

Айдинов А.А.¹, Кубряк О.В.², Холодный А.В.¹, Лекомцев П.Ю.¹, Зубко М.А.¹, Плясова Ю.В.³

Врачи глазами родственников пациентов с инсультом: как понимать и взаимодействовать?

¹МБУЗ «Центральная городская больница г. Азова»; ²ФГБНУ «НИИ нормальной физиологии им. П. К. Анохина», 125315, Москва; ³ГБУЗ МО МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского, 129110, Москва

Для корреспонденции: Олег Витальевич Кубряк; o.kubryak@nphys.ru

Мнения родственников пациентов неврологического отделения для больных с острым нарушением мозгового кровообращения – 76 анкетированных – о качестве работы врача могут касаться только состояния больного даже при должной самоотдаче и профессионализме доктора (по впечатлению опрошенных), что можно объяснить, помимо прочего, наличием стресса. В свою очередь понимание высокого качества работы врача может способствовать его высокой оценке даже при неблагоприятном исходе для пациента. Все опрошенные указывают на необходимость эффективных коммуникаций со специалистом, которые, по нашему мнению, являются одним из важных элементов обеспечения благоприятной рабочей атмосферы и уменьшения психического напряжения. Обсуждаются возможные пути взаимодействия с семьей пациента с целью повышения качества мер ухода и реабилитации после выписки, а также снижения стресса родственников пациента и уменьшения риска эмоционального выгорания врачей.

Ключевые слова: врач и пациент; мнения родственников пациентов; социальная практика; медицинская реабилитация; эмоциональное выгорание врачей; медицинская философия; медицинская социология; профессиональные коммуникации.

Для цитирования: Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. 2015; 14 (6): 4-9.

Aidinov A.A.¹, Kubryak O.V.², Kholodny A.V.¹, Lekomtsev P.Yu.¹, Zubko M.A.¹, Plyasova Yu.V.³

DOCTORS IN THE EYES OF THE RELATIVES OF STROKE PATIENTS: MUTUAL UNDERSTANDING AND RELATIONSHIP

1Municipal budgetary healthcare facility “Azov Central City Hospital”; 2Federal state budgetary institution of science “P.K. Anokhin Research Institute of Normal Physiology”, Moscow; 3State budgetary healthcare facility “M.F. Vladimirsky Moscow Regional Research Clinical Institute”, Moscow

The relatives of the patients presenting with acute cerebral circulation problems (ACCP) and admitted to a neurological department can form the opinion about the quality of the doctor’s work only based on the patients’ health status without regard for the professional skills and dedication of a given specialist; this fact can be attributed, among other things, to stress (a total of 76 subjects were interviewed). At the same time, those understanding the specific character of the medical profession are capable of highly appreciating the quality of the doctor’s work even in the case of an unfavourable outcome of the treatment. All the respondents who participated in the present study emphasized the necessity of the efficient communication with the attending doctor that is in our opinion one of the most important conditions indispensable for the creation of the normal working environment and the reduction of the psychic tension. The authors discuss the possible ways of cooperation between the doctor and the patient’s family with the purpose of reducing stress on the relatives, improving the quality of care and rehabilitative measures after the patient’s discharge from the hospital, and preventing the loss of emotional sensitivity by the doctors.

Key words: the doctor and the patient, opinions of the patient’s relatives, social practice, medical rehabilitation, loss of emotional sensitivity by the doctors, medical philosophy, medical sociology, professional communication.

For citation: Fizioterapiya, bal’neologiya i reabilitatsiya. 1015; 14 (6): 4-9. (in Russ)

For correspondence: Kubryak Oleg; o.kubryak@nphys.ru

Received 24.09.15

Среди задач, которые ставит практическим врачам реальная жизнь, пока мало формализованных установленных медицинскими правилами и нормами. Одна из таких важных проблем – построение и управление профессиональными коммуникациями врачей с родственниками пациентов. На наш взгляд, это касается не только вопросов биоэтики [1], но в целом медицинской философии, понимаемой как

более широкая область [2]. При этом установление приемлемых правил, разумная формализация – это вопрос, тесно связанный с эффективностью лечения и реабилитации пациентов (особенно после выписки из стационара), а также с затратами времени и средств, психоэмоциональной нагрузкой на врачей и персонал клиники. На основе практики в неврологическом отделении для больных с острым

нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) Центральной городской больницы г. Азова – обычном клиническом подразделении в районном городе России – предпринята попытка исследовать проблему и обозначить возможные подходы к системному управлению взаимодействием врачей и родственников пациентов. Профиль отделения (ОНМК соответственно) представляет собой «острую» модель такого взаимодействия, так как в кратком временном промежутке обсуждаются вопросы жизни и смерти, сохранности функций, прогноза будущего состояния и образа жизни пациента и его семьи.

