

ПРОФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
( Н И У « Б е л Г У » )

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

**ЦМК терапевтических дисциплин**

**РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА В ПРОФИЛАКТИКЕ ТРЕВОЖНОСТЕЙ И СТРАХОВ У  
ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

**Дипломная работа студентки**

**очной формы обучения  
специальности 31.02.01 Лечебное дело  
4 курса группы 03051521  
Цапковой Светланы Сергеевны**

Научный руководитель  
Преподаватель Жучкова И.А.

Рецензент  
врач-невролог ОГБУЗ  
«Белгородская областная  
клиническая больница Святителя  
Иоасафа»  
Яценко Е. А.

**БЕЛГОРОД 2019**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.....	5
1.1. Клиническая картина сердечно-сосудистых заболеваний .....	5
1.2. Психологическая сущность проблемы тревожности .....	8
1.3. Психологическая сущность проблемы страхов.....	11
1.4. Профилактическая роль фельдшера .....	12
ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ТРЕВОЖНОСТИ И СТРАХОВ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ .....	15
2.1. Исследование проявления тревожности и страхов у пациентов кардиологического отделения.....	15
2.2. Результаты собственного исследования.....	16
2.3. Рекомендации медицинскому персоналу .....	33
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	34
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	35
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	37

## ВВЕДЕНИЕ

По оценкам ВОЗ, в 2018 году смертность от сердечно-сосудистых заболеваний составила 31% всех случаев смерти в мире. Заболевания сердечно-сосудистой системы остаются основной причиной смерти в мире: они ежегодно уносят 17,5 миллионов человеческих жизней, и, если не принять меры, это число к 2030 году будет составлять 23 миллиона человек.

В России заболевания сердца являются главным виновником отставания от других стран по продолжительности жизни. Показатель смертности населения России от болезней сердечно-сосудистой системы на июнь 2018 года составил 614,6 на 100 тыс. человек [1, с. 21].

Всего болезнями сердца и сосудов в России страдают более 24 миллионов жителей. Вместе с этим в нашей стране сердечные заболевания являются одной из ведущих причин смерти.

Актуальность данного исследования обусловлена широкой распространенностью тревожности и страхов у пациентов, страдающих заболеваниями сердечно-сосудистой системы, что негативно влияет на результат от назначенного лечения, течение заболевания, качество жизни больных и взаимодействии с медицинским персоналом.

### **Цель исследования:**

Изучение профессиональной роли фельдшера в профилактике тревожности и страхов у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

### **Задачи:**

Проанализировать теоретические данные о сердечно-сосудистых заболеваниях;

Проанализировать теоретические данные тревожности и страхов;

Провести исследование уровня тревожности среди пациентов, страдающих от сердечно-сосудистых заболеваний;

Провести исследование наличия страхов среди пациентов, страдающих от сердечно-сосудистых заболеваний;

Проанализировать полученные данные и составить на их основе рекомендации.

**Предмет исследования:** проявление тревожности и страхов у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

**Объект исследования:** пациенты кардиологического отделения ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа».

**Теоретическая значимость:** изучение психологического статуса пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

**Практическая значимость:** применение в практической деятельности медицинских работников рекомендаций для снижения уровня тревожности у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

**Методы исследования:** опрос, Шкала Гамильтона для оценки тревоги.

**Гипотеза:** Пациенты с заболеваниями сердечно-сосудистой системы имеют повышенную тревожность и страхи.

**База исследования:** Кардиологическое отделение ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа».

Работа состоит из введения, двух глав: первая глава включает теоретический анализ, вторая состоит из практического исследования, рисунков, таблиц и результатов исследования. Работа также включает в себя рекомендации медицинскому персоналу, заключение, список использованных источников и литературы, приложения.

# ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

## 1.1. Клиническая картина сердечно-сосудистых заболеваний

К наиболее распространенным заболеваниям сердечно-сосудистой системы относятся: ишемическая болезнь сердца, атеросклероз, гипертоническая болезнь, аритмии, острая и хроническая сердечная недостаточность.

Ишемическая болезнь сердца — это заболевание, характеризующееся несоответствием между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой, что приводит к нарушениям функций сердца.

Атеросклероз - главная причина развития ишемической болезни сердца в большинстве случаев.

Инфаркт миокарда - одна из самых опасных форм ишемической болезни сердца. Его основным симптомом является боль, которая может быть давящего, жгучего, сжимающего характера. Локализуется боль за грудиной, иррадиирует в левую половину тела (левую лопатку, руку, межлопаточную область, плечо, левую половину нижней челюсти). Боли интенсивнее и более длительные, чем при стенокардии и не купируются нитроглицерином. Также у пациентов может отмечаться одышка, слабость, удушье, появление холодного липкого пота.

Во время приступа возникает страх смерти. В последующем пациенты так и говорят: «Мне казалось, что я умру». Охваченные страхом смерти, в острый период инфаркта миокарда, они боятся любого движения или, наоборот, начинают стонать и метаться.

В зависимости от клинической картины острейшей фазы выделяют следующие клинические варианты инфаркта миокарда:

Болевой вариант течения является типичным и основным проявлением его является ангинозная боль. Она не зависит от положения тела, движений, дыхания, позы, не купируется нитроглицерином. Боль носит жгущий, раздражающий, давящий, душащий характер и локализуется за грудиной, иррадирует в левую часть тела. Часто боль сочетается с гипергидрозом, слабостью, двигательным и эмоциональным возбуждением.

Абдоминальная форма инфаркта миокарда характеризуется диспепсическими расстройствами и эпигастральными болями. Также возможна иррадиация боли в спину, напряжение брюшной стенки.

Атипичный болевой – это инфаркт миокарда, при котором имеется атипичная локализация боли, например, только в зонах иррадиации (плечо, нижняя челюсть, рука) или она носит атипичный характер.

Ведущим симптомом астматического варианта инфаркта миокарда является одышка, которая является проявлением острой застойной сердечной недостаточности.

При аритмическом варианте единственным клиническим проявлением или наиболее выраженным симптомом инфаркта миокарда являются нарушения ритма сердца.

Цереброваскулярный вариант инфаркта миокарда проявляется преобладанием симптомов нарушения мозгового кровообращения: головокружение, тошнота, обморок, рвота.

Безболевой вариант инфаркта миокарда является наиболее сложным для диагностирования, нередко обнаруживается случайно на электрокардиограмме.

Атеросклероз – это хроническое заболевание, которое поражает артерии эластического и мышечно-эластического типа и возникает из-за нарушения белкового и липидного обмена, отложения некоторых фракций липопротеидов и холестерина в просвете сосудов. От локализации патологического процесса зависят клинические проявления атеросклероза.

Так, например, симптомами, характерными для преходящей ишемии мозга, характеризуется атеросклероз аорты. Больной жалуется на головные

боли, головокружения и потери сознания, нарушения координации движений и другие признаки нарушения церебрального кровотока. Инсульты нередко являются исходом атеросклероза головного мозга.

Гипертоническая болезнь – это хронически протекающее заболевание сердечно-сосудистой системы, главным проявлением которого является артериальная гипертензия.

Гипертонический криз – это осложнение гипертонической болезни, которое проявляется резким повышением артериального давления. Кризы делят на два типа.

Криз I типа (гиперкинетический) развивается на фоне нормального самочувствия, продолжительность его составляет от нескольких минут до нескольких часов, он является кратковременным. Клиническая картина характеризуется головокружением, снижением зрения, резкой головной болью, тошнотой, иногда рвотой. Наблюдается сердцебиение, поллакиурия, возбуждение. Окончание криза сопровождается обильным мочеиспусканием. Систолическое артериальное давление повышается, пульсовое давление увеличивается.

Криз второго типа наблюдается чаще у пациентов с гипертонической болезнью третьего типа и характеризуется постепенным развитием, но он является более тяжелым. Длительностью он может быть от нескольких часов до 3-5 дней, но в некоторых случаях и дольше. Этот криз характеризуется выраженной головной болью, тяжестью в голове, иногда нарушениями тактильной чувствительности, речи и нарушениями кровообращения по системе сосудов мозга. Возникают боли ангинозного характера в области сердца, рвота, приступы сердечной астмы. Диастолическое давление значительно повышается.

Аритмия, по определению ВОЗ, это любой ритм, отличающийся от нормального синусового. Такие нарушения возникают как следствие неправильного функционирования электрических импульсов, которые вызывают сердечное сокращение. Это приводит либо к тахикардии, либо,

напротив, брадикардии. Сердечные сокращения могут становиться нерегулярными, неритмичными.

К симптомам аритмии относятся: чувство нехватки воздуха, боли в груди, тахикардия, брадикардия, головокружение, пациенты жалуются на ощущение трепета или сжатия в области сердца, обморок или полубморочное состояние.

Аритмия может увеличивать риск развития ряда заболеваний. Так, мерцательная аритмия без приема антикоагулянтов может приводить к тромбообразованию и, как следствие, к ишемическому инсульту от закупорки артерии мозга, инфаркту миокарда. Это грозные осложнения, которые могут привести к смерти.

Еще одним осложнением, к которому может привести аритмия, является застойная сердечная недостаточность. Она возникает вследствие долгого периода урежения или учащения сердцебиения.

## **1.2. Психологическая сущность проблемы тревожности**

Тревожность – это состояние эмоционального дискомфорта из-за ожидания отрицательных событий, которые могут произойти в будущем. При этом возникает страх, сопровождающийся физиологическими изменениями в организме: меняется уровень артериального давления, частота дыхательных движений и сердечных сокращений [7, с. 54].

Важно отличать тревогу от тревожности. Так, тревога - это временное проявление волнения и беспокойства, а тревожность является устойчивым негативным эмоциональным состоянием.

Тревога – это аналогичное страху состояние психики, но при этом человек сам не знает, чего именно он боится. Этот страх не имеет определенного предмета и возникает перед неизвестной опасностью [4, с. 68].

А. Прихожан писал, что тревожность на психологическом уровне ощущается как беспокойство, нервозность, озабоченность, нервозность, вместе



с тем появляются такие чувства, как: одиночество, чувство неопределенности, незащищенности, беспомощности.

У пациентов с сердечно - сосудистыми заболеваниями одной из основных психологических проблем является чувство тревоги. Она возникает от наблюдения самих больных за своим состоянием, от результатов обследования и негативных замечаний врача вслух по этим результатам, также возникновению тревоги способствуют правила отделения, в котором лежит пациент, например, «абсолютный покой».

Кроме психологических проблем у тревожных людей отмечаются и физиологические проблемы, такие как: головные боли, общая слабость, головокружение, сухость во рту, учащенное сердцебиение, ощущение комка в горле, поверхностное дыхание.

М. Литвак утверждает, что тревога возникает, если человек неблагоприятно оценивает общую ситуацию. В тех случаях, когда источник тревоги устранить нельзя, появляется страх.

У многих пациентов с заболеваниями сердца отмечается тревожная реакция на болезнь, у части больных развивается ипохондрическая реакция, которая характеризуется постоянным ожиданием ухудшения состояния, это жизнь в болезни. Иногда наблюдается отрицание больным своего состояния, в таком случае пациент игнорирует режим, который ему назначил врач. Боли в области сердца такие пациенты приписывают совершенно другим органам, кроме того, пациенты не хотят сдавать анализы, обследоваться, пропускают плановые осмотры и не принимают лекарства, в связи с чем их состояние только ухудшается.

Не малую роль в развитии инфаркта миокарда играют долгое время подавляемые негативные эмоции, которые не нашли выхода и, подобно снежной лавине, в критический момент жизни пациента способны вызвать сильнейший приступ стенокардии или, что хуже, стать причиной инфаркта миокарда.

Очень часто мужчины, привыкшие подавлять такие чувства, как страх, печаль, грусть, болезненные переживания относительно чего-либо, в критический момент жизненных испытаний оказываются на больничных койках кардиологического стационара с обширным инфарктом и с другими серьезными, угрожающими жизни, состояниями, характеризующимися плохим прогнозом для здоровья. Но не только мужчины запрещают себе эмоциональную разрядку, так, например, волевые люди, занимающие важные посты, так же не позволяют своим эмоциям найти выход вовне и они остаются внутри, дожидаясь стрессового катализатора.

Установлена связь между локализацией ишемии миокарда и различными эмоциональными состояниями, которые испытывает пациент на момент ухудшения состояния. Такие чувства, как тоска, тревога и страх смерти появляются при ишемии задней стенки миокарда. Интересно, что при ишемии передней стенки миокарда возникает эйфория, то есть ощущение беспричинного счастья. Это сигнализирует о тяжелом поражении миокарда.

После перенесенного инфаркта на долгое время остаются такие отрицательно окрашенные эмоции, как чувство страха, уныние, тоска, печаль, подавленность.

В некоторых случаях появляется болезненная сосредоточенность на ощущениях, испытанных пациентов в период приступа. При этом у больных изменяется поведение и меняется уклад жизни: они не могут перестать беспокоиться о своем состоянии здоровья и полностью погружаются в болезнь и переживания, сами назначают себе постельный режим, боятся заниматься домашними делами и избавляются от повседневных обязанностей, боясь ухудшения самочувствия. Мысленно возвращаясь к отрицательным переживаниям, которые они испытали во время приступа, такие пациенты только способствуют повышению своего уровня тревожности и, как следствие, ухудшению самочувствия.

