %.
- При увеличении этого промежутка до 5 минут вероятность уменьшается до 25 %, при превышении этого времени человека спасти практически не удается.

ками оказания первой помощи.

Результаты одного из исследований, в котором было опрошено 2310 респондентов, показали, что 54,6% считают, что первую помощь должна оказывать бригада скорой медицинской помощи; 67,8% считают, что помощь могут оказывать граждане, не имеющие медицинского образования, но прошедшие специальную подготовку, и лишь 39,3% считают это делом всех, в том числе и себя лично.

Специалисты объяснили полученные результаты отсутствием четкого определения прав граждан на оказание первой помощи в российском законодательстве. Однако ФЗ РФ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в п. 4 статьи 31 «Первая помощь» определил права граждан по оказанию первой помощи и, тем самым, уполномочил их на ее оказание.

ПЕРЕЧЕНЬ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

- Мероприятия по оценке обстановки и обеспечению безопасных условий для оказания первой помощи
- Определение наличия сознания у пострадавшего.
- Мероприятия по восстановлению проходимости дыхательных путей и определению признаков жизни у пострадавшего
- Мероприятия по проведению сердечно-легочной реанимации до появления признаков жизни
- Мероприятия по поддержанию проходимости дыхательных путей
- Мероприятия по обзорному осмотру пострадавшего и временной остановке наружного кровотечения
- Придание пострадавшему оптимального положения тела.
- Контроль состояния пострадавшего
- Передача пострадавшего бригаде скорой помощи…

Источник: Приложение N 2 к приказу Минздравсоцразвития РФ от 4 мая 2012 г. N 477н

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ОКАЗЫВАЕТСЯ:

- Лицами, обязанными оказывать первую помощь в соответствии с федеральным законом или со специальным правилом и имеющими соответствующую подготовку (ст. 31 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ").
- Законодательство РФ обязывает отдельные категории граждан оказывать первую помощь или устанавливает право на ее оказание. (сотрудники полиции, сотрудники пожарной охраны, спасатели аварийно-спасательных формирований и аварийно-спасательных служб и др).
- В свою очередь, водители транспортных средств и другие лица имеют право на оказание первой помощи при наличии соответствующей подготовки (п. 4 ст. 31 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ").

По данным социологического опроса Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения, основными причинами, по которым граждане не готовы оказывать первую помощь, являются отсутствие знаний и практических навыков по оказанию первой помощи (82,1 %), боязнь навредить пострадавшему при оказании первой помощи (67,6 %), боязнь юридической ответственности (63,5 %), отсутствие средств для оказания первой помощи (51,3%). Важнейшим фактором является медицинская неграмотность населения и отсутствие владения алгоритмами поведения в чрезвычайных ситуациях.

БОЯЗНЬ ОТВЕТСТВЕННОСТИ В СЛУЧАЕ ГИБЕЛИ ПОСТРАДАВШЕГО НЕ ИМЕЕТ ПОД СОБОЙ ОСНОВЫ

Распространенной причиной, снижающей частоту оказания первой помощи пострадавшим, является боязнь ответственности в случае гибели пострадавшего или возникновения у него осложнений в процессе оказания первой помощи. Однако эта боязнь не имеет под собой основы и базируется на низком уровне знания действующего законодательства. В Российском законодательстве существует понятие «Крайняя необходимость», которое закреплено ст. 39 Уголовного Кодекса РФ, ст. 2.7. Кодекса РФ об административных правонарушениях и ст. 1067 Гражданского Кодекса РФ. Согласно этим статьям, неумышленное причинение вреда в ходе оказания первой помощи пострадавшим при травмах и неотложных состояниях подпадает под признаки деяния, совершенного в состоянии крайней необходимости и, следовательно, не является правонарушением и не влечет привлечения к юридической ответственности.

Действующее законодательство предусматривает для граждан, оказавших первую помощь и «поощрения» о которых население практически не информировано. В случае решения в суде вопроса о привлечении гражданина к ответственности за причинение вреда жизни или здоровью другого гражданина (например, в результате ДТП), оказание первой помощи пострадавшему учитывается как обстоятельство, смягчающее наказание (п. 2 ч. 1 ст. 4.2 Кодекса РФ об административных правонарушениях; п. «к» ч. 1 ст. 61 Уголовного Кодекса РФ). В свете вышеуказанных норм граждане должны понимать, что оказание первой помощи приносит пользу не только пострадавшему, снижая медицинские последствия травмы, но и работает в пользу того, кто причинил вред при дальнейшей юридической оценке последствий травмы.

Примеры отсутствия научной обоснованности при оказании первой помощи

Использование в материалах различающихся, устаревших или не соответствующих современным нормативно-правовым актам терминов («доврачебная помощь», «первая медицинская помощь», «экстренная помощь», «неотложная помощь»), иногда даже в пределах одного документа.

Наличие рекомендаций по оказанию первой помощи, выходящих за пределы установленных соответствующими нормативно-правовыми актами объемов. Например, использование медикаментов («…Полезно вместе с питьем дать больному 2 таблетки анальгина или аспирина, бутадиена и 1 таблетку димедрола, а также 20 капель корвалола, валокордина или кордиамина, настойки валерианы, таблетку валидола под язык…»), использование алкоголя («…дать обезболивающее (…водка 100-150 г)…»), и т.д.

Наличие в пособиях устаревших, либо опасных для пострадавшего рекомендаций по оказанию первой помощи (например, «…Если больной без сознания, необходимо принять меры, предупреждающие западение корня языка. В этом случае нужно выдвинуть ему нижнюю челюсть вперед, пальцами захватить язык и прикрепить его металлической булавкой к коже подбородка…»).

Наличие рекомендаций по оказанию первой помощи, которые не являются общепринятыми и эффективность их является сомнительной

Использование сложной медицинской терминологии («брадикардия», «цианоз», «пневмоторакс», «асептика») и т.д

Источник: Дежурный Л.И. Нормативно-правовые аспекты в области обучения первой помощи (Открытые источники)

АЛГОРИТМ СПАСЕНИЯ ПОСТРАДАВШЕГО ОБУЧЕННЫМ СПЕЦИАЛИСТОМ:

1. Личная безопасность (осмотреться, убедиться в собственной безопасности).
2. Проверка наличия сознания у обнаруженного пострадавшего (реакция на окрик, прикосновение, боль).
3. Быстрейший вызов службы спасения (попросить помощников, очевидцев вызвать скорую медицинскую помощь, набрать с мобильного телефона 112, использовать рацию).
4. Осмотреть шею пострадавшего на возможное наличие её травмы (при падении с высоты, превышающей рост человека, а также – при любых вариантах ДТП).
5. При отсутствии травмы шеи – запрокинуть голову пострадавшему (чтобы устранить западание корня языка).
6. Проверить наличие дыхания у пострадавшего (услышать, почувствовать в течение 5–10 секунд).
7. Проверить наличие пульса у пострадавшего (на сонных артериях в течение 5-10 секунд).
8. При отсутствии пульса на сонной артерии – немедленно приступить к наружному массажу сердца согласно новым международным стандартам экстренной помощи.

Если пострадавший в опасном для жизни или здоровья состоянии был заведомо оставлен без первой помощи, виновный может быть привлечен к ответственности по ст. 125 Уголовного кодекса РФ «Оставление в опасности». Ст. 39 Уголовного кодекса Российской Федерации «Крайняя необходимость»: неумышленное причинение вреда в ходе оказания первой помощи пострадавшим при травмах и неотложных состояниях подпадает под признаки деяния, совершенного в состоянии крайней необходимости.

ИСТОКИ ПРОБЛЕМ – В СОВЕТСКОМ ВРЕМЕНИ?

В советское время обучение приемам оказания первой помощи (бесплатно!) было поставлено на серьезном уровне, как под эгидой международной организации Красного Креста и Красного полумесяца, так и по другим программам. Обучением были охвачены широкие слои населения. Периодически на предприятиях, в учебных заведениях или просто в каких-то территориальных масштабах проводились учения по гражданской обороне, где эта тема отрабатывалась практически. Это даже отразилось в советской литературе, попав в один из эпизодов книги Ильфа и Петрова “Золотой теленок”. Такой подход приносил прекрасные результаты, так, например, во время ВОВ военные санитары – простые солдаты спасли много человеческих жизней используя полученные навыки.

В бывшем Советском Союзе вопросы первой помощи были разработаны в рамках военной медицины и входили в этапы медицинской эвакуации. Для условий мирного времени использовались отдельные элементы этой системы, которые зачастую копировались и внедрялись без какой-либо адаптации. При этом проведение научных исследований по совершенствованию методов оказания первой помощи и изучение возможности их применения в условиях, отличных от боевых, практически не проводились.

В результате, в нормативные акты, инструкции, правила оказания первой помощи и программы обучения попадали методики 30–40-летней давности, от некоторых из которых отказались и в зарубежных странах, и в ряде отечественных организаций. Кроме того, видимая простота проблемы приводила к тому, что в различных министерствах и ведомствах вопросы первой помощи разрабатывались собственными силами, зачастую без согласования с органами управления здравоохранением. В настоящее время существует большое число нормативных документов, программ обучения, учебной и методической литературы, не соответствующих друг другу, что не позволяет сделать систему первой помощи, унифицированной и однотипной.

Отсутствие системного подхода к развитию первой помощи, несоответствие учебных программ, невысокая мотивация граждан к оказанию первой помощи, а также ряд других

факторов привели к тому, что в настоящее время лицами, не имеющими медицинского образования, первая помощь пострадавшим практически не оказывается. Именно поэтому в Российской Федерации существует острая необходимость «заполнения» этого этапа оказания помощи пострадавшим, а также создания всех условий для активного оказания первой помощи широким кругом лиц.

