

4. В соревновательной деятельности использовать эфирные масла в соответствии с индивидуальными предпочтениями, текущим психоэмоциональным состоянием и мышечными ощущениями (повышенный или пониженный тонус и т.д.) исходя из времени развертывания эффекта – за 5–15 минут до старта. В случае необходимости предварить разминку экспозицией эфирных масел.

Планируемые исследования позволят выполнить дальнейшую конкретизацию, направленную на учет техники бега, необходимости коррекции конкретных компонентов соревновательной деятельности. Это позволит осуществить построение технологической схемы применения эфирных масел в тренировочном и соревновательном процессе бегунов-спринтеров.

ОЖИДАНИЯ ОТ ОБЩЕНИЯ С ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ ПАЦИЕНТОК КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ НА СТАЦИОНАРНОМ И АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПАХ

Строкова Е.В., Наумова Е.А., Шварц Ю.Г.

*ГОУ ВПО «СГМУ им. В.И. Разумовского
Минздравоохранения России», Саратов,
e-mail: Lenagrish@mail.ru*

Цель: проанализировать особенности взаимодействия в системе «врач-пациент» с позиции пациенток кардиологического профиля с разной тяжестью заболевания.

Материалы и методы. В 1-ю группу вошли 30 женщин, перенесшие инфаркт миокарда или нестабильную стенокардию, 2-ю группу составили 30 амбулаторных пациенток с эссенциальной артериальной гипертензией. У пациенток выяснялось, какого рода помощь они ожидают от лечащего врача (информационную, эмоциональную, непосредственно профессиональную); решает ли врач вопрос соблюдения рекомендаций за счет прогнозирования неблагоприятных исходов в случае несоблюдения этих рекомендаций; выясняет ли врач причину несоблюдения рекомендаций. У пациенток также спрашивалось, какие еще моменты общения с врачом они считают целесообразными.

Результаты. Пациентки 1-й и 2-й группы были сопоставимы по возрасту, уровню образования, семейному положению. Практически половина опрошенных женщин в 1-й – 46,7% (14) желали бы получать от лечащего врача комплексную помощь, включающую как непосредственно профессиональную, так и эмоциональную и информационную поддержку. Во 2-й группе пациентки достоверно чаще предпочитали какой-то определенный вид помощи, и в 63,4% (19) случаев это была непосредственно профессиональная помощь. При этом, 63,5% (19) пациенток 1-й группы считают целесообразным в рамках профессиональной

деятельности врача проведение с пациентом дополнительных бесед и разъяснений касательно их состояний, желательно с использованием наглядных пособий, развернутых рекомендаций при выписке, что сопоставимо с пациентками 2-й группы. Врачи, со слов пациенток, «мотивировали» их к тщательному соблюдению рекомендаций путем прогнозирования неблагоприятных исходов в случае их несоблюдения, что субъективно воспринималось пациентками болезненно, как «запугивания» приблизительно с одинаковой частотой в группах (6,6 и 10,2% соответственно). При ответе на вопрос, интересовался ли врач, почему пациент не соблюдал те/иные его рекомендации, 44,8% (13) пациенток из 1-й группы сказали, что такого не было, поскольку они соблюдают абсолютно все рекомендации, во 2-й группе такой ответ встречался достоверно реже (44,8% (13) и 18,2% (6) соответственно, $p = 0,1$).

Выводы. Вне зависимости от тяжести кардиологического заболевания пациенткам с данной патологией недостаточно в общении с лечащим врачом информационной и эмоциональной поддержки.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ ВРАЧЕЙ-КАРДИОЛОГОВ

Строкова Е.В.

*ГОУ ВПО «СГМУ им. В.И. Разумовского
Минздравоохранения России», Саратов,
e-mail: Lenagrish@mail.ru*

Цель: выявить факторы, влияющие на степень выраженности синдрома эмоционального выгорания у врачей-кардиологов.

Методы исследования. В исследование включались врачи кардиологических отделений г. Саратова, согласившиеся заполнить тесты-опросники. Участникам исследования предлагалась анкета, включающая вопросы о возрасте респондента, стаже работы по профессии, а также методика диагностики уровня эмпатических (способность к сопереживанию) способностей В.В. Бойко, опросник выявления эмоционального выгорания МВИ (Маслач К., Джексон С.). Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программы Statistica 8.0.