При гипертонической болезни пациенты обеспокоены уровнем артериального давления в такой степени, что даже не имеющее серьезного

значения отклонение от нормы, которое может быть обусловлено временем суток или приемом пищи, становится для них источником тревоги и страха.

Довольно часто у пациентов с заболеваниями сердца отмечаются симптомы соматоморфных, ипохондрических, тревожно-фобических и даже панических расстройств.

Кардиологических пациентов часто беспокоит страх стать беспомощным, лишиться работы в связи с самочувствием и перестать вести активную жизнь [2, с. 35].

### **1.3. Психологическая сущность проблемы страхов**

Страх — негативно окрашенная эмоция, которая возникает как защитная реакция перед источником реальной или воображаемой опасности. Важно отличать страх от фобии. Фобии относятся к психическим расстройствам, от страхов они отличаются своей остротой и навязчивостью.

Учеными давно установлено, что изменения при столкновении с источником страха затрагивают не только сознание, но и весь организм, подготавливая человека к самозащите. Ожидание наихудшего развития событий и возникающий при этом страх влекут за собой изменения в функционировании систем организма, вследствие чего возникают такие симптомы, как учащенное мочеиспускание, головокружение, бессонница. При хроническом страхе организм перестает нормально функционировать.

Страх способен изменять частоту и силу сердечных сокращений, провоцировать диспепсические расстройства, вызывать потливость, учащать дыхание или, наоборот, провоцировать удушье, вызывать дефекацию, провоцировать произвольное отделение мочи или, наоборот, приводить к задержке мочеиспускания [5, с. 17].

При стенокардии и инфаркте миокарда одним из наиболее специфических симптомов считается страх смерти. Однако, не всегда во время приступа

пациент испытывает страх смерти. У некоторых пациентов отмечалось чувство эйфории.

Необходимо также заметить, что кроме страха смерти, обусловленного имеющимся приступом стенокардии, нередко появляются тревожные предчувствия, что новый приступ будет более болезненным и повлечет серьезные осложнения для организма, часто пациенты боятся, что вовсе не смогут его пережить.

Страх перед возможным возникновением нового приступа входит в тревожно-депрессивный синдром, который часто встречается при инфаркте задней стенки миокарда, в подостром периоде или при повторном инфаркте. Следует отметить, что у одних пациентов преобладает беспокойство и возбуждение, а у других — подавленное состояние и апатия.

Часто у больных, которые в остром периоде не испытывали выраженного страха, он ярко появляется при повторном приступе боли и других тягостных ощущениях, таких как: перебои в работе сердца, удушье. В этих случаях отмечается увеличение беспокойства по мере приближения промежутка времени, в который чаще всего отмечаются приступы, часто это происходит в вечернее время. Такой как бы логически понятный страх испытывали многие кардиологические пациенты, они боятся нового приступа с серьезными осложнениями, поэтому такие пациенты не отпускают от себя медицинский персонал, когда у них возникает опасение за свое здоровье и требуют сделать инъекцию, вызвать врача.

#### **1.4. Профилактическая роль фельдшера**

Профессиональные компетенции фельдшера включают проведение мероприятий по сохранению и укреплению здоровья населения, работу в школах здоровья, санитарно-гигиеническое просвещение населения.

Тревожность и страхи у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями значительно ухудшают течение болезни и эффект от назначенного им лечения.

Очень часто тревожность возникает, когда пациент не уверен в профессионализме своего лечащего врача или, не получив достаточно информации от медицинского работника о своем заболевании, самостоятельно ищет информацию и находит негативно окрашенные статьи с плохим прогнозом.

Кроме того, тревожность возникает, когда медицинский работник рассказывает о всех негативных последствиях болезни, но не объясняет, как предотвратить их развитие.

Наряду с оказанием квалифицированной медицинской помощи, необходимо психологически поддерживать пациента, внушать ему веру в выздоровление, помогать бороться с тревожными опасениями насчёт здоровья.

В своей деятельности медицинский работник всегда должен придерживаться и соблюдать правила медицинской деонтологии, которые включают в себя: чуткое отношение к пациенту, тактичность, вежливость, сохранение врачебной тайны, сострадание к больному.

Медицинский работник должен уметь устанавливать контакт и общаться с пациентом, сохранять профессиональную врачебную тайну, правильно преподносить информацию пациенту. Также медицинский работник должен доброжелательно и уважительно общаться с пациентами, понимать беспокойство пациента и его родственников, доступным языком объяснить о сущности заболевания, его лечении, режиме, что делать в случае ухудшения самочувствия и как избежать осложнений.

Медицинская деонтология берет свое начало от Гиппократов, написавшего основные морально-этические принципы работы врача, один из которых гласит: «не навреди». Под этим выражением подразумевается не только грамотное назначение лекарственных препаратов, но и этические принципы, регулирующие поведение медицинского работника.

Русский врач, прозаик В. В. Вересаев писал: «Врач может обладать громадным талантом, уметь улавливать самые тонкие детали своих назначений, и всё это остаётся бесплодным, если у него нет способности покорять и подчинять себе душу больного».

Большое значение в профилактике развития страхов и повышения тревожности играют знания и практические навыки, которые медицинские работники могут дать пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями для улучшения качества их жизни и поддержания уровня здоровья, так, например, пациентов с гипертонической болезнью в школах здоровья научат измерять и контролировать уровень артериального давления, расскажут о мерах профилактики развития осложнений, обучат первой помощи при ухудшении состояния.

Система медицинского воспитания населения должна исключать поверхностное, дилетантское обучение самодиагностике, способствующее повышению уровня тревожности и развитию страхов.

Фельдшер дает пациенту информацию по созданию здоровьесберегающей среды, оценивает факторы риска, которым подвержен больной и, исходя из них, дает индивидуальные рекомендации, а также объясняет важность их соблюдения для здоровья пациента.

## **ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ТРЕВОЖНОСТИ И СТРАХОВ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ**

### **2.1. Исследование проявления тревожности и страхов у пациентов кардиологического отделения**

Базой для исследования тревожности, проведенном в 2019 учебном году, стало кардиологическое отделение ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа». В тестировании приняло участие пятьдесят четыре пациента кардиологического отделения. Целью тестирования было выявление проявлений тревожности у пациентов, страдающих заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Для диагностики использовался тест «Шкала Гамильтона», который состоит из 13 вопросов и представлен в приложении 1. В зависимости от количества баллов, различают следующие значения: если пациент набрал 0-6 баллов, у него отсутствует тревожное состояние, 7-19 баллов указывают на наличие симптомов тревоги. Если пациент набирает от 20 до 29 баллов, у него отмечается тревожное состояние. Результат более 30 баллов указывает на паническое расстройство. Соматическая тревога измеряется в первых семи вопросах, психическая тревога измеряется по другим семи вопросам.

По каждому вопросу этого теста ставится оценка по следующему принципу: если симптом отсутствует, ставится 0 баллов; 1 балл ставится при наличии симптома, если он выражен в слабой степени; если симптом выражен в умеренной степени, ставится 2 балла; 3 балла, если в тяжелой степени и, наконец, 4 балла ставят, если симптом отмечается в очень тяжелой степени.

Анализ исследования проводился в четыре этапа:

Проведение анкетирования пациентов кардиологического отделения по «Шкале Гамильтона».

Обработка и подсчет полученных данных с переводом их в проценты.

Построение таблиц и диаграмм, используя полученные данные.

Анализ полученных результатов.

Для исследования проявления страхов применялся опрос, состоящий из пяти вопросов. В данном исследовании приняли участие 32 пациента, которые в ходе тестирования по шкале Гамильтона отметили у себя наличие страхов. Целью опроса является изучение страхов у пациентов, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, выявление связи между развитием заболевания и возникновением страха. Опрос представлен в приложении 3.

Опрос проводился в два этапа: первый этап включает в себя сбор необходимых сведений от пациента. Перед исследованием необходимо установить доверительные отношения с пациентом. Все вопросы должны быть понятными пациенту, конкретными, без медицинских терминов.

На втором этапе осуществляется анализ полученных данных.

## 2.2. Результаты собственного исследования

Согласно поставленным задачам, было проведено исследование среди пациентов кардиологического отделения ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» (Таблица 1).

Таблица 1

Таблица сводных данных по тесту «Шкала Гамильтона».

Вопросы по тесту «Шкала Гамильтона»	Количество ответов с наличием данного симптома
Ухудшение настроения: плохие предчувствия, грусть, беспокойство, раздражительность, пессимизм, упадок сил.	32



<p>Напряжение:</p> <p>волнение, преобладание негативно окрашенных эмоций, постоянно накапливающиеся переживания, повышенная плаксивость.</p>	27
<p>Страхи:</p> <p>ощущение беспомощности и потери контроля над ситуацией, суетливость; страх крови, темноты, животных, одиночества, смерти и т.д.</p>	32
<p>Нарушения сна:</p> <p>длительное засыпание, поверхностный тревожный сон, частые пробуждения, невозможность заснуть, сонливость без физической усталости, отсутствие энергии после сна, ночные кошмары.</p>	34
<p>Снижение умственной работоспособности:</p> <p>рассеянность, недоведение начатого дела до конца, затруднение запоминания, отвлекаемость, частые забывания.</p>	20
<p>Депрессивное настроение:</p> <p>отсутствие радости, потеря интереса к любимым занятиям, уединение, нехватка сил на выполнение повседневных дел, подавленность.</p>	17
<p>Соматические симптомы (мышечные):</p> <p>невозможность полноценно расслабить мышцы, боли, непроизвольное подергивание мышц, зубной скрежет, срывающийся голос.</p>	34

Соматические симптомы (сенсорные): головокружение, слабость, озноб или приливы жара, ощущение покалывания, звон в ушах, снижение четкости зрения.	33
Сердечно-сосудистые симптомы: учащенное сердцебиение, боли и неприятные ощущения в области сердца, одышка, повышенное артериальное давление, ощущение перебоев в работе сердца, отеки.	44
Респираторные симптомы: затрудненное дыхание, ощущение нехватки воздуха, удушье, ощущение сжатия или сдавления в грудной клетке.	23
Гастроинтестинальные симптомы: расстройство стула: диарея, запоры; чувство тошноты, рвота, изжога, снижение или полная потеря аппетита, урчание и ощущение вздутия в животе.	43
Мочеполовые симптомы: частое мочеиспускание или ложные позывы к нему, болезненная менструация, преждевременная эякуляция, отсутствие или снижение полового влечения, фригидность.	25
Вегетативные симптомы: холодные руки или ноги, ощущение сухости во рту, усиленное потоотделение, приливы жара или холода, сильные головные боли.	40

В исследовании тревожности приняли участие 54 пациента кардиологического стационара, из них 52% женского пола и 48% мужского (Рис. 1).

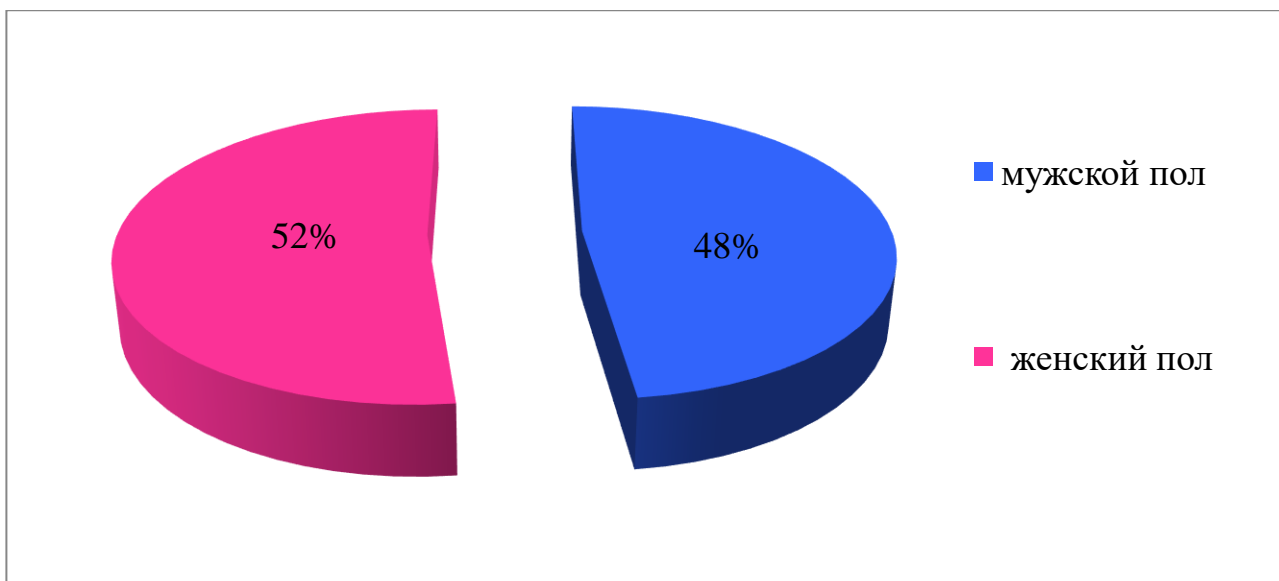


Рис. 1. Процентное соотношение мужского и женского пола

Анализ возраста показал, что 19% опрошенных в возрасте от 35 до 45 лет, 35% опрошенных в возрасте от 55 до 65 лет, 22% от 45 до 55 лет, 17% старше 65 лет и 7% в возрасте до 35 лет (Рис. 2).