Рекомендации Американской ассоциации сердечных заболеваний (АНА) по сердечно-лёгочной реанимации (СЛР) и неотложной помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях и Европейского совета по реанимации (ЕСР) в декабре 2010 г. осветили ключевые вопросы и изменения в теории и практике проведения реанимации

- Реаниматор, оказывающий помощь в одиночку, должен начинать СЛР с 30 компрессионных сжатий, а не с двух вдохов, чтобы сократить время до первого компрессионного сжатия.
- Наружный массаж сердца должен осуществляться при гарантированном (достоверном) отсутствии пульса на сонной артерии у пострадавшего в течение 5–10 секунд.
- Частота компрессионных сжатий должна составлять не менее 100 нажатий в минуту (вместо «приблизительно 100 сжатий в минуту»).
- Глубина продавливания грудной клетки для взрослых пострадавших изменена с 4-5 см (1,5-2 дюймов) на 5 см (2 дюйма).

Если случайный свидетель не обучен СЛР, он должен использовать алгоритм «Hands-Only» (СЛР без вентиляции лёгких), т.е. «резко и часто нажимать» на центр грудной клетки взрослого пострадавшего, который внезапно потерял сознание и у которого отсутствует пульс на сонной артерии, или выполнять указания диспетчера службы спасения. «Реаниматор» должен продолжать СЛР без вентиляции лёгких до прибытия бригады скорой медицинской помощи или других лиц.

Кроме того, алгоритм «Hands-Only» может быть использован в тех случаях, когда выполнение ИВЛ может быть потенциально небезопасным для реаниматора (при отсутствии, например, маски, или устройства для проведения ИВЛ), или, когда выполнение ИВЛ представляет определённую сложность в реальной ситуации. Кроме того, если обученный специалист умеет делать искусственное дыхание, он должен чередовать компрессионные сжатия с искусственным дыханием (в соотношении 30 НМС: 2 ИВЛ).

Использованная литература

- Дежурный Л. И., Неудахин Г. В. Медико-организационная схема действий по оказанию первой помощи на месте происшествия: вопросы наглядности // Менеджер здравоохранения. - 2011.- №11.- С.21-26.
- Лысенко К. И., Дежурный Л. И., Неудахин Г. В. Научный подход к созданию в Российской Федерации системы оказания первой помощи пострадавшим // Вестник РАМН. - 2012.- №3- С.10-14.
- Марченко Д.В. Новые стандарты реанимации в практике оказания первой помощи сотрудниками полиции // Вестник Восточно-Сибирского института МВД России. -2011.- №2 - С.77-91.
- Муравьев М. Ю. Проблемы оказания первой помощи при АСР и пути их решения // Технологии гражданской безопасности. - 2007.- №1 - С.41-45.

АЭРОЗОЛЬНЫЕ ГАЗОВЫЕ БАЛЛОНЧИКИ. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГАХ ГЛАЗ

Современный газовый баллончик, с аэрозольным механизмом распыления, снаряженным слезоточивыми (лакриматоры) или раздражающими веществами (ирритантами), стал гражданским газовым оружием самообороны в основном от людей, а иногда от некоторых агрессивно настроенных животных (собак, медведей). Для обороны от животных используют баллончики с увеличенным объемом и расстоянием наибольшего поражающего действия.

Тем временем спецслужбы модернизировали под свои задачи баллончики – так называемые БАМ (баллоны аэрозольные малогабаритные). Они немного отличаются от стандартных моделей меньшей концентрацией лакриматора и реализуют действующее боевое вещество на расстояние 3,5 метров (эти улучшения нужны для задержания лиц в местах, где использование огнестрельного оружия затруднено).

Сейчас БАМ в разных модификациях находятся в свободной продаже. Баллончики имеют небольшую массу и размеры, возможность использования без специальной подготовки. Кроме того, они не требуют спецразрешений и доступны для покупки в специализированных местах всем гражданам РФ, достигших 18 лет.

В России разрешено использовать в баллончике 5 видов ирритантов или их смесей – на основе натуральных экстрактов жгучего перца ОС и искусственно синтезированных веществ. В основном, повсеместную распространенность получили газовые баллончики, содержащие один вид ирританта. Это - ОС (Oleoresin Capsicum) – экстракт красного жгучего перца.

Олеорезин капсикум (ОК), при попадании на кожные покровы вызывает ощутимое жжение, а при попадании в верхние дыхательные пути вызывает довольно сильную болезненность и кашель. При попадании в глаза ОК мгновенно вызывает ощутимое жжение глаз, слезотечение, хемоз конъюнктивы. От последнего нередко возникает ощутимая временная потеря остроты зрения. Но основной эффект, который ожидают от попадания ОК на глаза – это блефароспазм. Он возникает в первые минуты после попадания в конъюнктивальный мешок и сохраняется достаточно долго. Время его воздействия на глаз определяется в большей степени количеством попавшего вещества, реактивностью и общим состоянием организма человека. Даже если часть ирританта останется в конъюнктивальном мешке из-за невозможности промыть глаза водой или затрудненности естественной эвакуации лакриматора через носослезный канал, ОК естественным образом элиминируется с конъюнктивальной поверхности благодаря его особенности естественным образом разлагаться в окружающей среде.

Представленные в литературе данные об опасности применения аэрозольных газовых баллончиков противоречивы. Фирмы-производители гарантируют безопасность применения баллончиков с расстояния не менее 1 метра. Однако возможны ситуации применения с очень близкого расстояния, когда в конъюнктивальной полости создается высокая концентрация поражающего вещества. По данным разных авторов частота поражения органа зрения содержимым газовых баллончиков составляет от 3,3 до 18,5% в структуре всех химических ожогов органа зрения.

Традиционно **при оказании первой помощи при химических ожогах** необходимо промыть глаза обильным количеством воды, однако, при оказании первой помощи пострадавшему от газового баллончика существует ряд особенностей. Особенности мероприятий первой помощи при поражениях органа зрения газовыми баллончиками включают в себя:

- ✓ Быстрое удаление капель аэрозоля с кожи век марлевым тампоном, смоченным в разбавленном спиртовом растворе по направлению "от глаза";
- ✓ Немедленное удаление из глаз контактных линз (если таковые имеются);

- ✓ Обильное смывание с кожи лица капель аэрозоля водой с мылом для удаления жира и грязи, которые могут способствовать проникновению ирританта вглубь;
- ✓ Обильное промывание глаз прохладной водой в течение 30-40 минут;
- ✓ Промывание водой ротоглотки;
- ✓ Использование солнцезащитных очков при симптомах фотофобии;
- ✓ Нахождение на свежем воздухе для возможности испарения остатков ирританта с поверхности;
- ✓ Нельзя использовать крема, мази с жировой основой, т.к. это способствует длительному удержанию ирританта на коже, ни в коем случае нельзя тереть пораженные участки кожи и глаза;
- ✓ Повязку на поврежденные области не накладывают.

Источник: Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области

ЭЛЕКТРОТРАВМАТИЗМ. НЕОТПУСКАЮЩИЙ ТОК

При эксплуатации и ремонте электрического оборудования и сетей человек может непосредственно соприкоснуться с находящимися под напряжением проводниками электрического тока. Основной причиной электротравматизма является прикосновение к токоведущим частям электроустановок (80…90 % случаев). Множество электротравм получены при работах без снятия напряжения.

Поражаются при этом внешние и/или внутренние органы. Ток проходит через тело человека, в результате чего происходит нарушение жизненных функций (потеря сознания, паралич органов дыхания и фибрилляция сердца). При поражении внешних органов (в основном кожных покровов) возникают ожоги в результате прохождения через кожу пострадавшего токов высокого напряжения — свыше 500 В.

В большинстве случаев человек включается в электрическую цепь «электроустановка-человек-земля» руками (путь тока «рука-рука») или рукой и ногами (путь тока «рука-ноги»). Проходящий при этом ток приводит к серьезным повреждениям центральной нервной системы и таких жизненно важных органов, как сердце и легкие. Путь «правая рука-ноги» опаснее пути «левая рука-ноги», т. к. по его продольной оси в сердце входит большая часть тока. Число поражений для пути «правая рука-ноги» выше почти в два раза, это может объясняться тем, что правая рука у большей части человечества является основной.

Особенностью поражения электрическим током является тяжесть исхода электротравм. Несмотря на небольшой удельный вес электротравм в общем числе несчастных случаев, летальный исход составляет около 20 % всех электропоражений. Наиболее опасными и тяжелыми электротравмами являются электроудары (4 степени), возникающие в результате биологического действия тока и вызывающие клиническую смерть.

Кроме того, ток способен вызывать интенсивные судороги мышц. В результате наступает так называемое «приковывание» человека к токоведущим частям. Пострадавший попадает под действие неотпускающего тока. Неотпускающий ток — наименьшее значение тока, при котором человек теряет способность самостоятельно и произвольно освободиться от контакта с частями, находящимися под напряжением и, следовательно, подвергается смертельной опасности при длительном воздействии тока. Широкое применение переменного тока обуславливает большее количество поражений (в т. ч. со смертельным исходом) в сравнении с воздействием постоянного тока.

Источник: Технические науки – от теории к практике

ПОДХОДЫ К РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ, ПРИ НАРУШЕНИИ ДВИЖЕНИЙ В РУКАХ И НОГАХ

Среди лечебных методов, ориентированных на восстановление движения, высоким уровнем доказательности обладают: тренировка на беговой дорожке с частичной поддержкой тела пациента; форсированная тренировка; функциональная электростимуляция; роботизированная тренировка руки; ритмическая акустическая стимуляция; мысленное представление: наблюдение и воображение; акупунктура как дополнительное лечение (боль и спастичность); модуляция сенсорного стимула, например обезболивание нервных сплетений; чрескожная электрическая стимуляция нерва.