Сегодня много внимания уделяется обсуждению форм отношений врача и пациента, психоэмоциональной нагрузке на родственников пациента (например, после инсульта) [3–5] и даже финансовому бремени семьи [6]. В большинстве случаев современное обсуждение форм взаимодействия врача с пациентом во всяком случае в доступной нам отечественной литературе строится на известных антипатерналистских моделях [7], хотя в реальной практике, на наш взгляд, сегодня в стране пока больше распространены варианты патерналистской модели. Систематические исследования в нашей стране и последующие рекомендации как выстраивать взаимодействие с семьей пациента, принимая во внимание сопутствующий стресс, частое фактическое участие родственников в реабилитационном процессе и обеспечении больного, пока или отсутствуют, или не преобразовываются в действенные практические рекомендации. Некоторым исключением можно считать, например, специальные «школы» в виде практических занятий для всех желающих, посвященных правильному уходу за людьми, перенесшими инсульт (Фонд ОРБИ – Межрегиональный фонд помощи родственникам больных инсультом). Однако и наличие таких школ само по себе не устраняет возможные сложности непосредственного общения врачей и членов семьи больного. При этом риск эмоционального выгорания специалистов, занятых помощью больным инсультом, весьма высок [8].

Следует учитывать, что из-за системы эффективных коммуникаций неверно либо недостаточно информированные, разочарованные и испытывающие стресс родственники пациентов создают значительную дополнительную нагрузку на специалистов, выясняя тех или иные интересующие их аспекты лечения и прогноза, ожидая утешения и морально-психологической поддержки, подавая жалобы, иногда прямо оказывая психологическое давление на персонал и т. д.

Наше исследование – один из первых за последнее время отечественных примеров, направленных на изучение реальных «социальных практик» [9, 10] в естественных условиях практического здравоохранения, включающих, кроме рассматриваемой проблемы, также вопросы терапии, обеспечения, образования врачей [11] и др. Полагаем, что обобщение опыта работы с родственниками пациентов, их мнений может лежать в основе практических, разумно формализованных действий со стороны специ-

алистов и управленцев здравоохранения, включая организационные меры, например разработку соответствующих рекомендаций.

Методика

Участники (выборка)

В неслучайную целевую выборку вошли родственники поступивших в неврологическое отделение пациентов, непосредственно контактировавшие с врачами отделения и наиболее близкие пациенту в момент его заболевания и во время пребывания в стационаре. Все пациенты получали стандартное лечение согласно действующим нормативам и порядкам. Сроки сбора данных (проведения опроса) 1 год. Включение участников в опрос было сугубо добровольным с соблюдением современных этических норм. Направленного отбора участников по каким-либо признакам внутри отделения не осуществлялось. Исключались только родственники умерших пациентов.

Доля опрошенных родственников — немногим более 10% от среднегодового числа всех пациентов отделения; получено 83 анкеты, из них 76 принятых для анализа. Отсеянные анкеты были заполнены не полностью, например родственник не успел (старался быстрее вывезти пациента при выписке) или не захотел ответить на вторую часть анкеты либо забирал пациента другой родственник (не тот, который отвечал на вопросы при госпитализации).

Репрезентативность выборки, мы полагаем, здесь можно связать как с «имплицитным знанием» [12], так и с достаточно большей долей опрошенных от всего годового объема, которая могла быть еще повышена в случае принятия дополнительных условий отбора.

Процедура

Проводилось двухэтапное анкетирование родственников пациентов, поступивших в отделение. Первая часть анкеты заполнялась в первый или второй день после поступления, а вторая — непосредственно перед выпиской одним и тем же лицом. Ответы в заранее подготовленную стандартизованную бумажную форму записывались вручную одним из специально подготовленных ординаторов со слов родственника пациента, требовалось выбрать готовые варианты (отметить) или записать произвольную фразу. Собственно опрос выполнялся по возможности одинаково (тон голоса врача, темп, вводные фразы, др.) в достаточно комфортных для опрашиваемого условиях.

Анкета

Использовали бумажный носитель, 2 отдельных листа формата А4 – первая и вторая части анкеты соответственно.