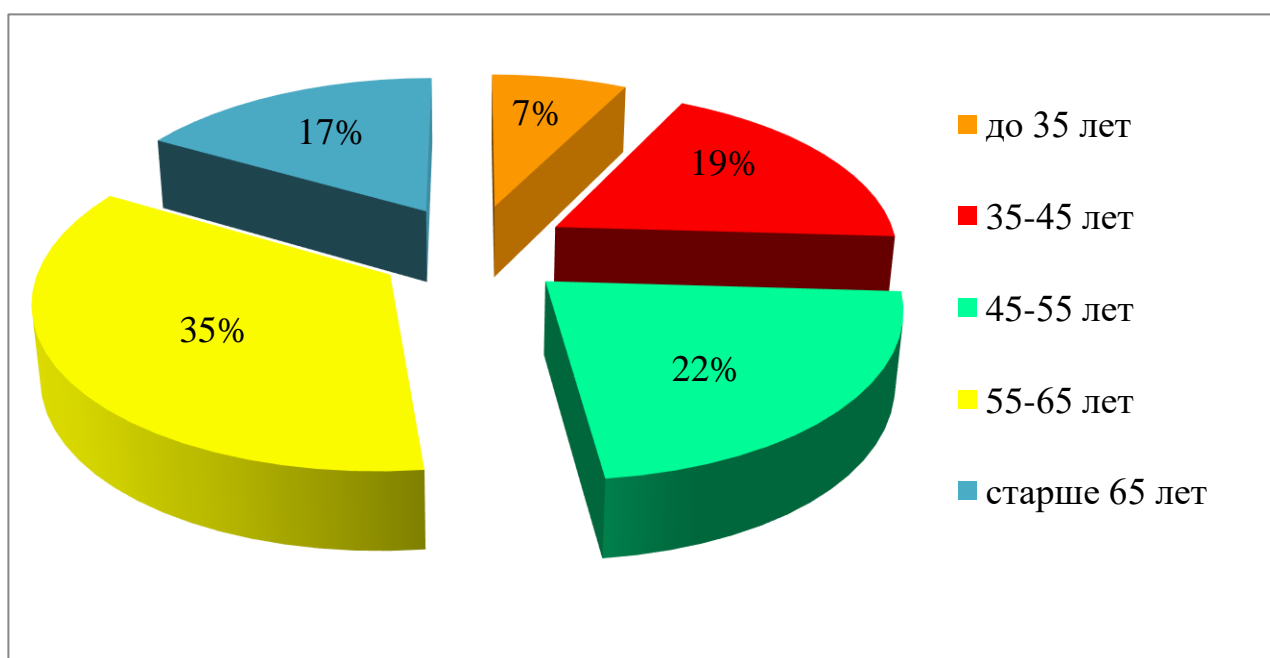


Рис. 2. Анализ возраста опрошенных

На вопрос об ухудшении настроения, которое проявляется плохими предчувствиями, грустью, пессимизмом, упадком сил, 35% опрошенных ответили, что отмечают у себя эти симптомы, но в слабой степени, 13% опрошенных отмечают данные симптомы в умеренной степени, 7% в тяжелой, 4% в очень тяжелой степени, и у 41% опрошенных сохраняется хорошее настроение.

Таким образом, 59% пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы в той или иной степени отмечают ухудшение настроения (Рис. 3).

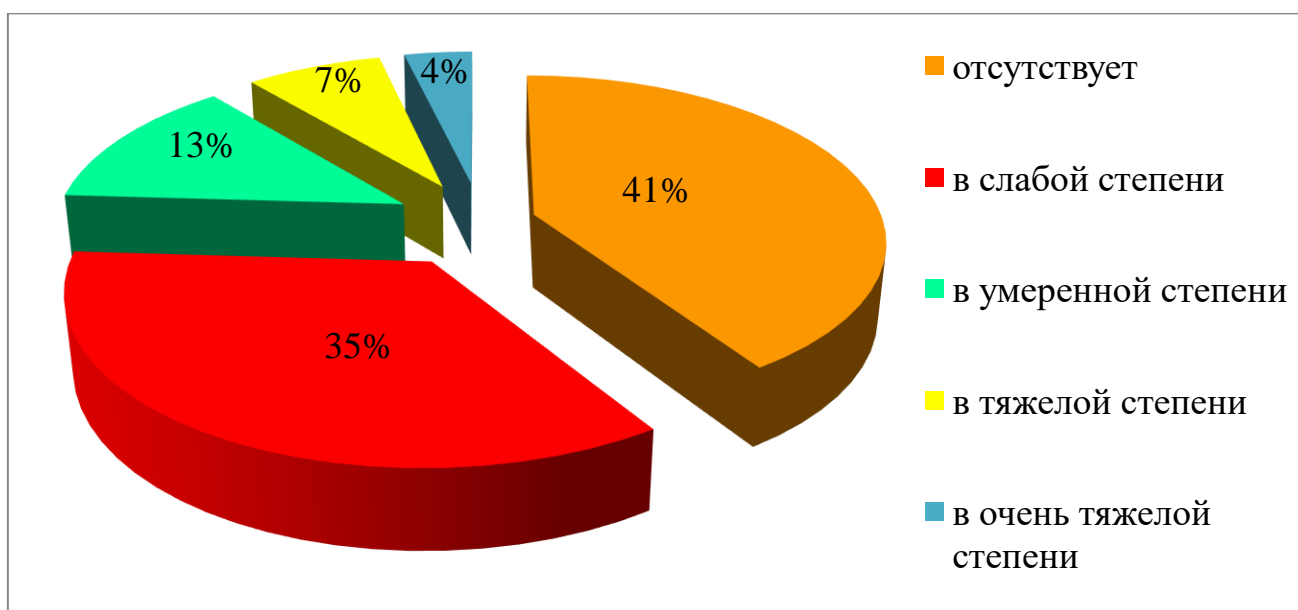


Рис. 3. Проявление ухудшения настроения среди пациентов кардиологического отделения

При оценке напряжения, которое проявляется в виде постоянно накапливающихся переживаний, повышенной плаксивости и волнения, 28% ответили, что периодически ощущают напряжение, но в слабой степени, 9% отмечают у себя эти симптомы в умеренной степени, 7% в тяжелой, в очень тяжелой степени напряжение испытывают 6% и 50% пациентов ответили, что данные симптомы у них отсутствуют.

Таким образом, половина опрошенных испытывают напряжение (Рис. 4).

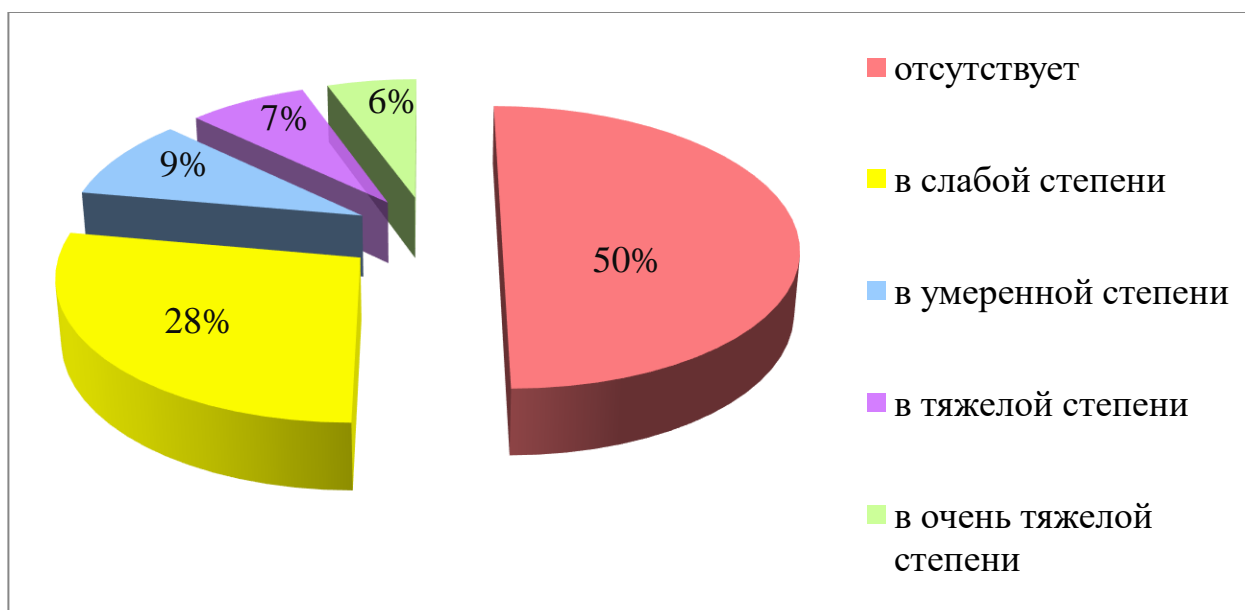


Рис. 4. Проявление чувства напряжения среди пациентов кардиологического отделения

Чувство страха крови, страх одиночества, темноты, высоты и другие страхи в слабой степени испытывают 15% опрошенных, у 20% отмечаются страхи в умеренной степени, у 17% в тяжелой степени, 7% опрошенных беспокоят страхи в очень тяжелой степени. Чувствуют спокойствие и не испытывают страхов 41% опрошенных.

Таким образом, было выявлено, что 59% имеют страхи (Рис. 5).

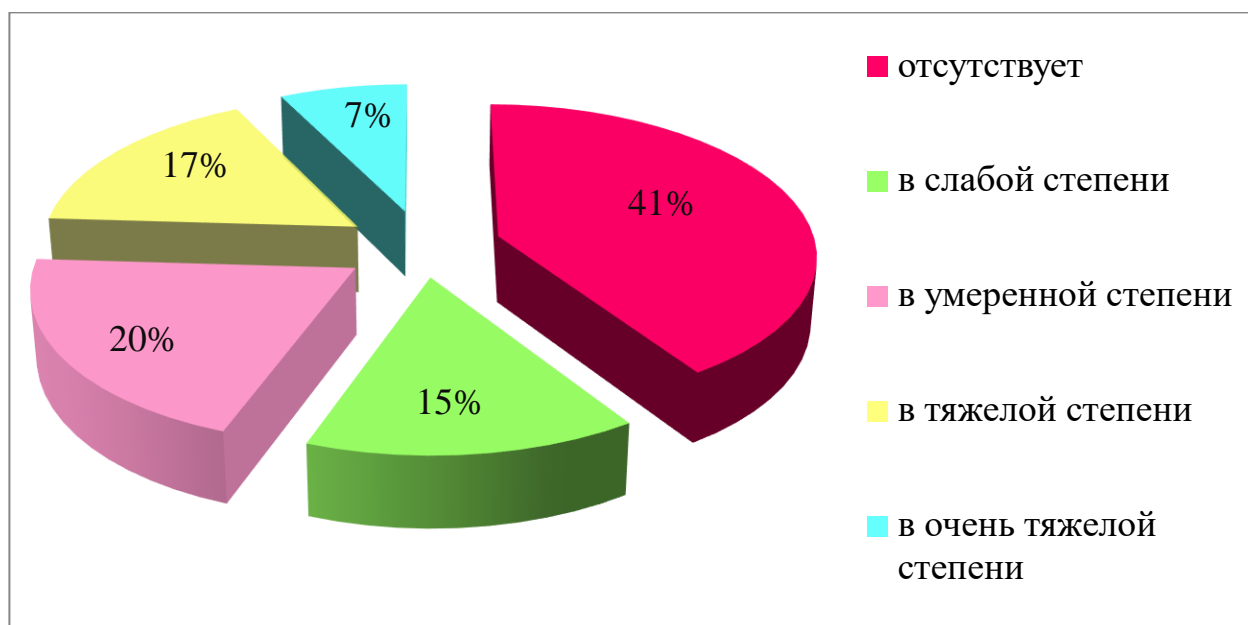


Рис. 5. Проявление чувства страха у пациентов кардиологического отделения

На вопрос о нарушениях сна, которые проявляются частыми пробуждениями, поверхностным сном, сонливостью без физической усталости, невозможностью заснуть, ночными кошмарами, 26% опрошенных ответили, что данные симптомы отмечают у себя редко и в легкой степени, 17% отметили наличие у себя проблем с засыпанием в умеренной степени. В тяжелой степени нарушения сна отмечают у себя 13% опрошенных, 7% жалуются на чувство разбитости после сна в очень тяжелой степени. Не испытывают проблем с засыпанием и не видят кошмарных сновидений 37% опрошенных.