ОБУЧЕНИЕ ДВИЖЕНИЮ ВОЗМОЖНО ПРИ ЕГО МЫСЛЕННОМ ВООБРАЖЕНИИ

В настоящее время интересные данные получены в сфере так называемого двигательного обучения. В ряде исследований было выявлено, что обучение движению возможно даже при его мысленном воображении. Это подтверждается тем, что при воображении движения и его исполнении задействуются одни и те же зоны в теменной и премоторной коре. Было установлено, что двигательное обучение путем воображения может быть эффективно как у здоровых людей для оптимизации их движений, так и у пациентов с неврологическими заболеваниями.

Так называемая зеркальная терапия – еще один пример двигательной терапии, основанной на обучении при воображении и имитации движения. В ряде исследований зеркальная терапия длительностью 25 мин 6 дней в неделю в течение 4 нед у пациентов с гемипарезом (от легкого до выраженного) после инсульта приводила к улучшению двигательных возможностей руки. Схожие принципы лежат в основе мысленных тренировок, когда пациент неспособен выполнить активное движение, но старается вообразить и представить его выполнение. У некоторых пациентов также может быть эффективно наблюдение за движением.

УПРАЖНЕНИЯ, ОРИЕНТИРОВАННЫЕ НА ДЕФИЦИТ

Другой тип реабилитационных занятий – упражнения, ориентированные на дефицит, – могут быть подразделены на тренировки для повышения возможностей руки у пациентов с легким или умеренным парезом и на базовые тренировки для руки у пациентов с выраженным парезом. Концепция тренинга, ориентированного на дефицит, учитывает характер наиболее значимого дефицита сенсомоторного контроля в зависимости от типа неврологического нарушения (парез, атаксия или соматосенсорное нарушение). При этом специфичность активного тренинга, по-видимому, играет большую роль, нежели ее интенсивность (продолжительность тренировки).

Ранняя реабилитация движений в ногах включает в себя прежде всего восстановление ходьбы. Как правило, на первом этапе проводится вертикализация пациента, перенесшего инсульт. В процессе реабилитации ходьбы пациента вначале поднимают с кровати, далее через этап передвижения в кресле-коляске подводят к самостоятельной ходьбе. Затем пациент, вновь обретший способность к ходьбе, должен научиться делать это настолько быстро и стабильно, насколько этого требуют условия его повседневной жизни. Современные системы реабилитации основаны на ранней вертикализации пациента и ранней тренировке ходьбы, в том числе роботизированными методами, с постепенным переходом ко всё более независимому передвижению.

Раннюю вертикализацию проводят с учетом индивидуальных адаптационных возможностей пациента, его переносимости процедуры. Процедура вертикализации очень важна для тренировки сердечно-сосудистой системы, профилактики пневмоний, венозных

тромбозов, стимуляции вегетативной нервной системы и активации сенсорных систем посредством пребывания в положении стоя. Для восстановления движений в ногах также применяется тренировка на беговой дорожке с частичной поддержкой массы тела. Такие занятия отличаются от традиционных тем, что здесь двигательная активность начинается пассивно, она не требует от пациента "произвольного" начала движения. Еще одним терапевтическим подходом к реабилитации движений в ногах является ритмическая акустическая стимуляция. В этом случае повторная ритмическая сенсорная стимуляция (чаще всего звуковой сигнал) применяется для облегчения ритмического движения.

Источник: журнал «Нервные болезни»

ВОПРОСЫ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТОМ, ПЕРЕНЕСШИМ ИНСУЛЬТ

Большинство пациентов приобретают в результате болезни синдром эмоциональной неустойчивости (лабильности). Периоды стойко пониженного настроения, или депрессия, развиваются у пациента после перенесенного инсульта как в первые месяцы заболевания, так и в более поздние сроки – через 2 года и даже позже. Состояния депрессии усугубляются утратой привычного образа жизни. Появляется мотивация к потребности в психотерапевтической помощи. В ней нуждается практически треть больных в острый период инсульта и после.

Восстановление функций пациентов, которые безразличны к своему состоянию здоровья, идет более тяжело, так как они оказываются часто беспомощны в применении элементарных бытовых навыков. Активное участие больного в восстановительном лечении дает большую вероятность положительного результата. Человеку, перенесшему инсульт, перейти к активному восстановительному лечению помогают общение с внешним миром, положительные эмоции, забота и уверенность в положительном исходе болезни его близких

В комплексном лечении свое место занимает и физиотерапия в виде массажа, а также лечебная физкультура, с помощью которой отрабатываются методы восстановления двигательных функций. Современные методики массажа позволяют пассивно тонизировать мышечную нагрузку пораженных участков тела путем сегментарного и точечного массажа различных групп мышц. Занятия лечебной физической культурой – это активная мышечная нагрузка в восстановительном периоде пациента. Комплекс лечебной физкультуры для пациента подбирается индивидуально. Физические нагрузки должны быть дозированными и регулярными. Всегда начинают с небольшой нагрузки, потом ее постепенно увеличивают. Физические упражнения способствуют усилению центрального и периферического кровообращения, лимфообращения, увеличению эластичности стенок кровеносных сосудов

В силу психологических особенностей больных часто занятия, способствующие восстановлению мозговых функций, ими игнорируются или выполняются нерегулярно, стихийно, недобросовестно. Совместные упражнения пациент может отвергать, особенно если при этом более наглядно выявляются его физические или умственные недостатки. Существенную помощь человеку, перенесшему инсульт, могут оказать специалисты-профессионалы: логопед, психолог, психотерапевт. Первоначально выбирают задания, которые наиболее легко исполнимы больным и не указывают явно на его недостатки. Завоевав доверие пациента, сообща, где-то помогая больному, где-то выполняя с ним задания синхронно, можно добиться положительного эффекта развития его когнитивных функций.

КОНТАКТ С ОКРУЖАЮЩИМИ ЛЮДЬМИ

Контакт пациента с внешним миром – это прежде всего контакт с окружающими людьми. Разговоры, общение с родственниками, друзьями дают то информационное окружение, которое оказывает важную психологическую помощь человеку, пережившему инсульт. «Информационная, стимулирующая мышление связь с внешним миром так же необ-

ходима, как пища и тепло», – писал академик А.И. Берг. И даже, если больной не может говорить, необходимо находить такие точки соприкосновения, которые помогут понимать друг друга, выражать желание, получать информацию.

ДАЙТЕ ПАЦИЕНТУ ВЫГОВОРИТЬСЯ!

Большую психологическую помощь в восстановительный период дает пациенту возможность выговориться. При этом больной может допускать в своей речи ошибки, у него могут быть сложности в подборе слов и в произнесении отдельных звуков. При поражении участков мозга, отвечающих за понимание устной речи, пациент может не осознавать собственного дефекта. Такие пациенты обижаются на замечания окружающих или стесняются их, могут с трудом осознавать или вообще не понимать смысл задаваемого им вопроса.

И тем не менее устное общение это благоприятная для реабилитации физическая и умственная нагрузка, даже если имеются сложности во взаимопонимании, погрешности в речи больного. При этом близкие и родные люди, окружающие больного, исправлять ошибки должны без свидетелей, так как замечания и поправки могут показаться ему унизительными, снизить самооценку. Бывают моменты, когда необходимо скрыть, что вы не поняли больного: возможно он эмоционально с большим доверием рассказывал какую-то историю из своей жизни или вспомнил какой-то эпизод, сыгравший положительную роль в его судьбе до болезни. Человеку необходимо давать надежду на выздоровление. При этом улыбка, похвала поддерживают уверенность близкого вам человека

СУБЪЕКТИВНОЕ ОТНОШЕНИЕ К СОБЫТИЯМ

Эмоции человека, его субъективное отношение к событиям, ситуациям вокруг также способны влиять на процесс реабилитации больного. Личная оценка состояния пациентом должна быть положительной. При этом не всегда события и действия окружающих, которые до начала заболевания вызывали положительные эмоции, будут также с радостью приняты вновь. Желания – это энергия жизни. Лев Толстой говорил: «Ежели бы человек не желал, то и не было бы человека». Исполнение желания приносит радость жизни, а значит и желание жить и бороться. Для пациента, перенесшего инсульт, это может быть общение с родными, прогулка на свежем воздухе, вкусная еда, уход за животными, комнатными цветами.

В России Всемирный день борьбы с инсультом проводится, начиная с 2010 г. Ежегодно 29 октября организованно ведется работа с населением, осуществляется экспресс-диагностика факторов риска, в больших городах действуют выездные медицинские центры, консультации с врачами: неврологами и терапевтами.

Важную роль в реабилитационном периоде оказывает внешний вид больного. Это касается как женщин, так и мужчин. Внешний вид человека влияет на его поведение, настроение, психическое восприятие мира. Окружающие любящие люди должны помочь по возможности восстановить, вернуть облик человека таким, каким он был до болезни. Одежда, аксессуары, прическа, косметика помогут пациенту опять встать в «круг общения», почувствовать себя комфортно, услышать позитивный отклик окружающих, а значит повысить самооценку, уверенность в себе. Привычная внешность позволит более смело вернуться в общество друзей, знакомых, сослуживцев. Иногда по причине депрессии или в силу физических недостатков пациент отказывается ухаживать за собой, становится безразличным к тому, как его видят окружающие. Такого пациента необходимо мягко подводить к мысли восстановления былого имиджа, пусть частично, но обязательно.

