

живов ЛПУ. За период 1989–2014 гг. в ЛПУ было зарегистрировано 86 случая ПГО примерно на трансфузию 850 000 доз эритроцитсодержащих компонентов крови, или 1 случай на 9418 доз трансфузионной среды. Причинами ПГО были несовместимость по группе крови системы АВ0 – 32 (37,3 %); по антигену D группы крови системы резус – 34 (39,53 %); по минорным антигенам группы крови системы резус и группы крови системы Келл (С, с, Е, е, К) – 16 (18,6 %). В 4 случаях (4,6 %) причинами ПГО были трансфузии гемолизированных эритроцитсодержащих сред в результате их неправильного хранения в холодильных установках без должного контроля температурного режима хранения. Причинами развития 78 из 86 ПГО (90,69 %) были ошибки врачей ЛПУ, 8 (9,31 %) – медицинского персонала отделений переливания крови ЛПУ и региональных центров крови. Снижение частоты ПГО невозможно без повышения квалификации врачей по трансфузионной медицине, внедрения современных методов фенотипирования антигенов эритроцитов реципиентов и доноров по основным трансфузионно значимым антигенам группы крови системы АВ0 прямым и перекрестным методами, системы резус (С, с, Е, е), Келл (К). Особенно это актуально у пациентов, нуждающихся в многократных трансфузиях, а также у девочек и женщин фертильного возраста.

Ключевые слова: посттрансфузионные гемолитические осложнения, причины, квалификация врачей, профилактика.

SUMMARY

B. B. Bahovadinov, M. A. Kucher, A. Yu. Tretyakova, G. S. Ashurova, N. K. Ashuraliev

Ways to develop the prophylaxis of post-transfusion hemolytic complications

Post-transfusion hemolytic complications (PHC) remain an urgent problem in medical practice despite the improvement of selecting methods of compatible blood transfusion for patients. The number of PHC remains still high (1 in 6 000–29 000 transfusions). Aim: to analyze cases of PHC registered in health care facilities (HCF) in the Republic of Tajikistan. Method of investigation. Retrospective analysis of materials of national and regional committees on investigation of PHC cases, histories from hospital archives. During the period 1989–2014 in health facilities were registered 86 cases of PHC approximately 850 000 doses of red blood cell transfusions containing blood components, or 1 in 9418 doses of red blood cell-containing blood components. PHC reasons were: incompatibility of ABO blood group system – 32 (37,3 %), antigen D of blood group Rhesus factor system – 34 (39,53 %), according to minor blood group antigens of Rhesus factor and Kell blood group system (C, c, E, e, K) – 16 (18,6 %). In 4 cases (4,6 %) the cases of PHC were hemolytic transfusions of erythrocyte-containing bags as a result of improper storage in domestic refrigeration without control of temperature storage. Causes of development 78 out of 86 PHC (90,69 %) were HCF doctors' mistakes, 8 (9,31 %) – mistakes of health personnel of health facilities departments of blood transfusion and regional blood centers. Reducing the frequency of PHC is impossible without training physicians on transfusion medicine, introduction of modern methods of phenotyping erythrocyte antigens of recipients and donors on major transfusion significant blood group antigens the ABO system by direct and cross-over methods, Rhesus (C, c, E, e), Kell (K) of patients requiring multiple transfusions, as well as to girls and women of childbearing age.

Keywords: post-transfusion hemolytic complications, causes, qualification of doctors, prevention.

© И. А. Гуреева, Е. Р. Исаева, 2015 г.
УДК 616.12-008.331.1:613.86

И. Л. Гуреева, Е. Р. Исаева

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ОТНОШЕНИЕ К ЗДОРОВЬЮ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Кафедра общей и клинической психологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И. П. Павлова

Категория «отношения» – одно из центральных понятий в концепции «психологии отношений», зародившейся еще в начале XX в. в школе В. М. Бехтерева. Первоначально она была очерчена А. Ф. Лазурским и С. П. Франком (1912), в дальнейшем психология отношений получила свое развитие в работах В. Н. Мясищева [2]. Основное положение данной концепции заключается в том, что психологические отношения человека представляют целостную систему индивидуальных, избирательных, сознательных связей личности с различными сто-

ронами объективной действительности [3]. Формирование отношения к здоровью – процесс весьма сложный, противоречивый и динамичный, обусловлен двумя группами факторов:

– внешними (характеристики окружающей среды, в том числе особенности социальной микро- и макросреды, а также профессиональной среды, в которой находится человек);

– внутренними (индивидуально-психологические и личностные особенности человека, а также состояние его здоровья) [1].