Таким образом, нарушения сна в той или иной степени испытывают 63% опрошенных (Рис. 6).

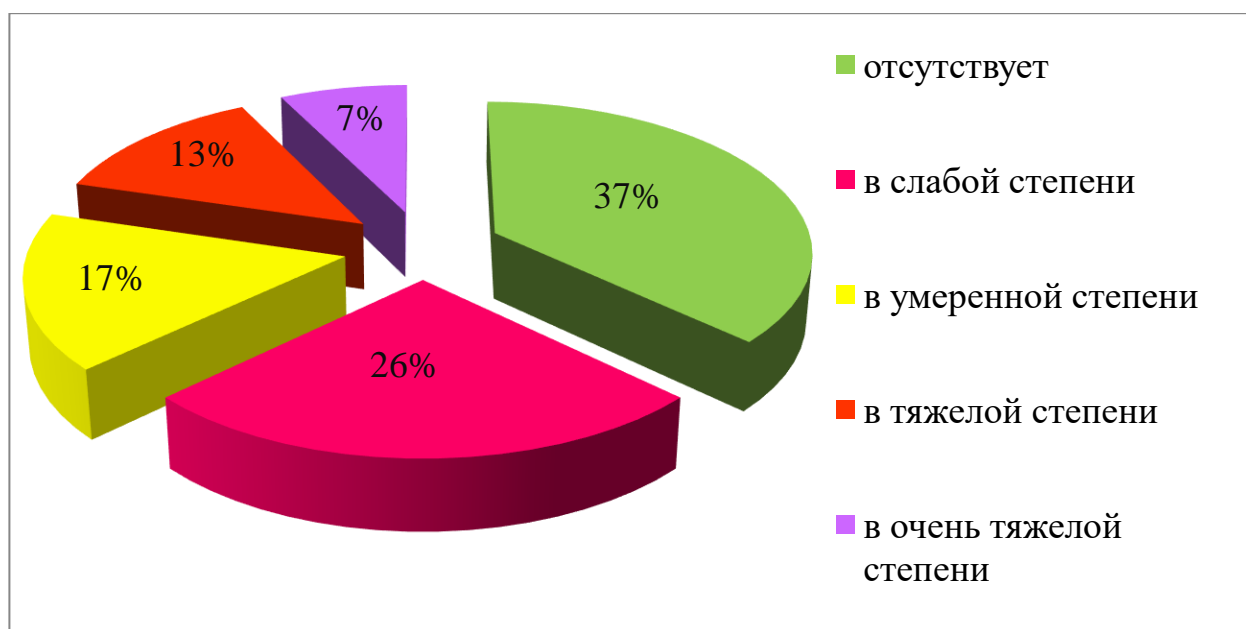


Рис. 6. Проявление нарушений сна среди пациентов кардиологического отделения

На вопрос о снижении умственной работоспособности, 15% опрошенных ответили, что изредка отмечают у себя рассеянность и ухудшение памяти в слабой степени, 9% отмечают у себя недоведение начатых дел до конца, трудности в концентрации внимания, отвлекаемость в умеренной степени, 7% отмечают эти симптомы в тяжелой степени, 6% жалуются на ухудшение памяти в очень тяжелой степени и 63% опрошенных ответили, что не отмечают у себя ничего из вышеперечисленных симптомов (Рис. 7).

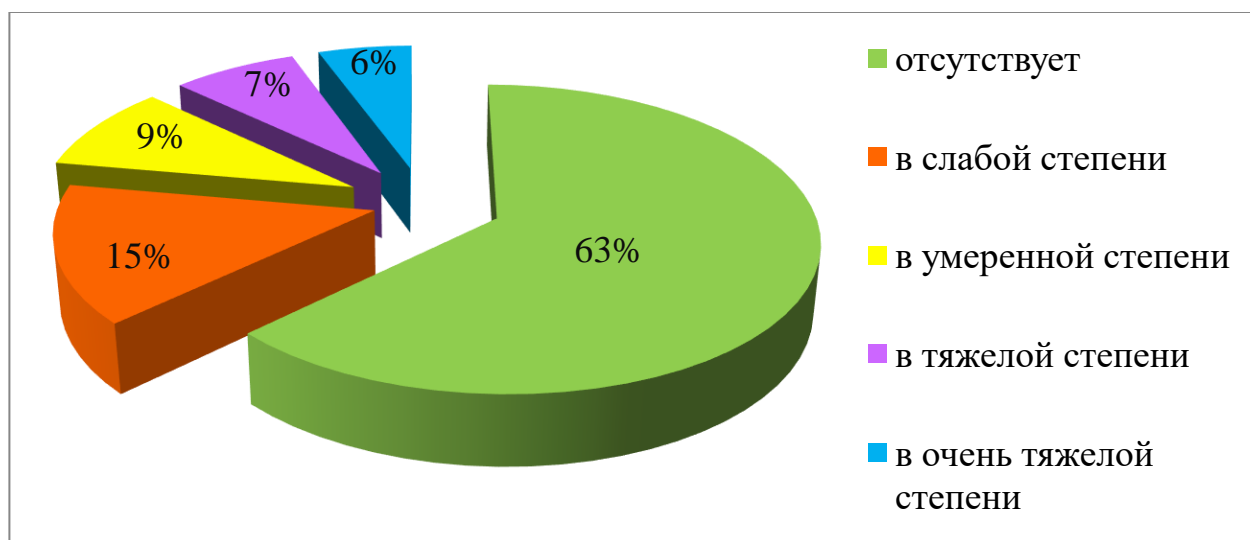


Рис. 7. Проявления снижения умственной работоспособности среди пациентов кардиологического отделения

На вопрос о депрессивном настроении, которое проявляется уединением, потерей интереса к любимым занятиям, подавленностью, 68% опрошенных ответили, что не отмечают у себя ничего из вышеперечисленного, у 26% бывает чувство подавленности, но в слабой степени, 6% опрошенных пациентов отмечают время от времени возникающую подавленность в умеренной степени, и никто из опрошенных пациентов не отметил данные симптомы в тяжелой и очень тяжелой степени. Таким образом, 32% опрошенных отмечают некоторые симптомы депрессивного настроения (Рис. 8).

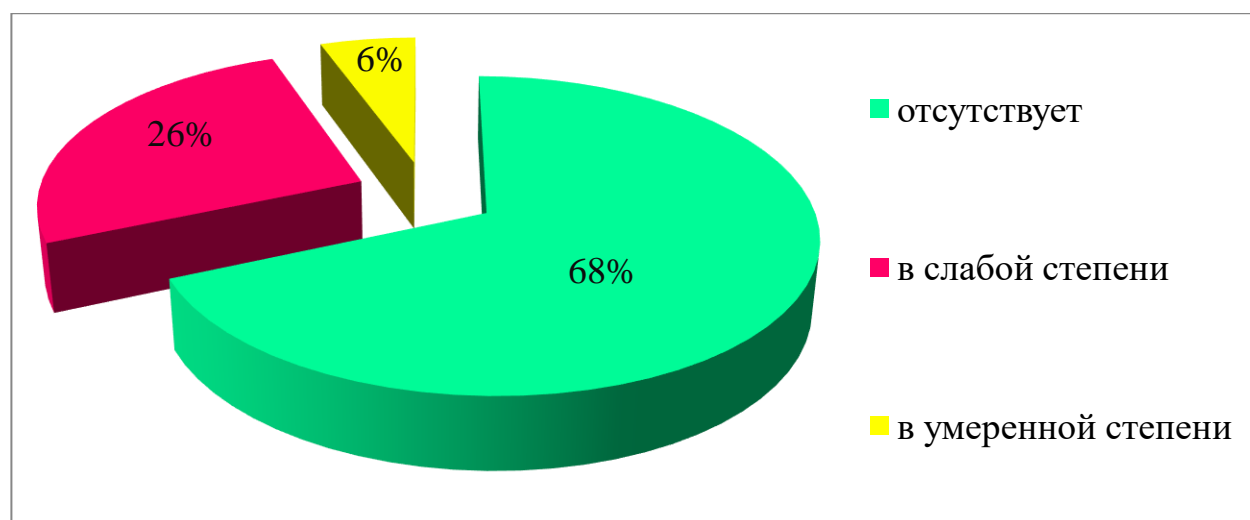


Рис. 8. Проявление депрессивного настроения в семьях студентов медицинского колледжа

На вопрос о наличии мышечных симптомов, таких как срывающийся голос, мышечное напряжение, подергивания отдельных мышц, а также «скрипение» зубами, большинство пациентов, что составило 56%, ответили, что не отмечают ничего из перечисленных симптомов. В слабой степени эти симптомы отмечают у себя 15%, в умеренной степени 13%, в тяжелой степени мышечные симптомы отмечают у себя 9% и в очень тяжелой степени 7% опрошенных. Таким образом, мышечные симптомы отмечают у себя 44% опрошенных (Рис. 9).

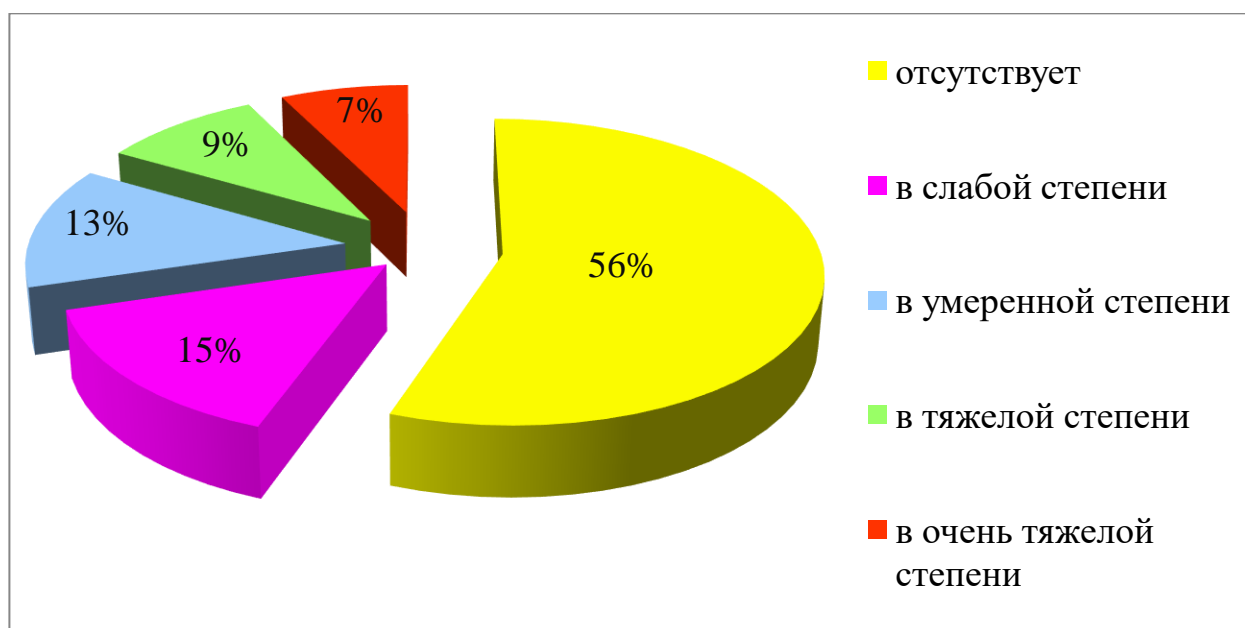


Рис. 9. Проявление мышечных симптомов

При оценке соматических симптомов, к которым относятся головокружение, слабость, озноб, приливы жара, ощущение покалывания, звон в ушах, снижение четкости зрения, было выявлено, что 26% опрошенных изредка отмечают у себя данные симптомы в слабой степени, 15% в умеренной, 11% отмечают у себя соматические симптомы в тяжелой степени, 9% головокружение и слабость беспокоят в очень тяжелой степени, и 39% опрошенных пациентов не испытывают ничего из вышеперечисленных симптомов.

Таким образом, большинство пациентов, что составило 61% испытывают соматические симптомы в той или иной степени (Рис. 10).