Первая часть оригинальной анкеты включала **13 пунктов**, из них **первые 6** касались общей информации: код, пол, возраст пациента, степень родства (участник анкетирования) и возраст анкетированного. Соответственно код пациента и его характеристики указывались врачом. **Пункт 7** – «Наличие опыта ухода за пациентом с ОНМК у анкетированного» – варианты ответов: 1) профессиональный опыт (по работе); 2) семейный опыт (приходилось ухаживать); 3) ино-

гда помогал (а); 4) нет опыта. **Пункт 8** – «Оценка анкетируемым состояния пациента-родственника»: 1) критическое; 2) очень тяжелое; 3) тяжелое; 4) умеренное. **Пункт 9** – «Время от начала ОНМК у пациента до обнаружения болезни и обращения за помощью»: 1) сразу же; 2) не больше часа; 3) примерно 2 ч; 4) больше 3 ч. **Пункт 10** – «Способ транспортировки пациента в клинику»: 1) скорая; 2) привезли родственники; 3) привезли коллеги; 4) другое. **Пункт 11** – «Оценка анкетируемым скорости доставки пациента в клинику»: 1) очень быстро; 2) быстро; 3) медленно; 4) очень медленно. **Пункт 12** – «Самооценка (самочувствие) анкетируемого»: 1) нет необходимости в помощи врача или психолога; 2) желательна помощь врача; 3) желательна помощь психолога; 4) затруднения самооценки. **Пункт 13** – «Знание принципов лечения пациентов с ОНМК»: 1) в общих чертах известно из интернета или книг, журналов; 2) какие-то сведения узнали у знакомых; 3) рассказали в клинике, здесь; 4) ничего не известно.

Вторая часть анкеты включала 9 пунктов, из которых первый – это код пациента для опознания частей анкет. Нумерация здесь последовательная. **Пункт 15** – «Оценка взаимодействия родственников с лечащим врачом»: 1) очень хорошо, отлично; 2) хорошо; 3) удовлетворительно; 4) плохо; 5) ни разу не общались; 6) не было необходимости общаться. **Пункт 16** – «Насколько, на Ваш взгляд, родственникам необходимо регулярное общение с врачом или медперсоналом во время пребывания родственника в больнице?»: 1) личное общение крайне необходимо, так как это единственный источник информации о состоянии больного; 2) общение не обязательно – нужно просто ждать, как будут развиваться события (врачи сами скажут, когда что-то надо); 3) общение не нужно, так как врачи и так заняты лечебной работой, а вопросы родственников отнимают время; 4) общение необходимо, но лучше выстраивать это как-то иначе, например с помощью напечатанных оповещений или через интернет. **Пункт 17** – «В каком состоянии выписывается Ваш родственник?»: 1) в очень хорошем, насколько это можно; 2) в удовлетворительном; 3) в очень плохом; 4) не знаю, не могу оценить. **Пункт 18** – «Какую оценку, по 5-балльной шкале Вы бы поставили лечащему врачу?»: 1) «5»; 2) «4»; 3) «3»; 4) «2» или «1». **Пункт 19** – «Вы выбрали Вашу оценку лечащего врача только по состоянию пациента или как-то иначе?»: 1) оценка врача зависит только от состояния пациента; 2) оценка врача зависит в большей степени от того, сделал ли он все, что мог; 3) оценка врача зависит в большей степени от его профессионализма и умения вести себя; 4) оценка врача зависит от того, понравился он пациенту и родственникам или нет. **Пункт 20** – «Может ли быть так, что пациенту не стало лучше, но врач все равно получил от Вас высшую оценку?»: 1) да, конечно; 2) маловероятно; 3) нет, так быть не может; 4) не знаю. **Пункт 21** – «Что надо улучшить в работе отделения? (можно выбрать несколько ответов)»: 1) медсестры здесь плохие, а должны быть лучше, чем сейчас; 2) не знаю, но что-то улучшать надо; 3) должно быть лучше снабжение (лекарства,

оборудование); 4) все и так хорошо. **Пункт 22** – «Запишите кратко пожелания родственника пациента о возможностях улучшения работы отделения (здесь также можно записать свободный ответ на предыдущий вопрос-пожелание)».

Таким образом, анкета включала систему уточняющих вопросов, позволяющих рассмотреть подходы к оценке врача родственником пациента. Структура анкеты формировалась с учетом обсуждений опросного инструментария [13], а также опыта общения с членами семей пациентов.