Результаты. В исследовании согласились принять участие 40 врачей, пригодными для интерпретации оказались 35 анкет. Мужчины составили 25,7% (9 человек) выборки, женщины – 74,3% (26) соответственно. Возраст исследуемых колебался от 24 до 78 лет, составив в среднем 36,6 лет. 74,3% (26 человек) врачей имеют стаж работы в стационаре более 5 лет. Полностью удовлетворены своей работой 40% (14) опрошенных. Все опрошенные показали средний уровень эмоционального выгорания. Однако в синдроме эмоционального выгорания

составляющие его симптомы (эмоциональное истощение, деперсонализация, редукция личностных достижений) представлены неодинаково. Низкий уровень эмоционального истощения выявлялся лишь у 11,4% (4), высокий – у 1 респондента, низкий уровень деперсонализации имели 16 (45,7%) врачей, остальные – средний уровень, высокая редукция личностных достижений обнаружена у 40% (14) опрошенных. Средний и высокий уровень эмоционального истощения достоверно чаще встречался у врачей со стажем работы менее 5 лет ($p = 0,08$).

У кардиологов с низким эмоциональным истощением реже развит эмоциональный канал эмпатии ($p = 0,05$). Врачи-кардиологи, не идентифицирующие себя в эмпатии, чаще имеют средний, чем высокий уровень редукции личностных достижений в рамках синдрома эмоционального выгорания ($p = 0,05$), а также чаще удовлетворены в целом своей работой ($p = 0,04$).

Выводы. Врачи-кардиологи склонны к меньшей выраженности компонентов синдрома эмоционального выгорания в случае слабо развитых эмпатических способностей.

Социологические науки

РОЖДАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ В РЕГИОНЕ

Огуль Л.А., Шаповалова М.А., Ярославцев А.С.

Астраханская государственная медицинская академия, Астрахань, e-mail: yarastr@mail.ru

В Астраханской области за годы экономических преобразований сформировалась выраженная тенденция роста рождаемости. В целом за 2000–2009 гг. общий коэффициент рождаемости в Астраханской области увеличился на 47,15%. В основном увеличение общей величины коэффициента рождаемости происходило вследствие действительного увеличения рождаемости на 52,74%. На 12,7% он увеличился бы вследствие повышения процентной доли женщин репродуктивного возраста в общей численности населения (если бы действовал только данный структурный фактор) и одновременно увеличился бы на 5,32% за счет изменения только возрастной структуры женщин. Доля женщин 15–49 лет в общей численности населения колебалась от 26,16 до 27,15%. Специальный коэффициент рождаемости неравномерно, но устойчиво увеличивался, составляя в 2000 году 36,1‰ и в 2009 – 52,31‰. Первое место по показателю повозрастной рождаемости отводилось женщинам в возрасте 20–24 лет: 105,61–114,84‰, Второе место – 25–29-летним: 73,98–103‰, третье – 30–34-летним: 39,75–69,92‰, четвертое – 15–19-летним: 32,63–36,55‰ пятое место – 35–39 летним: 11,35–30,25‰, шестое – 40–44-летним: 2,02–5,13‰, седьмое – 45–49-летним: 0,2% среди всех рождений женщин фертильного возраста. Данное распределение повозрастных уровней рождаемости характеризует биологически определенную вероятность воспроизводить потомство в

возрасте 20–24 года и пропорциональное снижение этой вероятности к концам периода: до 50% у 15–19-летних и 35–39-летних, со снижением ее до 0 к концу репродуктивного периода (45–49 годам). Увеличение СКР в интервале за 2000–2009 гг. с 1,32 до 1,74 обусловлено государственными мерами стимуляции рождаемости, особенно внедрением программы «родовой сертификат». Увеличение суммарного коэффициента рождаемости происходило на 0,41 ребенка (30,8%). Число выживающих детей увеличивалось на 31,8%. СКР с учетом вероятности дожить также увеличивался от 1,32 до 1,74. Опираясь на известное значение СКР при простом воспроизводстве населения (СКР = 2,08 ребенка) в условиях низкой смертности и учитывая данные СКР за 2000–2009 гг. выявлено, что воспроизводство населения Астраханской области имело суженный характер. Простое воспроизводство населения Астраханской области обеспечивалось на 68,5–87,0%. Обеспеченность воспроизводства населения Астраханской области относительно СКР = 2,6 (среднее по России с учетом безбрачия, бесплодия, распада браков и овдовения) была еще ниже, составляя 51,1–66,9%. В условиях фактической возрастной и брачной структуры населения Астраханской области в 2002 году степень реализации минимума естественной рождаемости составляла 30% от биологически возможного уровня. Низкий уровень эффективности социально-биологического потенциала рождаемости и большие масштабы распространенности среди населения намеренного ограничения рождаемости отражали последствия переходного периода экономики и показывали резервы стимулирования рождаемости.