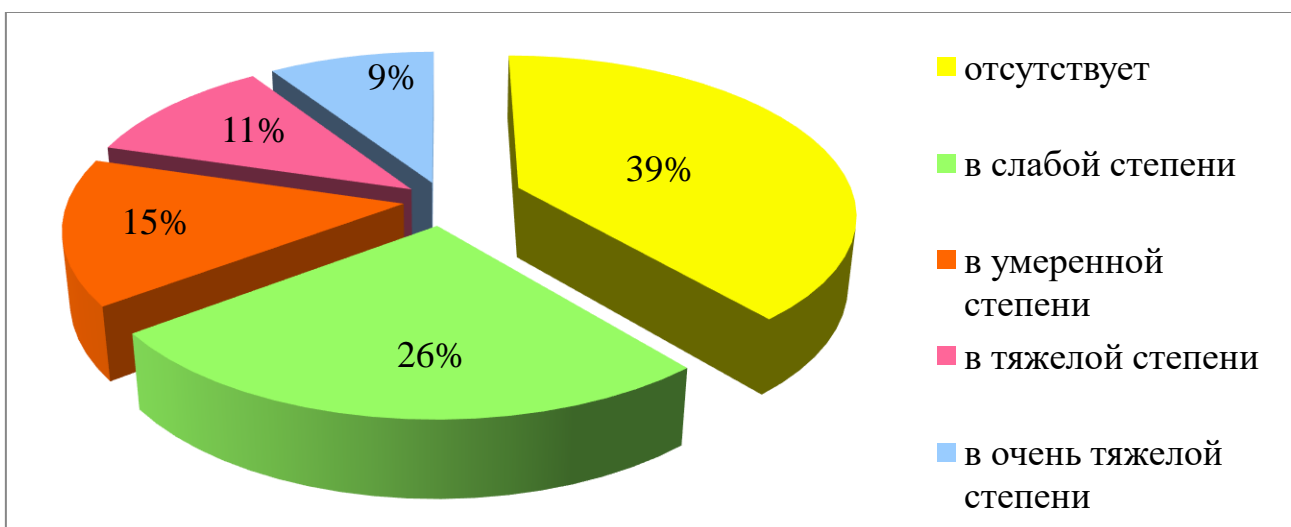


Рис. 10. Проявление соматических симптомов среди пациентов кардиологического отделения

На вопрос о наличии сердечно-сосудистых симптомов, таких как одышка, ощущение перебоев в работе сердца, отеки и боли в сердце, 18% опрошенных отметили у себя данные симптомы, но в слабой степени, большинство пациентов, что составило 43%, ответили, что сердечно-сосудистые симптомы отмечаются у них в умеренной степени, у 26% симптомы отмечаются в тяжелой степени и у 13% в очень тяжелой степени (Рис. 11).

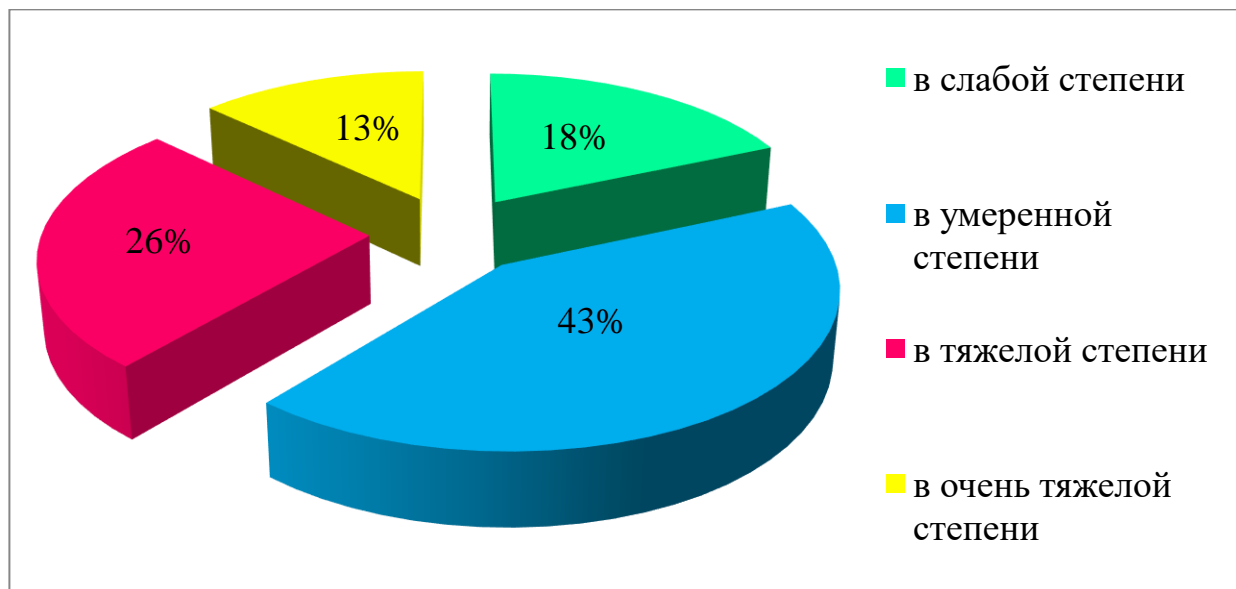


Рис. 11. Проявление сердечно - сосудистых симптомов среди пациентов кардиологического отделения

После опрашивания о респираторных симптомах, к которым относится затрудненное дыхание, ощущение нехватки воздуха, удушье, ощущение сжатия или сдавления в грудной клетке, выяснилось, что 57% опрошенных не испытывают ничего из вышперечисленного, 15% отмечают у себя данные симптомы, но редко и в слабой степени, 9% испытывают респираторные симптомы в умеренной степени, 11% в тяжелой и 8% в очень тяжелой.

Таким образом, 43% опрошенных отмечают у себя респираторные симптомы (Рис. 12).

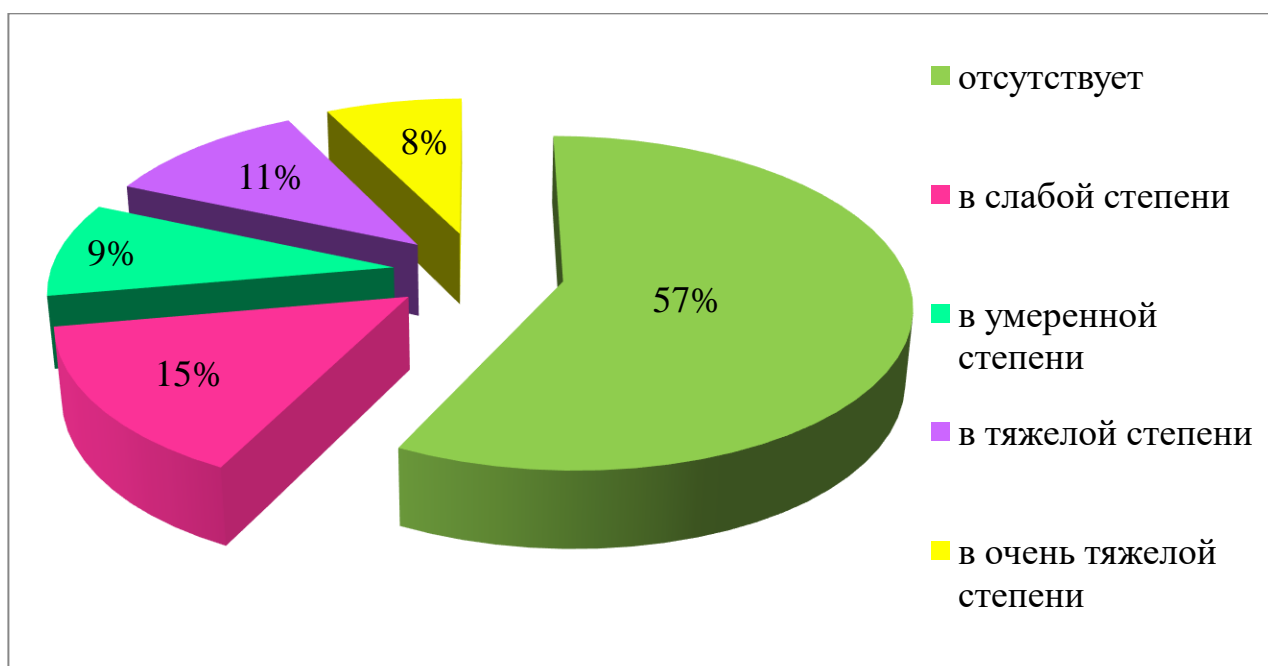


Рис. 12. Проявление респираторных симптомов среди пациентов кардиологического отделения

На вопрос о гастроинтестинальных симптомах, которые проявляются расстройствами стула, изжогой, чувством тошноты, потерей аппетита, выяснилось, что у 20% опрошенных данные симптомы отсутствуют, 24% отмечают их наличие, но в слабой степени, 30% опрошенных отмечают эти симптомы в умеренной степени, 17% в тяжелой степени и 9% в очень тяжелой степени. Таким образом, 80% опрошенных отмечают у себя гастроинтестинальные симптомы (Рис. 13).

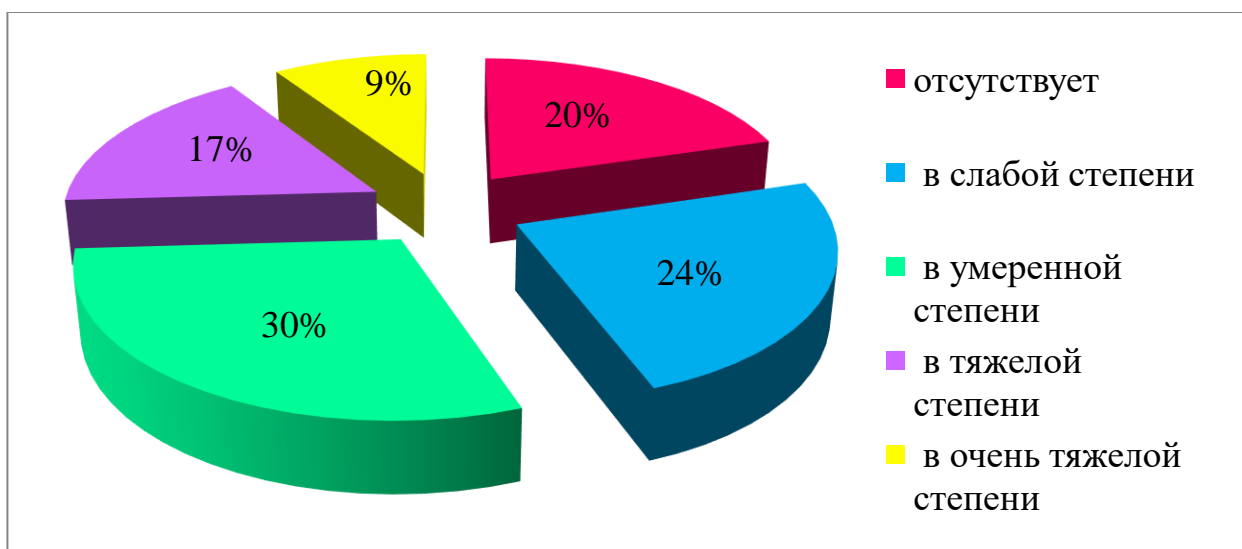


Рис. 13. Проявление гастроинтестинальных симптомов среди пациентов кардиологического отделения

После опрашивания о наличии мочеполовых симптомов, которые проявляются учащенным мочеиспусканием или ложными позывами к нему, болезненной менструацией, отсутствием или снижением полового влечения, большинство опрошенных, что составило 54%, ответили, что не имеют таких симптомов, 17% отметили их наличие у себя в слабой степени, 13% в умеренной, 11% в тяжелой и 5% в очень тяжелой степени. Таким образом, 46% опрошенных отмечают у себя наличие мочеполовых симптомов (Рис. 14).

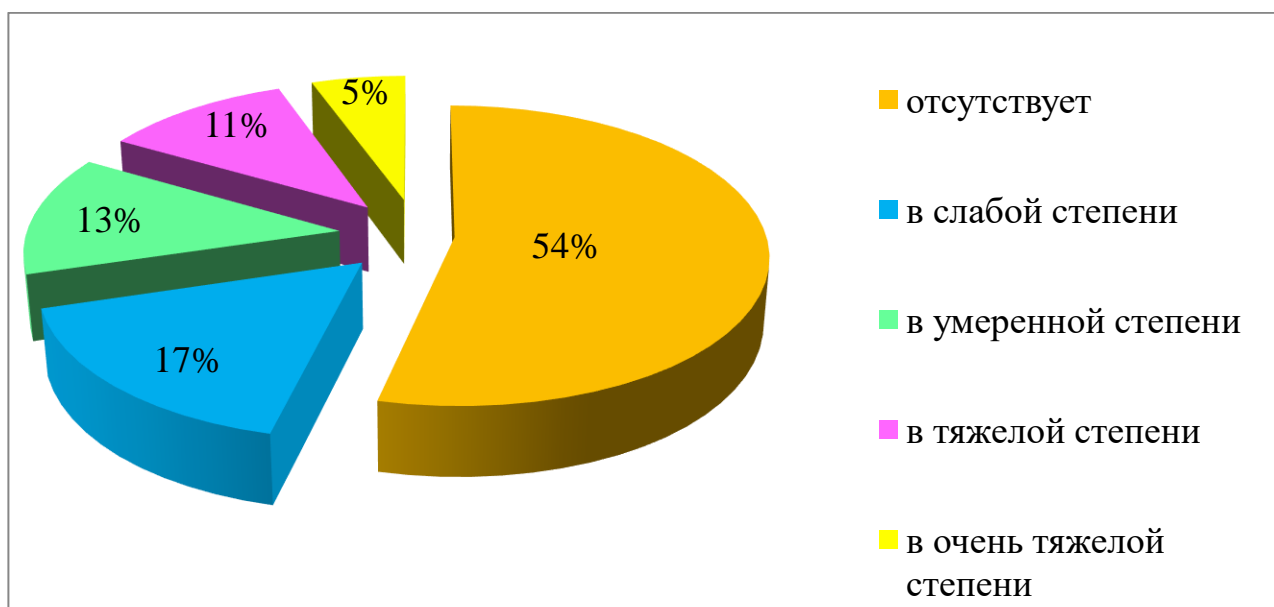


Рис. 14. Проявление мочеполовых симптомов среди пациентов кардиологического отделения

На вопрос о наличии вегетативных симптомов, которые проявляются ощущением сухости во рту, холодными конечностями, приливами жара или холода, головными болями, 26% опрошенных ответили, что не испытывают ничего из вышеперечисленного, 18% отметили у себя наличие данных симптомов, но в слабой степени, 28% в умеренной степени, 15% в тяжелой и 13% в очень тяжелой степени. Таким образом, 74% опрошенных ответили, что отмечают у себя наличие вегетативных симптомов (Рис. 15).