Возникшее отношение не остается неизменным, оно непрерывно изменяется с приобретением нового жизненного опыта. Изменчивость системы отношений, скорее, правило, а не исключение. Вместе с тем коррекция неблагоприятных аспектов того или иного отношения – длительный и подчас весьма болезненный для личности процесс, сопряженный с преодолением внутренних конфликтов и негативных эмоциональных переживаний.

Здоровье занимает одно из ведущих мест в системе ценностей человека. На современном этапе научного развития, который характеризуется сменой глобальной медицинской парадигмы с патоцентрической на саноцентрическую, система пред-

ставлений о здоровье человека рассматривается как расширенная концепция, включающая в себя как понятие «здоровье», так и понятие «болезнь». В рамках этой концепции данные понятия являются взаимосвязанными, а не взаимоисключающими [2, 3]. В связи с этим особое значение приобретает целенаправленное формирование правильного отношения к здоровью на ранних этапах развития личности (особая роль отводится семейному воспитанию и обучению в начальной школе) [3].

Интерес к проблемам здоровья и поведения стал расти во второй половине XX в., когда на первые места в структуре смертности и заболеваемости вышли болезни, вызванные не экзогенными (внешними), а эндогенными (внутренними) поведенческими причинами [4]. Отношение человека к своему здоровью, с одной стороны, отражает опыт индивида, а с другой — оказывает существенное влияние на его поведение. Следовательно, оно может быть рассмотрено как одна из основных «мишеней», на которую следует направить психокоррекционное воздействие специалиста, практикующего в сфере психологии здоровья.

Эффективной технологией профилактической помощи являются школы пациентов. Школа — это новые информационно-мотивационные технологии, которые должны способствовать повышению приверженности пациентов к лечению, сформировать у них мотивацию к сохранению своего здоровья активную поведенческую позицию в поддержании здорового образа жизни и повысить ответственность пациента [5]. Это лечебно-образовательный процесс, являющийся полноправной областью здравоохранения, составной и непрерывной частью ведения пациентов. Результатом обучения в школе пациентов является прогрессивное изменение представлений пациента о заболевании и его лечении, ведущее к изменению поведения, к умению управлять лечением заболевания в активном союзе с врачом. Одна из важных задач, которую должны решать школы пациентов — это формирование у пациентов навыков и умений по снижению неблагоприятного влияния на их здоровье поведенческих факторов риска (питание, двигательная активность, управление стрессом, отказ от вредных привычек) [6].

Актуальность изучения «отношения к здоровью» на уровне индивидуального сознания обуславливается рядом причин. Во-первых, все большее беспокойство вызывают неблагоприятные тенденции состояния здоровья всех возрастных групп населения. Во-вторых, сегодня состояние здоровья российского населения приближается к тому рубежу, за которым речь может идти об угрозе национальной безопасности. В-третьих, низкий уровень санитарно-гигиенической культуры населения, при отсутствии государственной идеологии здоровья,

обуславливает рост негативных видов поведения, связанных со здоровьем [5].

В этой связи актуальным является изучение картины здоровья не только у здоровых лиц, но и у людей, страдающих хроническими соматическими или иными заболеваниями, для которых категория «здоровье» должна была бы иметь, казалось бы, несколько иное, особое значение. Научный интерес может представлять также сопоставление отношения к здоровью с отношением к собственному заболеванию и уровнем комплаентности к лечению.

Целью исследования явилось изучение отношения к здоровью у пациентов с артериальной гипертензией, как пример страдания одной из форм психосоматического расстройства. Для достижения поставленной цели были сформулированы задачи:

- 1) оценить степень удовлетворенности своим здоровьем и качеством жизни, а также уровень приверженности к лечению у пациентов с артериальной гипертензией;
- 2) выявить уровень тревоги и депрессии у пациентов, находящихся на стационарном лечении в связи с обострением своего основного заболевания;
- 3) исследовать уровень субъективного контроля и установки в отношении здоровья у обследуемых пациентов;
- 4) определить специфику механизмов психологической адаптации: копинг-стратегий и защитных механизмов у пациентов;
- 5) определить и конкретизировать направления психологической коррекции для пациентов с психосоматическими расстройствами.