Дома, оставаясь наедине с собой или очень близкими людьми, необходимо заботиться об одежде, опрятности и аккуратности. Индивидуальность должна присутствовать в человеке. Изменяется отношение пациента и к своим старым обязанностям. Он чувствует свою беспомощность, у него нет интереса к чему-либо. Хорошим показателем выздоровления является стремление человека, перенесшего инсульт, выполнить какую-либо работу по дому. Такое стремление должно быть поддержано, но при этом необходимо говорить о кратковременной нагрузке, о необходимости пациентом слушать свой организм, уметь вовремя остановиться и отдохнуть. Помощь окружающих в быту должна быть деликатной и коррект-

ной. Свободное время человека, проходящего восстановительное лечение, должно быть занято каким-нибудь видом деятельности. Неважно что это будет: вязание, компьютерная игра, собирание пазлов или уход за комнатными цветами. Главное условие, чтобы это занятие вызывало интерес у пациента, появлялась цель. Тогда не будет бездумного сидения в комнате, не будут посещать негативные мысли, меньше будет слез и растерянности.

Родственникам больного, его окружающим желательно интересоваться самочувствием человека, его ощущениями, наблюдениями, желаниями. И в то же время отношение к такому человеку не должно быть сочувственным. Ровный тон без ноток жалости в голосе дает чувство уверенности и спокойствия человеку, перенесшему инсульт. Родные и близкие всем своим видом должны показывать, что все нормально, это всего лишь временные трудности и со временем вместе их можно преодолеть.

Источник: Медико-социальная экспертиза и реабилитация

Научное исследование: Знания о пролежнях студентов медицинского университета

Несмотря на высокую значимость проблемы предупреждения пролежней, внимание к ней остается недостаточным как в практическом секторе здравоохранения, так и в системе медицинского образования. Был изучен характер осведомленности студентов медицинского ВУЗа в вопросах профилактики и лечения пролежней. Было проведено заочное анкетирование студентов Башкирского государственного медицинского университета с использованием социальных сетей «Вконтакте» и «Одноклассники». Среди студентов выделены 2 главные группы: I группа (n=79) – студенты 3 курса, обучающиеся по ФГОС ВПО III поколения и II группа (n=81) – студенты 46 курсов, обучающиеся по ГОС. Доступными для анализа было 160 анкет.

ВЫВОДЫ:

1.Студенты, обучающиеся по новым ФГОС, оказались более подготовленными в вопросах этиологии и профилактики пролежней;

2. Несмотря на высокую самооценку своих знаний о пролежнях, фактическая выживаемость знаний по данным исследования остается неудовлетворительной;

3. Большое значение для приобретения знаний и клинического опыта по предупреждению и лечению пролежней имеет производственная практика;

4. Результаты исследования свидетельствуют о необходимости включения темы «пролежни» в программу обучения на клинических дисциплинах старших курсов и в системе непрерывного последипломного медицинского образования.

Источник: Современные проблемы науки и образования

УТРАЧЕННЫЕ ЗНАНИЯ:

ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ, ЧТО ПРОПИСЬ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛЕЖНЕЙ БЫЛА ПРЕДЛОЖЕНА С.П.БОТКИНЫМ?

Пропись для лечения пролежней состояла из камфары, настойки арники и свиного жира. Арника широко известна как средство, улучшающее периферическое кровообращение, рассасывающее участки некрозов мышц, при снижении тонуса поперечнополосатой мускулатуры центрального и периферического генеза.

СМЕРТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ: КАКОЙ ОТВЕТ СЧИТАТЬ «ЗДОРОВЫМ»

В процессе паллиативной помощи неизбежно возникает тема отношения человека к смерти. В первую очередь – это страх. Страх смерти естественен для человека, он знаком практически каждому. Его экзистенциальное присутствие в человеческой жизни блестяще описано Ирвином Яломом: «Страх смерти имеет огромное значение в нашем внутреннем опыте: он преследует нас как ничто другое, постоянно напоминает о себе неким «подземным грохотом», словно дремлющий вулкан. Это - темное, беспокоящее присутствие, притаившееся на краю сознания». [8]

Первый всплеск интереса в этой сфере возник в США в 70-е годы XX века. Отчасти он был вызван страхом ядерного холокоста и третьей мировой войны, отчасти – переменами в медицине. Врачи пытались понять, как им общаться с неизлечимо больными, суицидальными, пожилыми пациентами, какой ответ на сообщение о смертельном диагнозе считать «здоровым», а в каком случае требуется психиатрическое вмешательство. Как отмечают специалисты, попытка преодоления «табу» на тему смерти в обществе была сделана как раз в процессе зарождения паллиативной / хосписной помощи.

Результаты анализа данных позволили сделать вывод о том, что не осмысленный и не интегрированный опыт общения со смертью у современного человека вызывает страх переживания собственной смерти. В современном обществе имеется противоречивое отношение к теме смерти: с одной стороны - диктуемое страхом сопротивление, избегание, замалчивание любых упоминаний о смерти в «живом» общении людей, с другой стороны - нагнетание в средствах массовой информации, в фильмах, песнях, компьютерных играх темы смерти и перевод фактов умирания или гибели людей в разряд статистики, виртуальной обыденности. Однако психологический вред человеку может нанести как избегание осознания конечности его существования, так и обесценивание, принижение драматизма столкновения со смертью, ведущее в результате к обесцениванию жизни.. При этом, избегание темы смерти соответствует взгляду на жизнь, предполагающему позитивные самооценку и картину мира (ориентация на будущее и позитивное прошлое), а принятие смерти как бегства от проблем сочетается с негативной картиной мира, пассивностью, меньшей включенностью в жизнь. [9]

Теория управления страхом

В 1986г. J.Greenberg и соавт. предложили теорию управления страхом. Авторы полагают, что большую часть человеческого поведения можно понять как попытку достичь психологического спокойствия перед лицом осознания своей смертной природы.[10] Это спокойствие достигается через культуру, которая под-

[8] Асмолов А.Г. Психология личности. - М.: Изд-во МГУ, 1990.

[9] Чистопольская и соавт. Адаптация методик исследования отношения к смерти у людей в остром постсуициде и в относительном психологическом благополучии //Социальная и клиническая психиатрия. - 2012. - т. 22. - № 2

[10] Solomon S. et al. A terror management theory of social behavior: The psychological functions of self-esteem and cultural worldviews // Adv. Experiment. Soc. Psychol. / L.Berkowits (Ed.). N.Y.: Academic

нимает людей над остальными животными. Современные работы в русле этой теории показали, что напоминание о смерти нарушает повседневную деятельность, люди склонны больше подвергать свою жизнь риску (например, неосторожно вести машину), высказывать резкие суждения о противоположной точке зрения, предпочитать авторитарных лидеров, требовать жестких наказаний для людей, совершивших незначительные проступки.

Теория управления смыслом

В теории управления смыслом (P.Wong) отношение к жизни и смерти связано наподобие сообщающихся сосудов. По убеждению автора, люди, которые боятся смерти и стараются избегать напоминаний о ней, в повседневности крайне привязаны к жизни. Люди в тяжёлых жизненных обстоятельствах или в ситуации близости к смерти принимают смерть как бегство и даже предвкушают её, черпают смысл жизни из религиозных или других учений о жизни после смерти, или же смерть просто кажется им более привлекательной, чем жизнь. Наиболее «здоровым», благоприятным является нейтральное отношение к смерти, взгляд на смерть как на естественное, неизбежное явление.

Феномен смерти. Исторический экскурс

В Древнем Египте и Древнем Китае смерть рассматривается не как наказание или катастрофа, а как возвращение к предкам, награда за земные тяготы. В Индии смерть даже предпочтительнее полной страданий жизни, освобождение от которой есть благо и цель всех земных перерождений. Эта установка сохраняется и в буддизме, где, однако, отношение к жизни как этапу перехода в «дивное бессмертие»" - нирвану - становится более примирительным. Все восточные учения сходны в негативном отношении к жизни и в приемлемости смерти в силу ее «освободительного» характера [2].

В античности смерть - это закон бытия, который жестко предопределён роком, судьбой. Смерть расценивается как зло, вызывает печаль и страх, ибо означает расставание человека с земными радостями и определяет перспективу призрачного безличного существования в загробном Аиде. Тенденции теоретического преодоления страха смерти проявляются только в период кризиса античности вместе с индивидуализацией человека, выпадающего из общинной системы. Эпикур утверждал, что условием безмятежного, радостного духовного существования человека («эвдемония») является в частности избавление от страха перед смертью; «Смерть не имеет к нам никакого отношения; когда мы есть, то смерти еще нет, а когда смерть наступает, то нас уже нет».

Христианство, под знаком которого происходит дальнейшее развитие европейской культуры, выводит человека из-под влияния «роковых» природно-космических стихий и через Бога подключает его к общечеловеческой культуре, создавая тем самым возможности для теоретического осознания бытия в целом. Вместе с этим оформляется и идея индивидуального бессмертия. Одновременно чрезвычайно остро и болезненно ставится проблема смерти. Если в восточных культурах трагичность факта смерти преодолевается коллективно-общинным ее переживанием, то в культуре Запада вместе с автономизацией индивида, где отдельный человек начинает осознаваться как ценность, смерть - невозвратимая горестная потеря.

Основными причинами страха являются: ужас перед неизвестным и неопределѐнным; сомнения насчѐт своего

Press, 2009. Vol. 24. P. 93–159

бессмертия; нежелание расставаться со всем, что было дорого сердцу и с теми, кого искренне любили или к кому были сильно привязаны; отождествление себя со своим физическим телом и ужас перед возможностью потерять его.