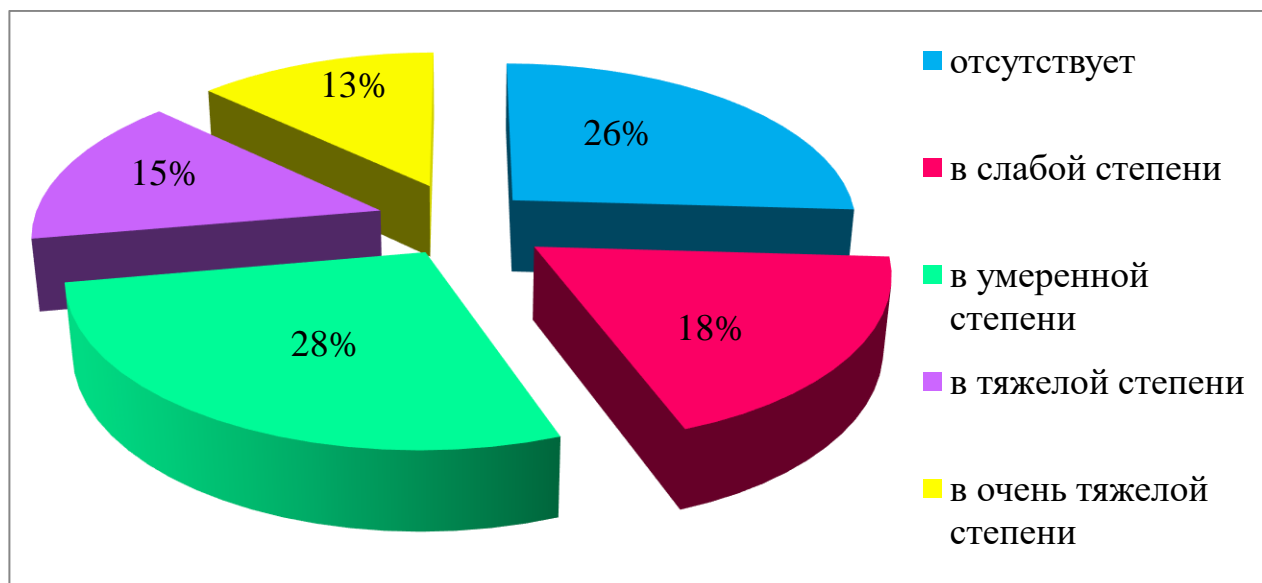


Рис. 15. Проявление вегетативных симптомов среди пациентов кардиологического отделения

На основании статистических данных проведен анализ тревожности. Всего было опрошено 54 пациента (Таблица 2).

Из 54 опрошенных, согласно нашему исследованию, выяснилось, 32 человека, что составило 59%, отметили у себя наличие каких-либо страхов (Рис. 16).

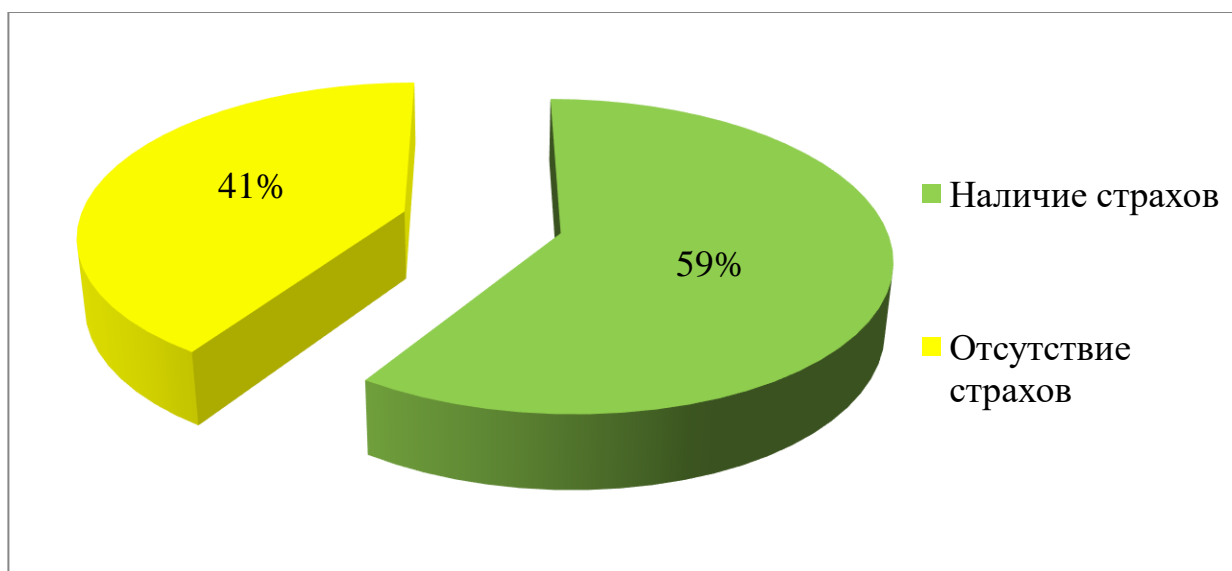


Рис. 16. Наличие страхов у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы

В связи с этим, был проведен второй опрос среди этих 32 пациентов, целью которого является выявить, какие страхи их беспокоят, имеется ли связь между развитием заболевания и появлением страха.

На вопрос о предмете страхов, 47% пациентов отметили у себя страх остановки сердца, на втором месте оказался страх крови, который составил 20%, страх одиночества отмечается у 13%, страх темноты у 12%, и у 8% опрошенных отмечается боязнь закрытых пространств (Рис. 17).

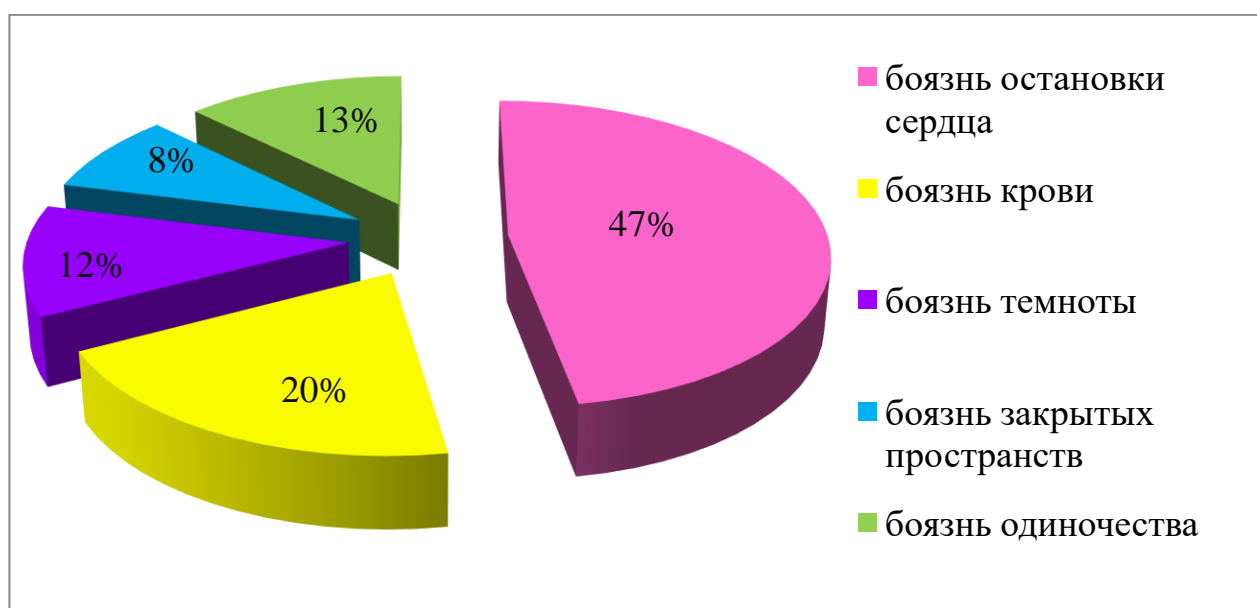


Рис. 17. Страхи, обнаруженные у пациентов кардиологического отделения

В ходе опроса выяснилось, что 25% опрошенных не имели страхов до развития заболевания, 34% отмечали у себя наличие каких-либо страхов до заболевания и 41% ответили, что с развитием болезни к уже имеющимся страхам присоединились новые. Таким образом, у 66% с развитием заболевания сердца появились какие-либо страхи (Рис. 18).

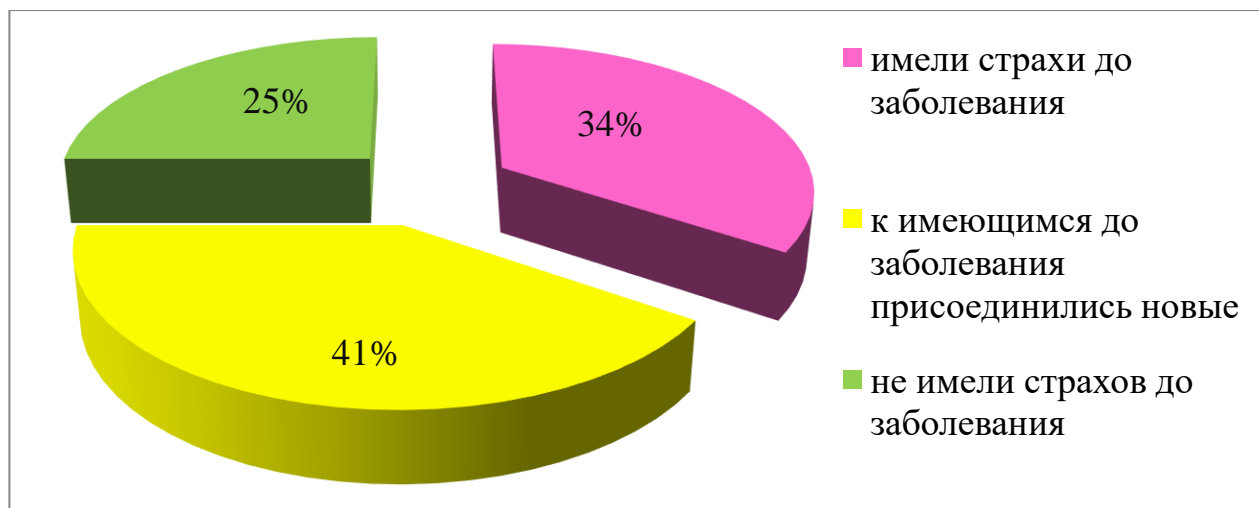


Рис. 18. Развитие страхов в процессе заболевания у респондентов

На вопрос о предмете новых страхов, появившихся после развития сердечно-сосудистого заболевания, большинство опрошенных пациентов, что составило 72% ответили, что боятся остановки сердца. На втором месте оказался страх одиночества, появление которого отметили у себя 19% опрошенных, и 9% ответили, что развитием болезни у них появился страх замкнутых пространств (Рис. 19).

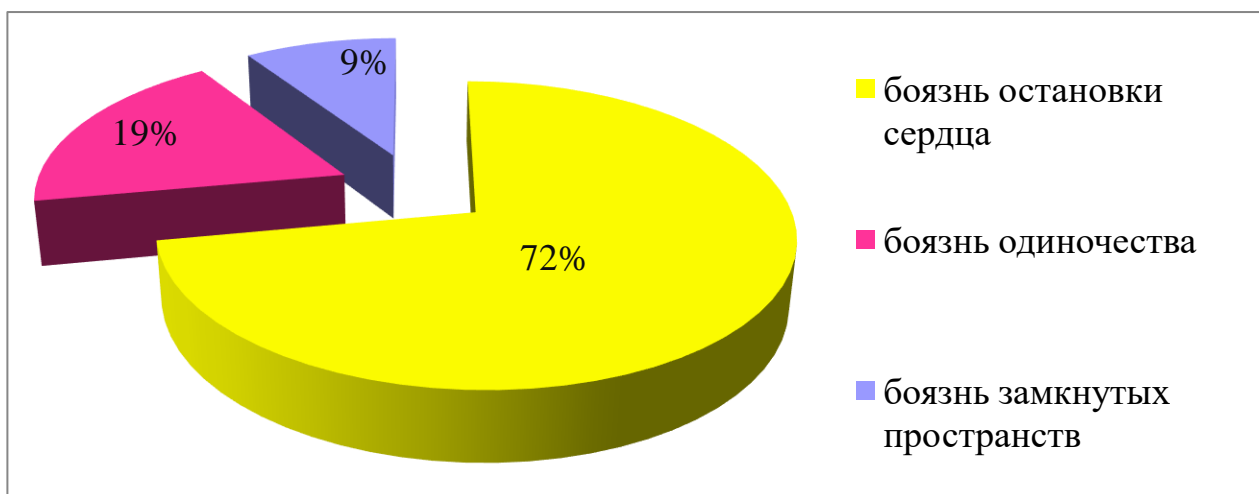


Рис. 19. Страхи, возникшие с развитием сердечно-сосудистого заболевания

В ходе опроса также выяснилось, что 63% опрошенных после беспокойства о своем здоровье отмечают значительное ухудшение самочувствия, 25% опрошенных ответили, что чувствуют себя хуже, но в умеренной степени и всего у 12% после беспокойства самочувствие незначительно ухудшается (Рис. 20).