Для решения поставленных задач исследования использовался следующий комплекс методик: шкала оценки ситуативной и личностной тревожности (Ч. Спилбергер-Ю. Ханин), госпитальная шкала тревоги и депрессии ХАДС, методика «Иррациональные убеждения» А. Эллиса (вариант Х. Кассинова и Э. Бергера), методика для изучения механизмов психологической защиты Келлермана-Плутчика «Индекс жизненного стиля» (в адаптации НИИ им. В. М. Бехтерева), опросник Р. Лазаруса для изучения копинг-стратегий «ССП» (в адаптации НИИ им. В. М. Бехтерева), шкала оценки уровня удовлетворенности качеством жизни Н. Е. Водопьяновой, методика самооценки здоровья Дембо — Рубинштейн, анкета «Отношение к здоровью».

Исследование проведено на базе психосоматического отделения Введенской городской больницы. В нем приняли участие 62 пациента, страдающих артериальной гипертензией 2 степени и ожирением 1 — 2 степени. Средний возраст обследованных пациентов составил 49 лет.

При исследовании выраженности тревожно-депрессивных проявлений у пациентов, находившихся на момент обследования на стационарном

лечения, обнаруживался высокий уровень тревожности — как личностной ($M = 54 \pm 6$), так и ситуативной ($M = 55 \pm 7$). Депрессивные проявления не были выражены.

При исследовании иррациональных установок отмечается средний уровень выраженности нереалистичных (иррациональных) убеждений в системе отношений личности. Установлено, что пациенты воспринимают многие жизненные события негативно, преувеличивая их трагичность и значимость, часто ставят свое здоровье и благополучие в зависимость от внешних ситуаций и окружающих людей. Необходимо отметить также, что пациенты очень требовательно относятся к окружающим людям, у большинства из них обнаруживалась низкая фрустрационная толерантность, проявлявшаяся в низкой устойчивости к стрессам, к изменениям окружающего мира и нежелательным событиям. Результаты представлены в таблице.

При исследовании защитно-совладающего поведения было установлено, что у пациентов наиболее выраженными были механизмы психологической защиты — компенсация ($M = 95 \pm 8$), вытеснение ($M = 87 \pm 9$), регрессия ($M = 80 \pm 9$), реактивное образование ($M = 76 \pm 6$) и отрицание ($M = 61 \pm 5$); наиболее часто используются копинг-стратегии — принятие ответственности ($M = 91 \pm 10$), планирование решения проблемы ($M = 77 \pm 8$), поиск социальной поддержки ($M = 72 \pm 5$), самоконтроль ($M = 67 \pm 9$) и положительная переоценка ($M = 61 \pm 6$). В целом стиль совладания со стрессовыми событиями у пациентов с артериальной гипертензией характеризуется игнорированием, стремлением к отрицанию имеющихся проблем, а если игнорировать более не удастся, то преобладают эмоционально-фокусированные стратегии преодоления, позитивная переоценка и активные поведенческие усилия по разрешению проблемы, наблюдается высокая потребность в социальной поддержке.

Исследование удовлетворенности качеством жизни показало, что пациенты критично относятся ко многим сферам своей жизни. Низкие показатели удовлетворенности были обнаружены по шкалам: личные достижения, здоровье, оптимизм, самоконтроль, положительные эмоции. В результате этого можно говорить о том, что пациенты, страдающие артериальной гипертензией, довольно часто испытывали отрицательные эмоции по поводу своего здоровья, а также были склонны пессимистично оценивать свою жизненную ситуацию. Можно предположить, что существуют сложности осмысления своей жизни, так как общий индекс удовлетворенности своей жизнью и своим существованием очень низкий ($M = 21 \pm 4$).

При исследовании отношения к своему здоровью с помощью шкалы Дембо — Рубинштейн и анкеты на отношение к здоровью четко прослежива-

Показатели уровня выраженности иррациональных убеждений пациентов с артериальной гипертензией (n=62)

Шкала	Среднее значение (M)	Ст. отклонение (CD)
Катастрофизация	27,9	5,072
Долженствование в отношении себя	26,9	6,366
Долженствование в отношении других	28,8	4,857
Низкая фрустрационная толерантность	30,7	5,504
Самооценка	28,9	6,296

ется экстернальность (внешний локус контроля) в отношении своего здоровья и низкая комплаентность в лечении на фоне завышенных требований к понятию «здоровье». Пациенты плохо различают сигналы предболезни, обращают внимание на свое состояние уже при наступлении собственно болезни. В оценке качества жизни пациенты, прежде всего, обращают внимание на свое физическое самочувствие: полноценность сна, аппетит, бодрость (или слабость), болевые ощущения и др. И реже оценивалось пациентами психологическое состояние, вероятно, оно не входило в их представления о здоровье.