Как утверждают специалисты, чрезмерно жесткие защиты нашего времени, основанные на отрицании, игнорировании этой данности нашего существования, при определенных обстоятельствах не выдерживают и могут порождать различные формы психической патологии и прежде всего тревожные расстройства.

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ

Опросник «Отношение к смерти» (Death Attitude Profi le-Revised) состоит из 32 пунктов, в котором по 7-балльной шкале Лайкерта оцениваются утверждения, касающиеся разных вариантов отношения к смерти. Опросник исследует то, какое значение человек приписывает смерти, его взгляды на это явление: принимает он ее, избегает или боится. Был создан авторами теории управления смыслом. Наиболее адаптивным считается нейтральное принятие, взгляд на смерть как на естественное, неизбежное, ни плохое, ни хорошее явление.

Опросник «Страх личной смерти» (Fear of Personal Death Scale), содержащий 31 утверждение, предлагает обследуемому продолжить фразы типа: «Смерть пугает меня, потому что…», пункты оценивают по 7-балльной шкале Лайкерта. Методика исследует причины страха смерти у человека, что именно вызывает у него наибольшее отторжение смерти. Предполагаются три измерения: внутриличностное, межличностное, надличностное, которые, в свою очередь, делятся на шкалы.

Задание на определение доступности мыслей о смерти «Подберите слово» (Death Access Measure, J.Arndt) изначально разработано одним из авторов теории управления страхом смерти и представляет собой список из 25 слов, у которых пропущены по две буквы. На каждый пункт можно подобрать от одного простого («дерево») до нескольких слов, причем в семи пунктах есть возможность выбора как нейтральных слов, так и слов, семантически связанных с темой смерти («-оги-а» – «могила» или «логика», «гр--» – «гроб» или «гриб», «гром», «груз» и так далее, «-р-п» – «труп» или «арап», «храп», «крап» и проч.).

Анкета «Опыт смерти» состоит из 7 пунктов, она была разработана для определения фактического опыта смерти. Вопросы охватывали разные возможности столкновения со смертью в повседневности: смерть близкого родственника, близкого друга, незнакомого человека, личный опыт смерти (несчастный случай или тяжелая болезнь), попытка самоубийства, мысли о смерти и дополнительная информация (то, что не было указано выше, но о чём участник хочет сообщить как о личном опыте смерти). Предполагался ответ «да» или «нет» и указание возраста отвечающего на момент события, если таких случаев было несколько – возраст через запятую.

Шкала толерантности к неопределенности (MSTAT-2, 1993, D.McLain, адаптация Е.Г.Луковицкой, разделение на шкалы Е.Осина), состоит из 20 пунктов с 7-балльной шкалой Лайкерта и оценивает, насколько человек способен выдерживать неопределённость в разных сферах жизни. Шкалы следующие: предпочтение новизны, предпочтение сложных задач, толерантность к неопределенным ситуациям, предпочтение неопределенности, принятиеизбегание неопределенности и общий показатель.

Опросник депрессии A.Beck направлен на определение уровня депрессии и состоит из 20 блоков, которые оцениваются по шкале Лайкерта от 0 до 3.

Источник: *Чистопольская К.А. и соавт. Адаптация методик исследования отношения к смерти у людей в остром постсуициде и в относительном психологическом благополучии //Социальная и клиническая психиатрия 2012, т. 22, № 2*

Фредерика де Графф в работе «Переживание горя в экстремальных экзистенциальных обстоятельствах» поднимает вопрос, как помочь серьезно болеющему человеку жить так, чтобы не «провалиться» в собственную смерть, чтобы не думать только о смерти, но как-то творчески этим жить и готовиться к переходу в другой мир. При общении с пациентом на терминальной стадии заболевания на надо «бояться показать свои собственные слезы, свою немощность перед страданием. Можно сказать человеку: я всегда буду вспоминать вас, потому что мы встретились, и это будет навсегда. Чтобы умирающий знал, что он не один. Одиночество – хуже всего».

Очень важно при общении донести до больного человека, но прежде самим прийти к убеждению, что смерть не бессмысленна. Вопрос о смерти – это вопрос о жизни. При умирании человек думает о жизни, в дни ухода в иной мир жизнь не теряет значения в его глазах, наоборот, бесконечно возникают вопросы о прожитой жизни, ее смысле, предназначении. Бесповоротность, невозможность повторения мгновений жизни, ее конечность – все это делает жизнь бесценным даром, заставляя нас дорожить всем, что мы делаем в этом мире.

Важно уметь убедить пациента в необходимости выражать свои чувства вслух, обозначать и проговаривать свои психологические проблемы. Медицинская сестра должна уметь эмоционально подготовить пациента принять неизбежное наступление смертельного исхода.

Нужно создавать пациенту возможность обратиться к кому-нибудь за поддержкой, поощрять его способность горевать, очень важно уметь отвлечь внимание пациента от болезни.

Профессиональное общение медсестры с умирающим пациентом должно строиться одновременно на двух принципах: с одной стороны, никогда его не обманывать, с другой – избегать бездушной откровенности (учитывать физическое состояние пациента, особенности его личности, его эмоциональный настрой, его мировоззрение, его желание знать или не знать, что его ждет в будущем и как «это» будет). Нужно помнить, что сочетание правдивой информации с постоянной поддержкой и подбадриванием почти всегда ведет к зарождению надежды. Но в то же время, если пациент не желает воспринимать свою болезнь как неизлечимую, если он не желает говорить о смерти, то было бы ошибкой говорить с ним об этом.

Не надо призывать больного стойко переносить несчастье, держаться и быть сильным, ему лучше признаться в своих опасениях и страхах. Это рождает взаимное доверие, и он принимает сочувствие медсестры, которое ему очень нужно. Необходимо просто молча посидеть с ним рядом.

Следует помнить, что страх смерти связан иногда со страхом самого процесса умирания, нарастающей беспомощности, ощущением зависимости от окружающих. Необходимо убедить пациента и его родственников в том, что их близкого человека не бросят, а будут заботиться о нем до последних минут. Следует соглашаться с решениями пациента – отказ от еды или посетителей, желание их увидеть, сидеть или лежать в постели, отказ от сестринского ухода, связанного с передвижением или переворачиванием в постели. Для него будет облегчением, если он осознает, что лучше прекратить эту бессмысленную борьбу за жизнь и предаться естественной смерти

Профессиональное общение должно быть не только словесным. Очень важно прикосновение (держание за руку, плечо), умение найти контакт с пациентом. Такт, выдержка, милосердие, сопереживание, чуткость, умение слушать помогут медсестре расположить к себе внимание пациента и его близких. Общаясь с пациентом, медицинской

сестре следует продумать свою манеру поведения, место беседы, даже позу (глаза медсестры и пациента должны быть на одном уровне; отсутствие паники, страха, отчаяния, фальшивого оптимизма; не избегать прямого и честного разговора). Как подчеркивает Фредерика де Графф, важно подходить к больному с теплотой, с лаской, с трепетом. Для больного это важнее всего. Дело не в том, чтобы говорить с человеком о Боге, дело в том, чтобы быть духом с ним. Можно без слов говорить о том, что есть любовь, есть ласка, забота.

Очень важно для больного, чтобы ухаживающий за ним – неважно, верующий или неверующий – давал понять: я буду относиться к тебе бережно, потому что я увидел, что ты настоящий человек. Ведь часто, особенно в больнице, личность человека, его мир, его жизнь теряются для других людей, больной становится просто “телом в пижаме”. Больные очень чуткие. Многое без слов становится видно по тому, как человек дотрагивается до тела больного. А если больной чувствует, что он личность для того, кто ухаживает за ним, то он, может быть, наберется мужества, чтобы раскрыться и начать борьбу, если не с недугом, то с собственным унынием». Таким образом, профессиональное общение медицинской сестры с умирающим пациентом является основным элементом повышения качества его жизни.

Фредерика де Грааф до 25 лет жила в Голландии, но встреча с митрополитом Сурожским Антонием, который в 1975 году приехал в университет, где училась Фредерика, изменила ее жизнь. Через несколько лет Фредерика решилась переехать из Голландии в Англию, чтобы стать прихожанкой и духовной дочерью владыки Антония.

Свое второе имя, Мария, Фредерика получила при крещении в Москве, куда приехала на стажировку в МГУ. Протоиерей Николай Ведерников крестил ее не в храме, а на квартире, тайно, как это часто происходило в советские годы. После этого визы в Россию ей не давали 15 лет.

Более 12 лет Фредерика де Грааф живет в России и помогает пациентам Первого Московского хосписа, их родным и близким. Многие помнят ее как человека, который был рядом в самые тяжелые минуты.

Литература

- Абдулгалимова С.А. Отношение к собственной смерти и переживание страха смерти» // Вестник Социально-педагогического института. - 2012.- Вып. № 2
- Ананьев Б.Г. Человек как предмет познания. - Л.: 1968.
- Асмолов А.Г. Психология личности. - М.: Изд-во МГУ, 1990.
- Дюкова С.В. Духовность и ценностные ориентации тяжело больных // Аналитика культурологии. 2011. №19 С.180-183.
- Дюкова С. В. Феномен смерти в свете социально-культурологического подхода // Аналитика культурологии. 2011. №19 С.178-179
- Чистопольская К.А. и соавт. Адаптация методик исследования отношения к смерти у людей в остром постсуициде и в относительном психологическом благополучии // Социальная и клиническая психиатрия. - 2012 - т. 22 - № 2

О НЕОБХОДИМОСТИ ГИГИЕНЫ МЫШЛЕНИЯ

Позитивное мышление оказывает влияние на различные сферы нашей жизнедеятельности. Стремление человека к поиску позитивного в окружающем мире и самом себе, его желание строить достойную жизнь, создают условия для пробуждения способности мыслить позитивно в различных жизненных ситуациях, что является одновременно величайшей потребностью развитой личности и человеческого существования в целом. Кроме того, позитивное мышление связано с понятием мотивационной направленности и деятельностью – основанием личности. Научившись мыслить позитивно, можно повысить эффективность и результаты своей деятельности, в том числе и преподавательской.