Обработка данных

Подготовку электронных таблиц, расчеты и статистическую обработку осуществляли в стандартных программах MS Excel 2010 и SPSS 13.

Результаты

Характеристики участников опроса и пациентов

В основном участники опроса были супругами или детьми пациентов (см. пункт 5 в таблице). Среди участников примерно 1/3 были лица старше 60 лет, но большая часть – лица в возрасте 40–50 лет (пункт 6 в таблице). Чаще всего опрошенные не располагали опытом ухода за больными с ОНМК (в пункте 7 таблицы варианты ответов с 1 по 4 означают соответственно «профессиональный опыт (по работе)»; «семейный опыт (приходилось ухаживать ранее)»; «малый опыт (иногда приходилось помогать)»; «нет опыта»).

Возраст пациентов, чьи родственники участвовали в опросе, составлял в среднем 69 ± 2 года (при $\alpha = 0,05$); наиболее молодому пациенту было 47 лет, самому пожилому – 91 год. Среди пациентов было 40 женщин и 36 мужчин. Причины поступления пациентов для лечения были связаны в 55 случаях с ишемическим инсультом, в 9 – с геморрагическим инсультом, в 10 – с преходящим нарушением мозгового кровообращения; в 2 – с другой патологией.

Только 2 участника опроса оценили состояние своего родственника-пациента как критическое, а большая часть – как «тяжелое» и «умеренное» (см. пункт 8 в таблице суммарных ответов), т. е. в опросе были склонны в большей степени участвовать родственники тех пациентов, у которых, как они полагали, был относительно позитивный прогноз.

Примерно 4 из каждых 10 участников считали, что их собственное состояние не требует какой-либо помощи врача или психолога. Однако примерно столько же затруднились ответить, что позволяет предположить наличие «подспудно» осознаваемых или скрываемых проблем в собственном состоянии. При этом 2 из 10 опрошенных явно указывали на желательность помощи специалиста (см. таблицу).

Суммарные ответы

В таблице представлены суммарные ответы родственников пациентов на обе части анкеты – число под вариантом ответа означает число участников, выбравших конкретный вариант. Пункты, связанные с кодировками и общими данными, здесь пропущены (см. описание методики).

Произвольные ответы (пункт 22) включали только позитивные характеристики, например: «врачи и обслуживающий персонал делают все возможное для

Суммарные ответы анкетированных – выбор готовых вариантов ответов

№ пункта	Вопросы анкеты	Выбор варианта ответа/число ответов								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
<i>Первая часть</i>										
5	Родственник	Жена	Муж	Сын	Дочь	Мать	Отец	Брат	Сестра	Иное
		18	11	7	26	2	0	2	0	10
6	Возраст анкетированного (родственника пациента), годы	15–20	21–30	31–40	41–50	51–60	> 60			
		0	4	13	22	14	23			
7	Наличие опыта ухода за пациентом с ОНМК у анкетированного	4	14	12	46					
8	Оценка анкетированным состояния пациента-родственника	2	12	30	32					
9	Время от ОНМК у пациента до обнаружения болезни и обращения за помощью	31	20	14	11					
10	Способ транспортировки пациента в клинику	69	3	0	4					
11	Оценка анкетированным скорости доставки пациента в клинику	37	36	3	0					
12	Самооценка (самочувствие) анкетированного	30	15	2	29					
13	Знание принципов лечения пациентов с ОНМК	11	2	20	43					
<i>Вторая часть</i>										
15	Оценка взаимодействия родственников с лечащим врачом	33	34	9	0	0	0			
16	Насколько, на Ваш взгляд, родственникам необходимо регулярное общение с врачом или медперсоналом во время пребывания родственника в больнице?	67	10	0	0					
17	В каком состоянии выписывается Ваш родственник?	19	50	1	6					
18	Какую оценку по 5-балльной шкале Вы бы поставили лечащему врачу?	44	29	3	0					
19	Вы выбрали оценку лечащего врача только по состоянию пациента или как-то иначе?	14	29	32	1					
20	Может ли быть так, что пациенту не стало лучше, но врач все равно получил от Вас высшую оценку?	32	21	8	15					
21	Что надо улучшить в работе отделения?	1	9	2	64					

Примечание. Формулировки вариантов ответов представлены в описании методики.

