ВЛИЯНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Гришина Е.И., Дмитриева Е.В., Лясковец Е.Ю., Недорезова Н.С.

ГОУ ВПО АГМА «Росздрава», КБ №2 ФГУ ЮО МЦ ФМБА России

В РФ более 40 млн больных страдают артериальной гипертензией (АГ), что приводит к риску развития сердечно-сосудистых катастроф. Одной из основных проблем профилактики осложнений АГ выступает низкая приверженность к лечению.

Целью исследования явилась количественная оценка критериев приверженности к лечению пациентов с артериальной гипертензией.

Материалы и методы

Обследовано 28 человек с АГ (10 м. и 13 ж.), средний возраст 49,5±2,2 года, со средней длительностью АГ 7,2±5 лет, находящихся на лечении в кардиологическом отделении. В 30% случаев имела место артериальная гипертензия 1-й степени по классификации ВНОК (2004), что составило 1-ю группу; в 70% случаев — 2-я степень АГ, что соответствовало 2-й группе.

Для количественной оценки приверженности к лечению использовали методику, Давыдова С.В. (2000). Статистическая обработка проводилась с помощью ППП Statistica 6.

Результаты и обсуждение

Результаты исследования обнаружили, что пациенты с АГ 1 степени демонстрируют «чрезмерно отрицательный комплайнс», тогда как среди пациентов с АГ 2 степени достоверно чаще ($p<0,05$) встречался «чрезмерно положительный комплайнс».

Учитывая мультифакторность комплайнса, выявили его наиболее значимые составляющие. Так, снижению приверженности к лечению в 1-й группе способствовали низкая результативность терапии, отсутствие доверия терапевтической стратегии лечащего врача, неудобный режим назначенной терапии, низкая медико-социальная информированность, не готовность оплачивать лечение. Напротив, во 2-й группе те же факторы оказывали позитивное влияние на формирование приверженности (удовлетворенность результативностью терапии, доверие к терапевтической тактике врача, удовлетворенность кратностью приема лекарств, высокая информированность, готовность оплачивать лечение).

Таким образом, можно предположить, что «чрезмерно отрицательный комплайнс» обусловлен бессимптомным течением, характерным для АГ 1 степени. Выявление «мишеней» низкого комплайнса позволит целенаправленно проводить их психотерапевтическую коррекцию, формируя у пациентов высокую комплаентность, как устойчивую доминанту, что способно профилактировать осложнения, инвалидизацию и эффективно снижать уровень демографических потерь.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ВОСПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Жизневская И.И., Богомазов А.Д., Дедков А.А.

Курский государственный медицинский университет, Курск

Традиционно, воспитание рассматривается как процесс формирования гражданских, правовых, психологических и физических качеств, обучение стереотипам поведения, в соответствии с предъявляемыми обществом обычаями и требованиями. Проблема воспитания студентов в медицинских вузах на сегодняшний день сохраняет свою актуальность.

Безусловно, главным направлением воспитательной работы в вузе является профессиональное воспитание через профессию. В случае медицинского образования огромная роль принадлежит профилирующим медицинским кафедрам, которые непосредственно осуществляют профессиональную социализацию. Традиционно в нашем обществе в практике подготовки врача и медицинского работника сочетались образование и воспитание. Так, например, обучение и воспитание будущего врача у постели больного считалось великим благом еще и по причине нравственного звучания данной профессии. В этой связи трудно переоценить важность производственной практики для студента медицинского вуза. Таким образом, эта традиция соблюдается и сейчас, но современное общество предъявляет к врачу более широкие требования. Но сегодня для любого профессионального образования только прагматический подход узок.

Сегодняшний студент выполняет в обществе множество социальных ролей, интегрируясь в различные сферы общественной жизни. Поэтому необходимо формирование мировоззренческих, гражданских основ личности, учитывая также традиционно активную роль медиков в социальной сфере.

Все эти требования могут успешно реализовываться не только через профессиональное обучение и воспитание, но и через широкий воспитательный процесс, проводимый во внеучебное время. Внеучебная воспитательная работа со студентами является важнейшей составляющей качества подготовки специалистов и проводится с целью формирования у каждого студента сознательной гражданской позиции, стремления к сохранению и приумножению нравственных, культурных и общечеловеческих ценностей, а также выработке навыков конструктивного поведения в новых экономических условиях.

Профессиональное становление врача возможно в том случае, если в медицинском вузе реализуется воспитательная система, которая создает условия для развития не только профессиональной компетентности врача, но и духовно-нравственного и культурного развития личности, а также гражданского становления.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СИНДРОМА ВЫГОРАНИЯ

Костина Л.А., Великанова Л.П., Гуреева Л.П.

ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия Росздрава»

Психологические исследования стресса, связанного с производственными и социальными условиями в тех или иных сферах деятельности человека, проводятся учеными многих стран в течение нескольких десятилетий [1-3, 7, 9-11, 14].

Одним из проявлений хронического эмоционального стресса является синдром эмоционального выгорания. Концепция синдрома выгорания вызвала большой интерес, обусловленный чрезвычайной актуальностью проблемы для специалистов альтруистических и коммуникативных профессий [15, 12], доминирующим содержанием которых является забота о людях (социальные работники, врачи, медицинские сестры, учителя и др.).

Термин «синдром выгорания сотрудников» («staff burn-out syndrome») в 1974 году впервые применил американский психиатр H.J. Freundenberger для описания психологического состояния здоровых людей, находящихся в интенсивном и тесном общении с клиентами, пациентами в эмоционально нагруженной атмосфере при оказании профессиональной помощи — у волонтеров служб психического здоровья

В настоящее время «синдром выгорания» признан проблемой, требующей медицинского вмешательства и внесен в Лексиконы психиатрии ВОЗ [5]. Входит в рубрику Z73 Международной классификации болезней — «Проблемы, связанные с трудностями поддержания нормального образа жизни» [3, 6].

В отношении причин развития синдрома выгорания нет единого мнения.

С точки зрения психологии эмоциональное выгорание — это выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного выключения эмоций в ответ на определённые психотравмирующие воздействия. Это приобретенный стереотип эмоционального, чаще всего профессионального, поведения который позволяет человеку дозировать и экономно расходовать энергетические ресурсы.

Согласно другим представлениям синдром выгорания расценивается как стресс, реакция в ответ на безжалостные производственные требования, происходящие от излишней преданности человека своей работе с сопутствующим этому пренебрежением семейной жизнью или отдыхом [7, 10], как следствие производственных стрессов, как процесс дезадаптации к рабочему месту или профессиональным обязанностям [3].

С позиций теории стресса Г. Селье, согласно которой реакция на стресс имеет трёхстадийную динамику (тревоги, резистентности и истощения), синдром выгорания характерен для третьей стадии — стадии истощения, реализующейся в соматических, психологических дисфункциях [14], личностных деструкциях. Существует мнение, что в ходе развития «выгорания» наблюдаются все три фазы стресса: фаза напряжения, фаза резистенции, или сопротивления, фаза истощения [1, 8, 10].

В представлениях о клинических проявлениях синдрома выгорания также нет единства. Наиболее широкую известность получили три модели «психического выгорания». Одна