Ключевые слова: *мыслеобраз, оптимизм, пессимизм, саногенное мышление, патогенное мышление, аффирмации*

Последние научные эксперименты показали, что мысли человека можно фиксировать и визуализировать на особо чувствительных аппаратах. Это позволяет говорить о материальной природе мыслей и необходимости гигиены мышления. Отсюда следует, что жизнь каждого человека – это результат того, как он думает о себе и о мире, который его окружает, поэтому одним из главных условий долголетия является восприятие информации позитивно, мышление в позитивном ключе. Мысли каждого из нас – сгустки энергии, посланные нами природе, которые возвращаются к нам в виде жизненных обстоятельств. Когда человек о чем-то усиленно и продолжительно думает, большое количество его энергии и информации накапливается в мыслеобразах. Мыслеобраз – это индивидуально воспринятый всеми органами чувств целостный образ предмета (явления).

Чем больше энергии заложено в мыслеобраз, тем активнее и точнее он будет реализовываться. Энергия мысли может созидать, а может и разрушать. При позитивном мышлении накапливаются положительные эмоции, человека охватывает воодушевление, бодрое настроение, уверенность и радость в предвкушении победы. От качества наших мыслей зависит здоровье, внешний вид, настроение, эмоции и чувства

Наш мир изначально двойственен. Любые материи, энергии, чувства имеют свою противоположность, без которой они не существуют. Именно эти противоположности держат природу в равновесии: день – ночь, холод – тепло, добро – зло. С древнейших времен перед человеком встала задача «оценивать» поступки своих соплеменников, обучать своих детей тому, что было полезно для племени, а что вредно. Поэтому в процессе формирования системы человеческих ценностей, когда необходимы были точки отсчета, все события, поступки, человеческие качества воспринимались как колебания маятника от положительного к отрицательному, от одного человеческого качества до противоположного ему по значению, в середине была условная «норма», которой желательно было достичь.

В мировых религиях, в фольклоре любого народа присутствует борьба сил добра и зла, положительных и отрицательных героев, позитивного и негативного восприятия действительности. Следовательно, решался важнейший для человечества вопрос: как относиться к реальной жизни? Воспринимать ее как высшее благо, как бесценный дар, относиться ко всему происходящему с благодарностью или не принимать ее, считать злом,

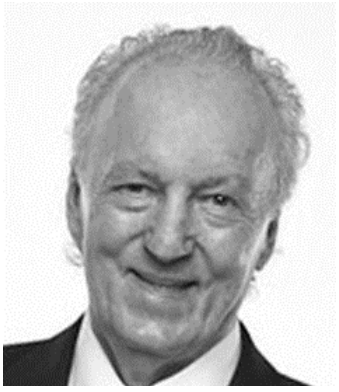
наказанием, посланным человеку. История развития цивилизации говорит нам, что в мире человеческих эмоций и оценок, в мире добра и зла, позитива и негатива выигрывает тот, кто выбирает для себя в качестве постоянного ориентира позитивный взгляд на все, что с ним происходит.

Позитивное мышление оказывает влияние на различные сферы нашей жизнедеятельности. Стремление человека к поиску позитивного в окружающем мире и самом себе, его желание строить достойную жизнь, создают условия для пробуждения способности мыслить позитивно в различных жизненных ситуациях, что является одновременно величайшей потребностью развитой личности и человеческого существования в целом. Кроме того, позитивное мышление связано с понятием мотивационной направленности и деятельностью – основанием личности. Научившись мыслить позитивно, можно повысить эффективность и результаты своей деятельности, в том числе и преподавательской

Позитивное мышление является следующей, более высокой ступенью развития мышления личности и основано на поиске выгоды во всем, что человека окружает

Еще древние мыслители говорили о различной степени восприимчивости людей к приятным и неприятным впечатлениям, определяющим поведение человека. В 18 веке Г. Лейбниц ввел термин «оптимизм» для обозначения определенного способа мышления. Для Лейбница оптимизм выступал, прежде всего, как убеждение в том, что добро побеждает нал злом, а Вольтер популяризировал данное понятие в своем романе. В 19 веке был введен термин «пессимизм» А. Шопенгауэром. Шопенгауэр рассматривал пессимизм в эмоциональном аспекте: для пессимиста страдания, грусть, печаль перевешивают счастье. М. Хайдеггер полагал, что особенно на жизнь человека влияют две потенциальные возможности: 1) ожидания, что произойдут хорошие события, случится что-то хорошее (оптимизм) и 2) ожидание, что произойдет что-то плохое (пессимизм).

Во второй половине 20 века накопился значительный эмпирический материал, связанный с оптимизмом и умением мыслить позитивно. К примеру, Л. Тайгер полагал, что оптимизм – одна из многих адаптивных характеристик человека, сформировавшихся в ходе естественного отбора. Поскольку оптимизм предполагает размышления о грядущем, он возникает тогда, кода люди начинают предвидеть. Однако предвидеть они могут как хорошее, так и плохое, поэтому в человеке должно было сформироваться то, что позволило бы преодолеть страх перед плохим прогнозом, парализующий волю человека. А позитивное мышление является следующей, более высокой ступенью развития мышления личности и основано на поиске выгоды во всем, что человека окружает.



Джон Кехо (**John Kehoe**) - известный канадский писатель, филантроп и тренер в области личностного роста,

Современные российские психологи при исследовании позитивного мышления в основном опираются на уже сложившиеся в зарубежной психологии подходы и теории. Важный вклад, изучая особенности позитивного мышления, в отечественную психологию, внес Ю.М. Орлов. Анализ понимания позитивного мышления в зарубежной психологии подводит к заключению о том, что позитивное мышление – это привычка мыслить в позитивном, конструктивном русле. Ю.М. Орлов такое мышление называет саногенным. В своей работе «Саногенное

мышление», он определяет его, как преобладание здравого смысла над эмоциями, умение управлять мыслями. Противовес этому, патогенное мышление - это мышление бессознательное, неуместное, приводящее к превращению отрицательных эмоций в хронические, в результате чего у человека возникает длительное субъективное ощущение неблагополучия.

Обобщив наиболее яркие черты патогенного мышления, Ю.М.Орлов выделяет такие формы его проявления, как патогенная психологическая защита (агрессия, страх, бегство в мир фантазии и др.); патогенный характер эмоций (обида, вина, стыд и др.) и парадигма насильственного управления (ролевые ожидания, социальный стереотип, мщение, угрозы и пр.).

Сегодня специалисты выделяют три основных варианта позитивного мышления, учитывая при этом точку зрения Дж. Кехо:

1) аффирмации - это краткое позитивное утверждение, направленное на конкретный аспект вашего сознания и закладывающее новую программу, согласно которой подсознание строит свою работу и создает жизненные ситуации, соответствующие данной аффирмации по смыслу;

2) позитивный настрой - это привычка сосредоточиваться на хлопотах в связи с делами, важными для жизни человека, и отстраняться от нежелательных обстоятельств;

3) визуализация - свойство человеческого сознания, способного воспроизводить видимые и невидимые образы визуального (зрительного) ряда в своем сознании[11]

Литература

1. Киреева М. В., Грибанова О. Н. Проблема позитивного мышления в отечественной и зарубежной психологии // Интернет-журнал Науковедение. - 2014. - №4 (23) -С.39.

2. Шааб К. С. Позитивное мышление как условие долголетия // Вестник ТГУ. - 2011.- №6 - С.174-178.

О СМЫСЛЕ ЖИЗНИ

«Пусть я не знаю смысла жизни, но искание смысла уже даѐт смысл жизни» (Н.А. Бердяев);

«Я видел смысл своей жизни в том, чтобы помогать другим увидеть смысл в своей жизни» (В. Франкл);

«Смысл жизни – в осмыслении еѐ. А цель – в той радости, которую это осмысление нам доставляет» (А. Г. Круглов);

«Я видел, как много людей умирает потому, что жизнь для них больше не стоила того, чтобы жить. Из этого я делаю вывод, что вопрос о смысле жизни – самый насущный» (А.Камю);

«Дайте человеку цель, ради которой стоит жить, и он сможет выжить в любой ситуации» (И. Гѐте);

«Не последним из уроков, которые мне удалось вынести из Освенцима и Дахау, состоял в том, что наибольшие шансы выжить даже в такой экстремальной ситуации имели, я бы сказал, те, кто был направлен в будущее, на дело, которое их ждало, на смысл, который они хотели реализовать» (В.Франкл);

«Я уверен, что смысл жизни для каждого из нас – просто расти в любви» (Л.Н. Толстой);

«Несчастье современного человека велико: ему не хватает главного – смысла жизни» (И.А. Ильин)

[11] Кехо, Дж. Подсознание может все! – Минск: Попурри, 2012. – 224с.

СТИГМА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ – СТОЙКОЕ ПРЕПЯТСТВИЕ НА ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ

Известно, что население склонно стигматизировать лиц с психиатрическим диагнозом. Часто психическое заболевание воспринимается как что-то пугающее, постыдное, нереальное, надуманное и неизлечимое; психически больные характеризуются как опасные, непредсказуемые, ненадежные, нестабильные, ленивые, слабые, никчемные и/или беспомощные. Стигма психических расстройств и дискриминация по отношению к психически больным остаются наиболее стойким препятствием на пути улучшения качества жизни этих людей.