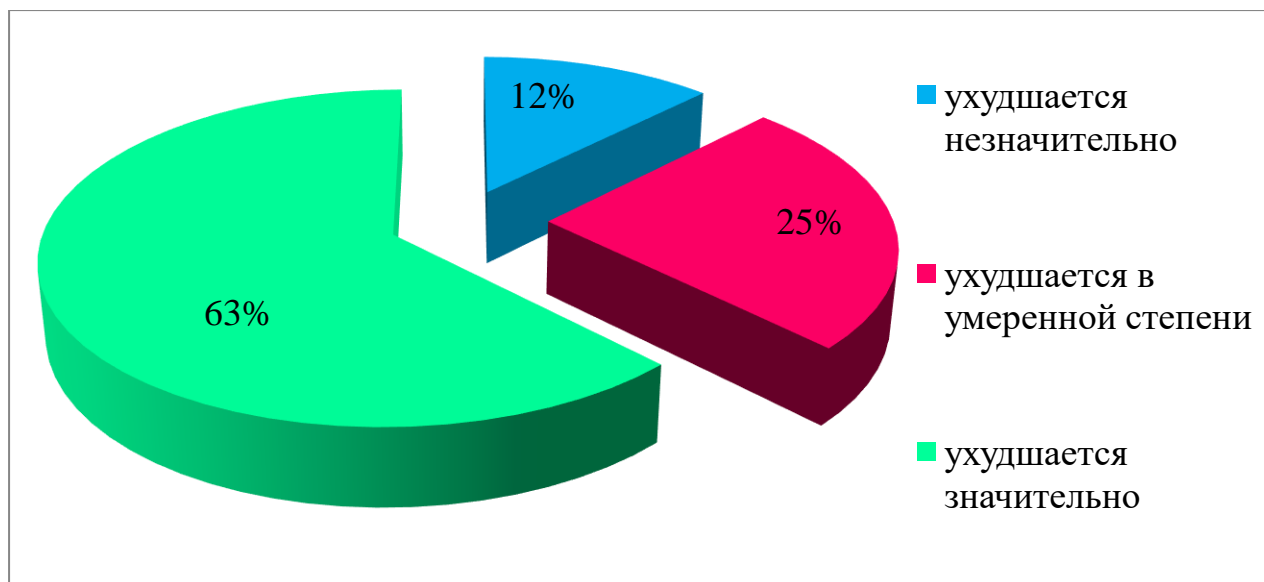


Рис. 20. Влияние беспокойства на самочувствие пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями

Таблица 2

Проявления тревожности среди пациентов кардиологического отделения

Отсутствие тревожного состояния	24	44%
Симптомы тревоги	30	56%

Проявление тревожности среди пациентов кардиологического отделения умеренно выражено: симптомы тревоги имеют 56% опрошенных, однако, тревожного или панического расстройства ни у одного пациента выявлено не было. Таким образом, общий итог, что большая часть, а именно 56% опрошенных испытывают проявления тревожности (Рис. 21).

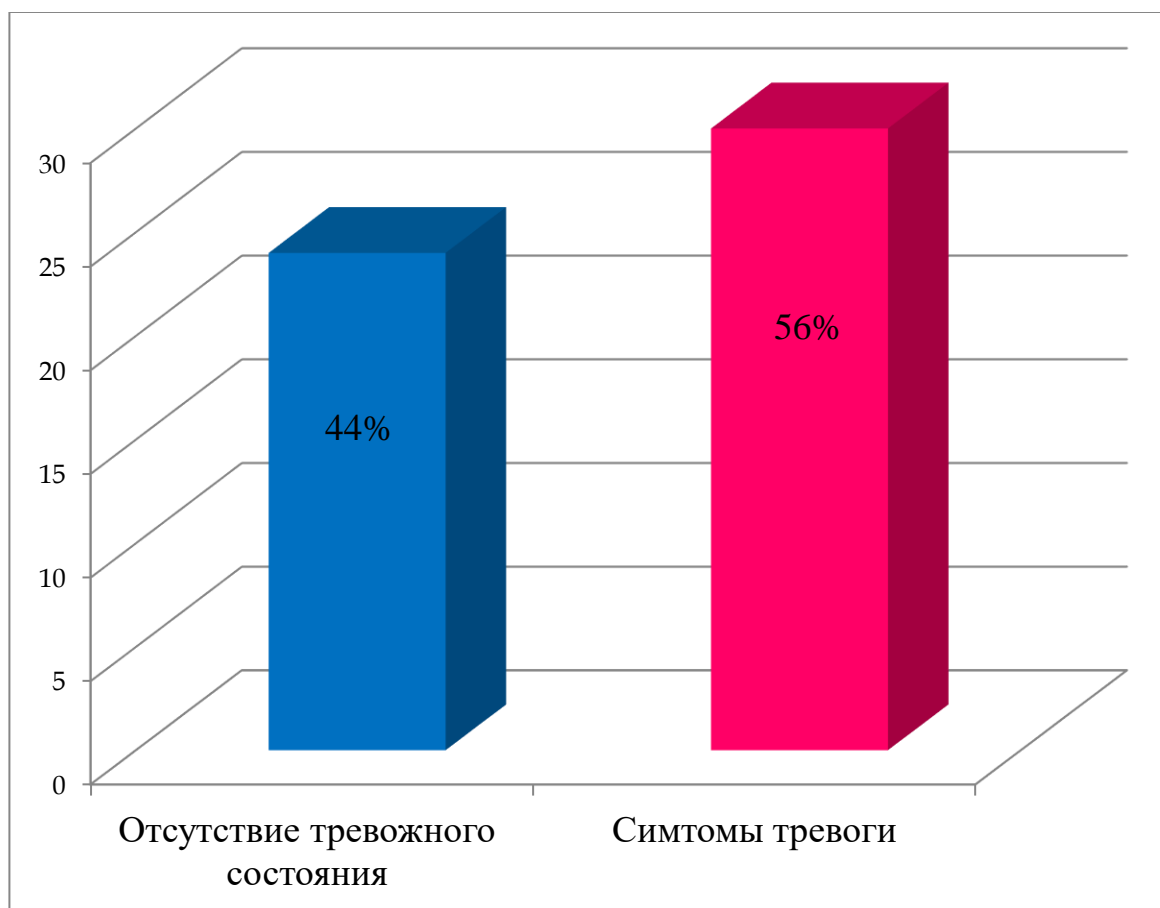


Рис. 21. Проявление тревожности среди пациентов кардиологического отделения

Таким образом, в ходе нашего исследования было выявлено, что у 56% пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы отмечаются симптомы тревоги. Наличие страхов, в той или иной степени, отметили у себя 59% опрошенных. С развитием заболевания сердечно-сосудистой системы 66% опрошенных отметили появление новых страхов, среди которых на первом месте оказался страх остановки сердца, на втором месте страх одиночества и на третьем боязнь замкнутых пространств.

Подводя итог вышесказанному, можно сделать вывод, что развитие заболеваний сердечно-сосудистой системы часто сопровождается повышением уровня тревожности и развитием страхов, которые усугубляют течение болезни.



### 2.3. Рекомендации медицинскому персоналу

Для качественного проведения профилактических мероприятий необходимо уметь грамотно беседовать с пациентами и его родственниками для этого нужно составить план беседы с пациентом, учитывая возможности его организма, рассказать о возможных последствиях заболевания сердечно-сосудистой системы и обучить пациента правильной профилактической работе.

Обязательно необходимо рекомендовать консультацию психолога пациенту и его родственникам, так как достоверно известно изменение психических процессов у пациентов с заболеваниями сердца, что подтвердило и наше исследование.

Рекомендовать проводить коррекционные упражнения по снижению тревожности и страхов (приложение 3).

В профилактическую работу необходимо включить дыхательную гимнастику, так как эти упражнения способствуют насыщению крови кислородом, что необходимо для нормального функционирования сердечно-сосудистой системы.

Крайне важны для нормальной работы сердца физические упражнения, не отягощающие работу сердца. К таким можно отнести пешие прогулки по вечерам, скандинавскую ходьбу, комплекс упражнений, назначенный лечащим доктором

Медицинский персонал, работающий с пациентами такого профиля необходимо обучать специализированной профилактической работе, в которую будут входить различные варианты дыхательной гимнастики и физических упражнений.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Заболевания сердечно–сосудистой системы продолжают оставаться одной из ведущих причин смертности населения. На течение заболевания влияют многие факторы, одним из главных факторов является психологическое состояние пациента. Повышенный уровень тревожности негативно сказывается на организме, влияя на течение заболевания и конечный прогноз.

Вместе с тем страхи, возникающие у пациентов, не только значительно ухудшают их повседневную жизнь, но и наравне с тревожностью негативно сказывается на функционировании организма и, как следствие, ухудшает состояние организма пациента.

В ходе нашего исследования было выявлено, что у 55% пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы отмечаются симптомы тревоги. Наличие страхов, в той или иной степени, отметили у себя 59% опрошенных. С развитием заболевания сердечно-сосудистой системы 66% опрошенных отметили появление новых страхов, среди которых на первом месте оказался страх остановки сердца, на втором месте страх одиночества и на третьем боязнь замкнутых пространств.

Подводя итог вышесказанному, можно сделать вывод, что развитие заболеваний сердечно-сосудистой системы часто сопровождается повышением уровня тревожности и развитием страхов, которые усугубляют течение болезни. Именно поэтому профилактическая работа фельдшера является актуальной в данном направлении.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Барсуков, А. В. Артериальная гипотензия. Актуальные вопросы диагностики, профилактики и лечения [Текст] / А.В. Барсуков, И.А. Васильева, А.М. Каримова. - М.: ЭЛБИ-СПб, 2016. - 144 с.
2. Беленков, Ю.Н. Хроническая сердечная недостаточность [Текст] / Ю.Н. Беленков, В.Ю. Мареев. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 371 с.
3. Бурлай, С.В. Образ жизни после инфаркта миокарда [Текст] / С.В. Бурлей, О.А. Говоруха. – Ростов н/Д : Феникс, 2016. – 208 с.
4. Гаранян, М. С. Частная патопсихология [Текст] / М. С. Гаранян, Н.В. Тарабрина. – М.: Академия, 2016. – 432 с.
5. Горбаченкова, А.А. Неотложная кардиологии [Текст] / А.А. Горбаченкова, Н.П. Потехин. М.: Феникс, 2015. – 128 с.
6. Грановская, Р. М. Элементы практической психологии [Текст] / Р.М. Грановская. – М.: Феникс, 2015. – 174 с.
7. Долабчян, З. Л. Инфаркт миокарда и электромеханическая активность сердца [Текст] / З.Л. Долабчян. - М.: Медицина, 2015. - 216 с.
8. Кроуфорд, М. А. Кардиология [Текст] / М. А. Кроуфорд, К. Шриватсон. - М.: Питер, 2016. - 256 с.
9. Мазур, Н. А. Практическая кардиология [Текст] / Н.А. Мазур. - М.: Медпрактика – М, 2017. - 680 с.
10. Органова, Р.Г. Артериальная гипертензия [Текст] / Р.Г. Органова. – Ростов н/Д : Феникс, 2015. – 384 с.
11. Островский, Р.В. Основы психологии учебное пособие [Текст] / Р.В. Островский. – М., 2016. – 387 с.
12. Полянцева, О. И. Психология для средних медицинских учреждений [Текст] : учебник / О. И. Полянцева. – Ростов н/Д : Феникс, 2014. - 431с.
13. Прихожан, А.М. Причины, профилактика и преодоление тревожности [Текст] / А.М. Прихожанин. – М.: Феникс, 2015. – 158 с.