Таким образом, проведенное исследование позволило установить, что для пациентов с артериальной гипертензией характерен высокий уровень тревожности как преобладающего эмоционального состояния и устойчивого свойства личности. Наблюдаются недовольство и низкая удовлетворенность качеством своей жизни, недостаточно реалистичные, т. е. иррациональные установки в отношении здоровья (катастрофизация, низкая фрустрационная толерантность, долженствование в отношении других). Также отмечается низкая комплаентность в отношении лечения и экстернальный локус контроля, особенно в отношении своего здоровья. Имея в представлении завышенный идеал здоровой личности, пациенты редко демонстрируют активную позицию в отношении сохранения здоровья, в которой ответственность за свое здоровье несет непосредственно сам человек.

Полученные результаты позволили определить наиболее актуальные направления психокоррекционных и психотерапевтических воздействий для пациентов с психосоматическими расстройствами с учетом их личностных особенностей:

1) необходимо инициировать пациентом формирование личной ответственности за свое здоровье, как можно раньше формировать у человека мотивацию к использованию оздоровительных технологий в течение всей жизни;

2) важно учитывать духовную составляющую личности — направлять усилия на формирование культуры здоровья, на создание условий для внутренней гармонии физического, психического,

духовного состояния человека, а также гармонии с экологической и социальной средой;

3) необходимо повышать уровень информированности пациентов относительно своего заболевания, обсуждать доступные способы поддержания здоровья, больше времени посвящать этому на занятиях «школы пациентов», внедряя активные формы обсуждения, например, метод мотивационного интервью;

4) стратегии психотерапевтического воздействия необходимо направить на нивелирование тревожных проявлений у обследуемых пациентов, например, эффективным может стать комплекс упражнений по психоэмоциональной саморегуляции;

5) особенно важно в психотерапевтической работе с такими пациентами разрабатывать программы, направленные на коррекцию иррациональных установок в отношении здоровья и лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гуреева И. Л., Исаева Е. Р. Психологическое состояние пациентов в период ожидания хирургической операции протезирования клапанов сердца в условиях искусственного обращения // Вестник Южно-Уральского гос. ун-та. Сер.: «Психология». — Челябинск: ЮУРГУ, 2012. — № 45 (304). — Вып. 19. — С. 83–87.
2. Мясщев В. Н. Психология отношений. — М.; Воронеж, 1995.
3. Лаптев А. А. Психология здоровья. — М.: Медицина, 2000. — 873 с.
4. Психология здоровья: учеб. для вузов / под ред. Г. С. Никифорова. — СПб.: Питер, 2003. — 606 с.
5. Психологические методы обретения здоровья: хрестоматия / сост. К. М. Сельчонок. — Минск: Харвест, 2001. — 720 с.

6. Психология здоровья / Г. С. Никифоров, В. А. Ананьев, И. Н. Гуревич [и др.] / под ред. Г. С. Никифорова. — СПб.: СПбГУ, 2000. — 504 с.

РЕЗЮМЕ

И. Л. Гуреева, Е. Р. Исаева

Психологические особенности и отношение к здоровью у пациентов с артериальной гипертензией

Работа посвящена исследованию психологических особенностей и отношения к здоровью у пациентов с психосоматическими заболеваниями на примере пациентов с артериальной гипертензией. В основу исследования легло предположение о том, что важно изучать картину здоровья не только у здоровых лиц, но и у людей, страдающих хроническими соматическими заболеваниями, для которых категория «здоровье» может иметь особое значение. Вместе с этим интересно проследить соотношение параметров отношения к здоровью с уровнем комплаентности к лечению.

Ключевые слова: здоровье, тревожность, качество жизни, иррациональные установки, отношение к здоровью.

SUMMARY

I. L. Gureeva, E. R. Isaeva

Psychological characteristics and attitude to health among patients with arterial hypertension

This work is dedicated to the study of psychological characteristics and attitude to health among patients with arterial hypertension. We hypothesized that it was important to study the picture of health not only for healthy individuals, but also for people with chronic somatic diseases for whom category «health» may be of particular significance. It was also important to study correlation between attitude to health and compliance to treatment.

Keywords: health, anxiety, quality of life, irrational purpose, attitude to health.