Когда говорят о стигматизации в области психиатрии, имеют в виду следующие три основных понятия: стигма, предубеждение и дискриминация. Стигматизация – негативное выделение обществом индивидуума (или социальной группы) по какому-либо признаку с последующим стереотипным набором социальных реакций на данного индивидуума или представителей данной социальной группы. Предубеждение является позицией, отражающей готовность людей действовать позитивным или негативным путем в отношении объекта предвзятости без исследования того, имеются ли какие-либо основания для подобного поведения. Дискриминация является особо негативным последствием стигмы и предубеждения. Стигматизация затрагивает не только самих пациентов, но и их семьи.

Стигматизация душевнобольных возникла одной из самых первых, еще с библейских времен, когда сумасшествие стало рассматриваться как наказание за грехи, а психически больные подвергались дискриминации, изоляции и, в ряде случаев, уничтожению. EUFAMI (Европейская федерация ассоциаций семей больных с психическими заболеваниями), изучая отношение мирового сообщества к душевнобольным, выявила что 47 % людей с психическими заболеваниями подвергались открытым преследованиям, 26 % были вынуждены сменить место жительства и 83 % — людей, имеющих проблемы с психическим здоровьем, указывают на осуждение и дискриминацию как на одно из основных препятствий к выздоровлению.[12]

Представление о психическом здоровье возникает у человека очень рано. Сумасшедший», «псих», «ненормальный» — эпитеты, которыми щедро награждают дети своих сверстников и взрослых, сталкиваясь с чем-то необычным в их рассуждениях, поступках. Практически каждый может отличить психически здорового человека от психически больного Проявление факторов нетерпимости в социокультурной среде может иметь для личности подростка, страдающего психическими расстройствами, разрушительные последствия. Публичное осуждение способно спровоцировать рецидив заболевания, замедлить выздоровление или даже усугубить заболевание.

Самостигматизация В то же время, как показывают многочисленные исследования, больные нередко без достаточных оснований ожидают от окружающих негативного отношения к себе из-за наличия у них психического расстройства. Это влечет за собой нарушение их социализации, снижение самооценки. Видимо, важную роль тут играет самовнушение. Нередко они усваивают стереотипы роли неправоспособного человека, становятся вследствие этого социально отгороженными, зависимыми от помощи других, вживаются в роль инвалида, что ведет к усугублению социальной дезадаптации.

Стигма оказывает негативное влияние и на состояние соматического здоровья лиц с психическими расстройствами. У больных шизофренией наблюдается преждевременная смертность, связанная с соматической патологией, преимущественно сердечно-сосудистой, а вероятность умереть от сердечно-сосудистого

[12] Нет дискриминации. Буклет. – Европейская федерация ассоциаций семей больных с психическими заболеваниями. EUFAMI – Бельгия, 2005. – 4 с.

заболевания у взрослых больных шизофренией в 2 раза выше чем среди населения. Кроме того, при шизофрении частота факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (диабет и ожирение) в 1,5–3,5 раза выше, чем среди населения.

Законодательство

В течение длительного времени в России не существовало законодательной базы, регламентирующей деятельность психиатрической службы и правовое положение лиц, страдающих психическими расстройствами. Одной из задач Закона «О психиатрической помощи…» является защита граждан от необоснованной дискриминации в обществе на основании имеющегося у них психиатрического диагноза.

До настоящего времени актуальной остается существующая проблема осведомленности (информированности) пациентов о правовых нормах в психиатрии, у многих из них сформировано устойчивое мнение о том, что при наличии у человека психиатрического диагноза он будет ограничен в своих правах в отношении получения образования, устройства на работу самовыражения в различных видах творчества, принятии самостоятельных решений без контроля родственников или общества и т.д. Статья 5 Закона РФ « О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» полностью согласуется со статьей 1 Конституции РФ: «…Основные ценности демократического государства – жизнь человека, его права и свободы».

Литература

Князькина Н.Х. Отношение к подросткам, страдающим психическими расстройствами, в социокультурной среде // ОНВ. - 2010. - №3. - С.159-163.

Ржевская Н. К., Руженков В. А. Стигма и проблемы организации медицинской помощи лицам с психическими расстройствами, сочетающимися с соматической патологией // Научные ведомости БелГУ. Серия: Медицина. Фармация. - 2012. - №10 (129)- С.5-11.

Тараканова Е. А. Психиатрия и правовое законодательство // БМИК. - 2012.- №11. - С.891.

НАУЧНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: ФАКТОРЫ СТИГМАТИЗАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ СТАРШЕКЛАССНИКАМИ

В исследовании приняли участие 544 школьника: 9-11 классов четырёх сельских СОШ, трёх городских СОШ, двух лицеев и одной гимназии г. Чебоксары. В двух СОШ в проведении опроса было отказано по причине того, что школьные психологи считали опросник слишком сложным для учащихся. В другой школе директор запретил проводить опрос из-за возможной негативной реакции со стороны учащихся на психически больного ученика. Во время опроса в сельских школах школьники вели себя заинтересованно, с пониманием отнеслись к заданию, трудностей в заполнении опросника не возникало. В городских школах к проведению опроса отнеслись с настороженностью, интересовались целями исследования и соблюдением конфиденциальности.

Опрос показал, что 57 % участников преимущественно негативно относились к людям, страдающим ПР, без разницы в гендерных группах, профиля школы, места жительства, кто встречал и не видел больных. Более стигматизированным было отношение школьников 9 классов (63 % негативных оценок против 56 % в 10 и 52 % – в 11 классах).

Для школьников характерно предубежденное отношение к психически больным, которое выражается в значительной социальной дистанции по отношению к ним и приписывании им таких качеств, как агрессивность, непонятность, опасность и непредсказуемость. Неприятие психически больных обусловлено восприятием больных как "агрессивных", "способных на преступление".

Наиболее весомым в стигматизации психически больных среди школьников являлся негативный психологический фактор – "дискомфорт", который содержит утверждения о возможных трудностях восприятия психически больного как полноценного члена общества. Психически больной человек оценивается как "слабый", "неспособный самостоятельно принимать решения". Стигматизация психически больных уменьшается от 9 к 11 классу. Уровень школы, пол и место жительства не влияли на стигматизацию. Эти показатели оказались практически одинаковыми в группах как тех, кто видел психически больных, так и тех, кто не встречал их.

Источник: Вестник психиатрии и психологии Чувашии

НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ: ОККУЛЬТНЫЕ УБЕЖДЕНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ, УЧАСТВУЮЩИХ В ОКАЗАНИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

В силу отсутствия в стандарте подготовки врача-психиатра должной психологической и психотерапевтической подготовки, в ряде случаев присутствуют архаичные убеждения, которые могут играть отрицательную терапевтическую роль в плане «советов» обращения за помощью к представителям оккультизма.

Установлено, что в различные оккультные явления верят от 5,5 % («родовое проклятие», «венец безбрачия») до 80,8 % (управление человеком при помощи гипноза) врачей-психиатров, а подвергались воздействию «колдовства» 4,1 % и «сглаза», «порчи» 9,6 % опрошенных. Среди медицинских сестер эта цифра выше более чем в 2 раза, а среди населения в 3 раза. В аспекте лечебного потенциала меньше всего врачи-психиатры доверяют «волшебству», в то же время практически каждый четвертый считает, что «заговорами» можно вылечить человека от заболевания.

У специалистов вызывает некоторое недоумение уверенность большинства (80,8 %) врачей психиатров в реальной возможности безграничного управления человеком при помощи гипноза; эта цифра ниже среди медсестер (66,5 %) и населения (69,1 %). Аналогичные результаты получены и в отношении возможности «зомбирования» человека: разделяют эту точку зрения 57,5 % врачей-психиатров, 27,2 % – медицинских сестер и 48 % – представителей населения.

Фактором риска формирования и популяризации оккультных убеждений является обращение в детстве по инициативе родителей к адептам оккультизма, которое в 16,7 раза повышает вероятность их формирования в среде врачей-психиатров, в 3,2 раза у медицинских сестер и в 5,8 раза – у населения. Кроме того, такое широкое распространение оккультных верований у врачей-психиатров, с одной стороны, отражает интериоризированные родительские убеждения, с другой, в силу отсутствия в стандарте подготовки врача-психиатра должной психологической и психотерапевтической подготовки, в ряде случаев присутствуют архаичные убеждения, которые могут играть отрицательную терапевтическую роль в плане «советов» обращения за помощью к представителям оккультизма.

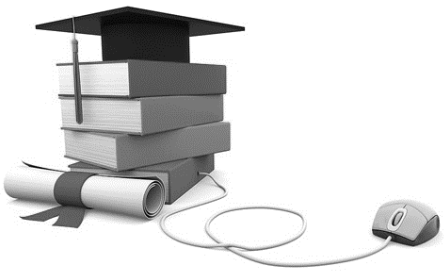
Источник: Современные проблемы науки и образования

Occultus

В настоящее время совершаются попытки подведения научной базы в оккультизм. Н.А. Деянова, В.Л. Деянов (Н.А., 2009) в статье «Оккультная психология» пишут, что «оккультизм имеет достаточно широкий спектр методов исследования и воздействия. Однако длительные преследования со стороны религии и властей привели его в состояние «тайных знаний»…

Слово occultus в переводе с латинского означает «тайный», «тѐмный». Обычно понятия «оккультный» и «эзотерический» употребляются как синонимы. Оккультизм имеет широкую популярность за рубежом. Так 10% всех книг, выпускаемых в Германии, издаются эзотерическими обществами, а почти половина всех молодых немок верит в астрологию. В США – популярны ведьмы, а во Франции – предсказательницы будущего. Особой популярностью оккультизм пользуется в Италии: многие члены итальянского парламента, прежде чем направиться на очередное заседание, украдкой посещают гадалку, считая это лучшим способом определения своего мнения по поводу принятия какого-то важного решения, а многие политические деятели различных стран мира имеют своих личных астрологов.