14. Рубан, Э.Д. Терапия: лечение пациента терапевтического профиля [Текст] / Э. Д. Рубан. – Ростов н/Д : Феникс, 2015. – 667 с.
15. Руденко, А.М. Психология для медицинских колледжей [Текст] : учебное пособие / А.М. Руденко, С.И. Самыгин. – 3-е изд., доп. и перераб. – Ростов н/Д : Феникс, 2015. – 383 с.
16. Руженков, В. А. Основы общей психологии [Текст] : учебное пособие : для студентов медицинских факультетов / В. А. Руженков, А. В. Боева, И. А. Жучкова ; Белгородский гос. нац. исслед. ун-т - Белгород : Белгород, 2015. – 154с.
17. Сигал, А. М. Ритмы сердечной деятельности и их нарушения [Текст] / А.М. Сигал. - М.: Государственное издательство медицинской литературы, 2014. - 368 с.
18. Филимонова, Ю.К. Хроническая сердечная недостаточность [Текст] : учеб. Пособие / Ю.К. Филимонова. – Волгоград: ВолГМУ, 2015. – 37 с.
19. Холмогорова, А.Б. Клиническая психология [Текст] / А.Б. Холмогорова. – Москва : Академия, 2016. – 432 с.
20. Якушкин, С.С. Инфаркт миокарда [Текст] / С.С. Якушкин, Н.Н. Никулина, С.В. Селезнев – 2-е изд., доп. и перераб. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 240 с.

## **ПРИЛОЖЕНИЯ**

**Таблица сводных данных по Шкале Гамильтона пациентов  
кардиологического отделения**

№	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	Итог
1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	2	1	0	6
2	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	1	0	1	5
3	2	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	6
4	0	1	2	0	1	0	0	1	2	0	0	0	2	9
5	1	0	0	1	0	1	1	3	3	0	1	1	3	15
6	0	0	0	1	0	0	2	0	0	2	0	0	0	5
7	1	0	2	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	6
8	0	0	1	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	5
9	3	2	2	1	0	1	0	0	1	0	1	1	3	15
10	3	3	2	3	1	4	3	2	1	2	0	0	2	17
11	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	6
12	3	3	4	1	0	2	2	1	2	0	0	1	3	18
13	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2	1	6
14	2	2	2	1	1	1	0	0	2	0	1	0	0	12
15	0	2	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	5
16	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1	0	6
17	4	2	3	1	0	1	1	3	2	3	2	2	2	24
18	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	5
19	2	2	1	1	0	2	1	2	3	1	1	2	2	19
20	3	3	3	2	0	1	0	0	0	2	1	0	0	15
21	0	1	1	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0	6
22	2	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	8
23	3	2	2	1	0	1	0	1	2	1	1	1	1	16
24	0	0	0	1	1	0	0	2	1	1	0	0	0	6
25	4	3	4	2	1	1	1	2	4	1	3	1	2	16

26	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2	1	0	6
27	4	3	2	0	1	1	0	0	0	2	3	0	1	16
28	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	6
29	3	4	3	2	0	2	1	1	3	1	0	3	3	14
30	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	3	6
31	1	0	1	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	6
32	0	0	0	0	1	0	1	0	2	1	0	1	0	6
33	3	3	3	2	0	1	0	0	0	2	1	0	0	15
34	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	6
35	4	2	3	1	0	1	2	0	2	0	3	0	1	19
36	1	2	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	5
37	0	1	0	1	0	0	0	0	0	4	0	0	0	10
38	1	2	0	1	1	1	0	3	2	1	3	0	3	18
39	0	0	0	2	1	0	0	2	0	0	0	0	1	6
40	1	1	2	0	1	0	2	1	1	0	2	0	2	13
41	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	2	0	5
42	0	1	0	1	1	2	1	1	0	0	4	0	1	12
43	0	1	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	1	5
44	4	3	4	4	1	3	2	1	2	1	4	0	1	16
45	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	6
46	0	2	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	0	6
47	1	0	0	3	0	1	0	0	1	2	2	0	1	11
48	1	0	0	2	0	0	0	0	0	1	2	0	0	6
49	0	1	3	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	6
50	3	2	2	0	1	0	0	0	1	2	0	0	1	12
51	0	0	0	1	2	0	0	0	1	1	0	0	1	6
52	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	2	0	1	10
53	1	0	1	1	0	2	0	0	1	0	0	0	0	6
54	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	6

**Тест «Шкала Гамильтона»**

Для исследования тревожности применялся тест «Шкала Гамильтона». Целью тестирования является выявление и оценка уровня тревожности у пациентов, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями. Результаты исследования используются в обобщенном виде, имена пациентов, принявших участие, не раскрываются, обеспечивая сохранение медицинской тайны.

Подсчет результатов осуществляется по следующему принципу:

Отсутствие симптомов - 0 баллов;

Симптомы имеются, но в слабой степени - 1 балл;

Наличие симптомов в умеренной степени - 2 балла;

Наличие симптомов в тяжелой степени - 3 балла;

Наличие симптомов в очень тяжелой степени оценивается в 4 балла.

**1. ТРЕВОЖНОЕ НАСТРОЕНИЕ:**

плохие предчувствия, грусть, беспокойство, раздражительность, пессимизм, упадок сил.

Отсутствует	В слабой степени	В умеренной степени	В тяжелой степени	В очень тяжелой степени

**2. НАПРЯЖЕНИЕ:**

волнение, злоба, постоянно накапливающиеся переживания, повышенная плаксивость, преобладание негативно окрашенных эмоций.

Отсутствует	В слабой степени	В умеренной степени	В тяжелой степени	В очень тяжелой степени



### 3. СТРАХИ:

ощущение беспомощности и потери контроля над ситуацией, суебливость; страх крови, темноты, животных, одиночества, смерти и т.д.

Отсутствует	В слабой степени	В умеренной степени	В тяжелой степени	В очень тяжелой степени

### 4. НАРУШЕНИЯ СНА:

длительное засыпание, поверхностный тревожный сон, частые пробуждения, невозможность заснуть, сонливость без физической усталости, отсутствие энергии после сна, ночные кошмары.

Отсутствует	В слабой степени	В умеренной степени	В тяжелой степени	В очень тяжелой степени

### 5. СНИЖЕНИЕ УМСТВЕННОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ:

рассеянность, недоведение начатого дела до конца, затруднение запоминания, отвлекаемость, частые забывания.

Отсутствует	В слабой степени	В умеренной степени	В тяжелой степени	В очень тяжелой степени

### 6. ДЕПРЕССИВНОЕ НАСТРОЕНИЕ:

отсутствие радости, потеря интереса к любимым занятиям, уединение, нехватка сил на выполнение повседневных дел, подавленность.

Отсутствует	В слабой степени	В умеренной степени	В тяжелой степени	В очень тяжелой степени
-------------	------------------	---------------------	-------------------	-------------------------

	степени	степени	степени	тяжелой степени

### 7. СОМАТИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ (МЫШЕЧНЫЕ):

невозможность полноценно расслабить мышцы, боли, непроизвольное подергивание мышц, зубной скрежет, срывающийся голос.

Отсутствует	В слабой степени	В умеренной степени	В тяжелой степени	В очень тяжелой степени

### 8. СОМАТИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ (СЕНСОРНЫЕ):

головокружение, слабость, озноб или приливы жара, звон в ушах, снижение четкости зрения.

Отсутствует	В слабой степени	В умеренной степени	В тяжелой степени	В очень тяжелой степени

### 9. СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ СИМПТОМЫ:

учащенное сердцебиение, боли и неприятные ощущения в области сердца, одышка, повышенное артериальное давление, ощущение перебоев в работе сердца, отеки.

Отсутствует	В слабой степени	В умеренной степени	В тяжелой степени	В очень тяжелой степени

#### 10. РЕСПИРАТОРНЫЕ СИМПТОМЫ:

затрудненное дыхание, ощущение нехватки воздуха, удушье, ощущение сжатия или сдавления в грудной клетке.

Отсутствует	В слабой степени	В умеренной степени	В тяжелой степени	В очень тяжелой степени

#### 11. ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ:

расстройство стула: диарея, запоры; чувство тошноты, рвота, частая икота, изжога, снижение или полная потеря аппетита, урчание и ощущение вздутия в животе.

Отсутствует	В слабой степени	В умеренной степени	В тяжелой степени	В очень тяжелой степени

#### 12. МОЧЕПОЛОВЫЕ СИМПТОМЫ:

частое мочеиспускание или ложные позывы к нему, болезненная менструация, преждевременная эякуляция, отсутствие или снижение полового влечения, фригидность.

Отсутствует	В слабой степени	В умеренной степени	В тяжелой степени	В очень тяжелой степени

#### 13. ВЕГЕТАТИВНЫЕ СИМПТОМЫ:

холодные руки или ноги, ощущение сухости во рту, усиленное потоотделение, приливы жара или холода, сильные головные боли.

Отсутствует	В слабой степени	В умеренной степени	В тяжелой степени	В очень тяжелой степени

### Способы снижения тревожности

Сердечно сосудистая патология, заболевание, протекающее с периодически наступающими приступами, боли и страха. Кроме того это состояние почти всегда связано с повышенной тревожностью. Улучшения состояния наступает при совмещении лекарственной терапии и лечебной физкультуры. Одним из основных методов лечебной физкультуры, является дыхательная гимнастика.

Занятие желательно проводить два раза в день.

1. Как только пациент проснулся можно согнуть ноги в коленных суставах и постараться подтянуть их к грудной клетке, при этом осуществляя продолжительный выдох через рот. Продолжать до легкого чувства усталости. Это упражнение помогает выводить мокроту из бронхов.

2. Попросить пациента резко вздохнуть носом, досчитаем до трех и сделать выдох ртом, произнося при этом звук «з» или «ш».

3. Закрывать правую ноздрю и вдыхаем ртом, затем выдыхаем через левую половину носа. Меняем ноздрю и проводим то же самое несколько раз.

4. Делаем вдох через нос, выдыхаем не торопясь ртом, губы при этом нужно сделать в виде трубочки.

5. Ежедневно надувать несколько обычных воздушных шариков. Эта методика широко применяется даже для лежачих больных.

6. Сидя за столом, поставить перед пациентом стакан с водой и взять трубочку для напитков. Делать вдох через трубочку, а выдыхать в стакан с водой.

#### Дыхательные упражнения

1. Руки расположить на талии, во время вдоха постараться надуть живот, чтобы он стал похож на шарик, сделать резкий выдох и втянуть живот.

2. «Дровосек». Встать на носочки, руки замкнуты в ладонях и подняты над головой. На счет раз меняем положение с носочков на стопы и наклоняемся

вперед, имитируя движение руками как при рубке дров. В этот момент происходит резкий выдох. На счет два возвращаем руки.

3. В положении стоя, руки расположить в нижней части грудной клетки и немного сдавить ее. На медленном выдохе издавать следующие звуки: «ррр», «пфф», «брррох», «дррох», «бррх».

4. Стоя, руки опущены вниз. Медленно на вдохе поднимаем плечи и медленно опускаем на выдохе и произносим звук «кха».

Положительный эффект достигается лишь при регулярном и качественном выполнении.

Помимо дыхательной гимнастики с тревожностью можно бороться и психологическими методами, такими как: прогрессирующая релаксация мышц. Релаксация достигается путем напряжения и последующего расслабления различных групп мышц тела.

Лицо – попросите пациента наморщить нос и лоб, будто он нюхает что-то неприятное, а затем расслабить лицо. Повторить три раза.

Челюсти – попросите пациента плотно сжать челюсти, будто он собака, которая висит на кости, а затем отпустить воображаемую кость и полностью разомкнуть челюсти. Повторить три раза.

Руки и плечи – попросите больного вытянуть руки перед собой, затем поднять их над головой и потянуться как можно выше. После этого пусть ребенок опустит вниз и расслабит руки. Повторить три раза.

Кисти рук – пусть человек представит, будто он изо всех сил сжимает апельсин одной рукой, а затем бросает его на пол и расслабляет кисть и руку. Повторить три раза, а затем выполнить упражнение другой рукой.

Живот – пусть больной ляжет на спину и всего на мгновение максимально напряжет мышцы живота. Затем пусть расслабит живот. Повторить три раза, а затем выполнить это же упражнение стоя.

Ноги и ступни – попросите пациента стоя вдавить пальцы ног в пол, будто он проделывает это с песком на пляже. Пусть поочередно вдавливают

каждый палец в пол и расставит их настолько, чтобы чувствовать напряжение в ногах, а затем расслабит. Повторить три раза.

Выполняя эти упражнения, попросите больного наблюдать, как хорошо чувствует себя тело, когда он расслабляет каждую его часть. Цель выполнения этих упражнений заключается в том, чтобы достичь полного расслабления мышц тела.

#### Релаксация.

Эта техника использует воображение, чтобы замедлить мозговую деятельность и избавиться от негативных мыслей и тревог. Этот метод особенно эффективен после выполнения прогрессирующей релаксации мышц и позволяет сначала расслабить мышцы, а затем успокоить ум. Представление при помощи силы воображения прекрасного, спокойного места – это один из видов визуализации для снижения уровня стресса, доступный почти любому человеку. Также может быть полезна цветовая визуализация, ей легко обучить пациента. Попросите его представить в воображении любимый цвет, который заставляет его чувствовать себя спокойно и безопасно. Пусть он представит, что «вдыхает» этот цвет в себя и распространяет его по всему телу вместе с выдохом. Вместо цвета можно использовать успокаивающий звук, особенный аромат или чувство тепла или света.