выздоровления пациентов»; «пожелания процветания, успехов, терпения в нелегкой профессии»; «низкий поклон»; «все хорошо»; «всем большое спасибо»; «хороший коллектив, все понравилось»; «большая благодарность за внимание и понимание всего»; «в принципе все устраивает»; «спасибо за лечение»; «спасибо огромное всему медперсоналу, особенно лечащему врачу»; «удивлен наличием препаратов»; «была приятно удивлена обеспечением отделения необходимыми препаратами, наличием противопролежневых матрасов, функциональных кроватей, а также уважительным, добрым и отзывчивым медперсоналом, обладающим высокопрофессиональными качествами, компетентным подходом к пациентам». Вероятно, на объяснение могло повлиять также то, что потенциально недовольные родственники могли проигнорировать опрос в целом (только добровольное участие) или пропустить этот пункт. Наиболее частые фразы – «большое спасибо» и «все хорошо».

Актуальность взаимодействия родственников пациента с врачом

В ответ на прямой вопрос (пункт 16) перед выпиской подавляющее большинство опрошенных (67 из 76) выбрали вариант о безусловной необходимости общения с лечащим их родственника-пациента врачом. Остальные (10 из 76) выбрали «пассивный» режим,

когда врачи сообщают актуальную информацию, т. е. также подтвердили необходимость коммуникации.

Актуализация ранее им известной и поиск новой информации об ОНМК, в том числе непосредственно в клинике, почти половиной участников еще при поступлении их родственника в стационар (пункт 13), на наш взгляд, также следует расценивать как особую заинтересованность семьи в профессиональных коммуникациях, т. е. во взаимодействии со специалистами.

Характеристика врача родственниками пациента

Простая оценка врача по 5-балльной шкале практически всеми опрошенными составила «5» и «4» (см. пункт 18 в таблице). Однако уточняющий вопрос (пункт 19) показал, что такая единодушная позитивная оценка врача не всегда может быть объективной: примерно 2 из каждых 10 участников указали, что оценка врача зависит только от состояния пациента. При этом большая часть опрошенных все-таки выбрала более рациональные, по нашему мнению, варианты ответов, связывающие оценку врача в большей степени с его самоотдачей и профессионализмом. Мы считаем, что на правомерность такой трактовки также указывает отсутствие значимых линейных связей между оценкой состояния пациента при выписке (пункт 17) и оценкой врача участниками опроса.

При менее четких оценках врача (пункт 15), основанных на словесных определениях и более ориентированных (по формулировке вопроса) на социально-коммуникационную функцию, было получено большее «хороших» оценок, чем «отличных», против преимущественно «пятерок» в пункте 18. Иными словами, участники, как можно заключить, дифференцировали профессионализм и самоотдачу врача от его коммуникативности.

Тем не менее при уточняющем вопросе о связи состояния пациента с оценкой врача 44 из 76 опрошенных выбрали ответы, которые в определенной степени опровергают постоянную объективность большой доли участников в отношении доктора (см. суммарные ответы на вопрос 20 в таблице), т. е. влияние состояния пациента на мнение родственников о враче может быть весьма велико независимо от предпринятых усилий, профессионализма и самоотдачи. Это логично объяснить стрессовым состоянием семьи (см. пункт 12). Вместе с тем остальные 32 из 76 участников указали, что исход лечения не повлиял бы на их оценку врача.

Обсуждение

Какие практические формы построения эффективных коммуникаций между врачами и членами семей лежащих в клинике пациентов могут быть достаточно хорошо формализованы? На наш взгляд, в данном случае актуальны вполне привычные и доступные сегодня, но не используемые либо мало используемые инструменты, например предоставление подписки для зарегистрированного представителя пациента на ежедневные индивидуальные информационные бюллетени о состоянии больного и принимаемых мерах, предстоящих процедурах. Такие бюллетени могли бы предоставляться в печатном виде, в виде электронных сообщений или SMS. Полагаем, что содержание и структура такого бюллетеня могут быть достаточно подробными и связанными с внутренним документооборотом, а сама процедура подготовки информации и передачи данных автоматизирована. Другой пример – создание адекватной «горячей линии» с доступом к актуальной информации по паролю (сегодня многие родственники пациентов не могут получить требуемую ими информацию, так как сотруднику больницы не всегда ясно, кто звонит и имеет ли он право доступа к личным данным).