Источник: Научные Ведомости БелГУ. Серия: Медицина. Фармация



ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ИБС

Сегодня клиницисты знают, что развитию атеросклероза способствуют артериальная гипертензия, сахарный диабет, ожирение, интоксикации, привычные для большой части населения. Эти патогенные факторы при анамнезе выявляются в первую очередь, однако сегодня не учитывается роль ксенобиотиков, как основной патоген в возникновении коронарной недостаточности.

В рамках исследования определялся характер поражения коронарных артерий у больных ИБС и взаимосвязь между степенью изменений коронарного русла и основными факторами риска коронарной недостаточности, в том числе профессионально вредным трудном. Были проанализированы истории болезни и результаты коронарографии 307 больных, находящихся на лечении с 2009 по 2012 год. Полученные результаты свидетельствуют о важности профессионально вредного труда как фактора риска развития атеросклеротических изменений в коронарных артериях, роль которого необходимо учитывать наряду с такими факторами, как дислипидемия, артериальная гипертензия и сахарный диабет.

ФАКТОРЫ РИСКА ИБС У ЖЕНЩИН

В диагностике ИБС, ее течении есть гендерные различия, которые необходимо учитывать в процессе диагностике сердечно-сосудистых заболеваний. По данным многих эпидемиологических исследований развитие коронарных патологий у женщин происходит без традиционных факторов риска. Исследование показало, что риск ИБС зависит от возрастной группы и предрасположенности (в данном исследовании это - абдоминальное ожирение и артериальная гипертония).

РОЛЬ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ В РАЗВИТИИ ИБС У ЖЕНЩИН

Абдоминальная форма ожирения является фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, высокая частота абдоминального ожирения требует уточнения его роли в развитии ИБС у женщин среднего возраста.

Было обследовано 153 женщины в возрасте от 36 до 60 лет. Всем больным проведена коронарокардиография для выявления стенотических поражений коронарных артерий. Абдоминальное ожирение диагностировалось при объеме талии более 88 см, проводилось исследование липидограммы, СРБ, ПАИ-1. Абдоминальное ожирение выявилось у 100 женщин, стенотические поражения коронарных артерий обнаружены у 67 больных и не выявлено гемо-динамически значимых стенозов у 33, из 53 больных без ожирения стенозы обнаружены у 22 и не обнаружены у 31, то есть наличие абдоминального ожирения увеличивало риск развития ИБС в 2,86 раза. Также ИМ в анамнезе отмечен у 74 больных, при этом у больных с абдоминальным ожирением он встречался в 3,1 раза чаще – абдоминальное ожирение увеличивало риск развития инфаркта миокарда в 2,47 раза. Автор заключает, что в группе обследованных женщин абдоминальное ожирение увеличивало риск развития стенотических поражений коронарных артерий и ИМ. У женщин с абдоминальным ожирением наблюдалось увеличение СРБ, фибриногена, ПАИ-1.

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИНФАРКТА МИОКАРДА ВСЛЕДСТВИЕ ИБС

На популяции мужчин среднего возраста в рамках многолет-

него профилактического контролируемого исследования про-ведено изучение частоты развития первого инфаркта миокарда и фак-торов, на него влияющих, в зависимости от активности профилактического вмешательства. Общий срок наблюдения составил 15 лет, численность популяции двух групп – 6656 чел (в группе активной профилактики – 3488 человек, в группе сравнения – 3168 человек). Результаты показали, что мерами многофакторной активной и систематической профилактики можно снизить риск развития первого ИМ.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К УЛУЧШЕНИЮ КАЧЕСТВА И ИСХОДОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ ИБС

В рамках исследования оценивалось качество медикаментозного лечения больных стабильной ИБС с позиций приверженности клиническим рекомендациям. Были проанализированы данные 165 пациентов с диагнозом ИБС, при расчете клинических индикаторов соблюдалось следующее правило: если у пациента имелись противопоказания к применению конкретного препарата, то данный препарат не учитывался; анализ медикаментозной терапии показал, что почти все клинические индикаторы по медикаментозному лечению больных с ИБС выполняются более чем на 80%. Частота назначений антиагрегантов, статинов, и т.д. соответствует российским и международным рекомендациям.

СЕЗОННОЕ ОБОСТРЕНИЕ ИБС

Целью исследования было изучение зависимости обострений ИБС от сезонов года и определение роли температуры окружающей среды в формировании данных ритмов. В исследование было включено 1079 госпитализированных больных, мужчин и женщин. Средний возраст - 56,6 +- 1,3 года. Обследование было однократным на стационарном этапе лечения. Автор пришел к выводам, что в периоды высоких и низких температур (зимой и летом) наблюдается обострение ИБС, и людям, страдающим ССЗ, необходимо уделять больше внимания своему здоровью. Также автор отмечает, что зимой регистрировалось на 33% случаев с ИМ больше, чем осенью.

В ранее проведенных исследованиях было определено, что зимнее обострение ИБС связано с максимальной активацией симпатоадреналовой системы, гиперхолестеринемией и активацией свертывающей системы. Анализ количества тяжелых осложнений острого периода ИМ в разные сезоны года во всей выборке в целом не обнаружил сезонных различий. Анализ временного ряда, состоящего из абсолютных показателей частоты ИМ, выявил двухволновую сезонную периодичность заболевания, с повышением в холодной месяц и теплый.

ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЯ ИБС

Целью исследования было определение % пациентов, применяющих ЛС и их количество, также определить уровень фармакоэпидеологических данных, отражающих ситуацию лечения ИБС в России. Была проанализирована медицинская документация (50 ИБ) и проведен анонимный опрос 25 пациентов кардиологического профиля. Результаты показали, что 8,3% пациентов принимают от 2 до 4 ЛС, а 1,2% - более 5, остальные пациенты принимают от 1 до 2 ЛС; также в России имеет место недостаток фармэпид данных, отражающих реальную ситуацию с лечением ИБС, дающих возможность оценить соблюдение рекомендаций научных обществ врачами в повседневной практике.

ВЕРОЯТНОСТИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ ИБС

ТЭЛА - одна из причин внезапной сердечной смерти, летальность при нераспознанной ТЭЛА составляет около 30%, при распознанной - 2-8%, а доля госпитальной

смерти - 12-15%. По мнению автора для оперативного определения тактики ведения пациента с подозрением на ТЭЛА рекомендуется клинический алгоритм, основанный на сочетании ряда клинико-анамнестических признаков (припухлость и боль при пальпации в области проекции глубоких вен, тахикардия более 100 ударов в минуту, резкое ограничение физической активности в течение 3-х дней или оперативное вмешательство в последние 4 недели, диагноз тромбоза глубоких вен или наличие ТЭЛА в анамнезе, онкологические заболевания).

НАРУШЕНИЯ СНА И СВЯЗЬ С ПСИХОСОЦИАЛЬНЫМИ ФАКТОРАМИ И ИБС

Тема актуальной из-за большего большого процента проблем со сном у пациентов, жалобы на неудовлетворенность своим сном и отсутствие его восстановительных свойств предъявляет 1\3 пациентов, которые обращаются к терапевту, и 2\3 пациентов, которые обращаются к психиатру.

Целью исследования было изучение связи нарушения сна (далее – НС) с ИБС и другими психосоциальными факторами в популяции мужчин 25-64 лет (случайная презентативная выборка), респонс составил 657 лиц. Общее обследование проводилось по стандартным методикам, принятым в эпидемиологии; социальный стресс изучали тестом Спилберга, социальная поддержка оценивалась с помощью теста Брекман-Сим.

Исследование показало, что доля лиц с ИБС намного больше при наличии НС, чем без них; увеличивается негативная оценка состояния здоровья, жалобы на него при нарушении сна, но заботятся о нем недостаточно; имеет место значительное снижение физической активности при НС; лица с НС не сомневаются в том, что они не заболеют, если принять предупредительные меры, а вот в успехах лечения уже существующих болезней сомневаются, как и не доверяют мнению врача.

ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ (ГЭРБ) У БОЛЬНЫХ С ИБС И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ (АГ)

Многочисленные эпидемиологические исследования показывают, что ГЭРБ является одним из наиболее частых заболеваний, встречающихся в общей медицинской практики. Сочетание ГЭРБ и ИБС встречается в 35-40% случаев и занимает второе место после эрозивно-язвенных поражений желудка и 12 пк при ИБС и АГ; поэтому в повседневной практике врачи часто сталкиваются не только с проблемой дифференциальной диагностики ГЭРБ и ИБС, но и отягощающим влиянием ИБС и АГ на течение ГЭРБ.

В рамках исследования изучалось развитие изменений в верхних отделах ЖКТ у больных ИБС и АГ и их сочетанием: ГЭРБ, хронический гастрит, хронический дуоденит, дуоденогастральный рефлюкс. Было обследовано 120 больных в возрасте 18-65 лет (мужчин и женщин, у которых в клинической картине заболевания помимо АГ, ИБС, АГ в сочетании с ИБС, имелись признаки ГЭРБ). Полученные результаты подтверждают частое изменение верхних отделов ЖКТ у больных ИБС и АГ.

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

«СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

2016, № 8

Подписано в печать 12.07.2016. Формат 60 x 84 1/8. Бумага офсетная. Печать офсетная.
Объем 4,25 уч.-изд. л.; 4,25 усл. печ. л. Тираж 1000 экз. Заказ № 6245

E-mail: mediteka21@mediteka.ru