Хорошим шагом, по нашему мнению, было бы наличие в клинике специального штатного помещения для родственников тяжелобольных, в котором бы присутствовал штатный психолог, ориентированный на работу с членами семей пациента и располагающий доступом к медицинским данным. В этом случае снималась бы дополнительная нагрузка на лечащего врача или заведующего отделением. В таком помещении также могли бы проводиться и специальные «брифинги» дежурного врача. Участие членов семей пациентов в профильных школах по уходу за больными и мерам домашней реабилитации также было бы более легким благодаря ранней организации, большей системности работы с ними как с выделенной категорией участников медицинского события

(болезни родственника). Возможно, здесь могли бы при необходимости оказываться и консультации, связанные с финансовыми и юридическими вопросами. Речь идет о хорошо известных и обсуждаемых мерах, но слабо внедренных в реальную практику.

Соответственно предметом обсуждения для организаторов здравоохранения являются не только набор потенциально полезных мер и инструментов, но и экономические, организационные возможности клиники, так как сегодня любое действие сотрудника лечебно-профилактического учреждения должно быть «вписано» в сложный контекст, включающий, кроме вопросов непосредственного лечения, например вопросы соответствия каким-либо стандартам, этическим нормам и т. д. Однако самым важным остается здоровье пациента. По этому поводу уместно процитировать классика социологии Питирима Сорокина [14]: «Любая социокультурная система пока она существует и функционирует непрерывно порождает последствия, которые являются результатами не внешних факторов, а существования и жизнедеятельности самой системы», т. е. в условиях усложняющихся форм социального взаимодействия необходимо помнить о свойствах сложных социальных систем и главных целях, для которых создавалась система здравоохранения. В этой связи те меры, которые будут приводить к улучшению системы общественных коммуникаций и обеспечению благоприятной морально-психологической атмосферы, в частности в здравоохранении, следует считать наиболее правильными и исходя именно из этого определять приоритеты и степень «выгодности» и «полезности» конкретных способов работы.

Заключение

Проведенное изучение мнений родственников пациентов (отделение ОНМК) указывает на то, что оценка качества работы врача может быть не всегда основана только на его профессионализме и самоотдаче, что можно связать с испытываемым родственниками больного стрессом. В свою очередь понимание высокого качества работы врача может способствовать его высокой оценке даже при неблагоприятном исходе для пациента. Одним из важных элементов создания и поддержания благоприятной психологической и информационной среды является наличие эффективных коммуникаций специалистов с семьей пациента. Необходимость таких коммуникаций в той или иной форме подчеркивается всеми опрошенными.

Разработка разумных рекомендаций, типовой системы или вариантов того, как именно выстраивать отношения с родственниками пациентов, полагаем, будет способствовать благоприятной рабочей атмосфере и уменьшению психоэмоционального напряжения среди членов семей больного и сотрудников лечебно-профилактического учреждения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Петров Р.В., Юдин Б.Г. Развитие биоэтики в России. *Казанский медицинский журнал*. 2008; 89(4): 387–94.
2. Stempsey W.E. Philosophy of medicine is what philosophers of med-

- icine do. *Perspect. Biol. Med.* 2008; 51(3): 379–91. doi: 10.1353/pbm.0.0021.
3. Han B., Haley W.E. Family caregiving for patients with stroke. Review and analysis. *Stroke.* 1999; 30(7): 1478–85.
 4. Saban K.L., Sherwood P.R., DeVon H.A., Hynes D.M. Measures of psychological stress and physical health in family caregivers of stroke survivors: a literature review. *J. Neurosci. Nurs.* 2010; 42(3): 128–38.
 5. Camak DJ. Addressing the burden of stroke caregivers: a literature review. *J. Clin. Nurs.* 2015; 24(17–18): 2376–82. doi: 10.1111/jocn.12884.
 6. Lai D.W. Effect of financial costs on caregiving burden of family caregivers of older adults. *Sage Open.* 2012. doi:10.1177/2158244012470467
 7. Veatch R.M. *The Patient-Physician Relation: The Patient as Partner. Part 2.* Bloomington, IN: Indiana University Press; 1991.
 8. Nishimura K., Nakamura F., Takegami M., Fukuhara S., Nakagawara J., Ogasawara K. et al. Cross-sectional survey of workload and burnout among Japanese physicians working in stroke care: the nationwide survey of acute stroke care capacity for proper designation of comprehensive stroke center in Japan (J-ASPECT) study. *Circ. Cardiovasc. Qual. Outcomes.* 2014; 7(3): 414–22. doi: 10.1161/CIRCOUTCOMES.113.000159.
 9. Кравченко С.А. К обоснованию гуманистической теории сложности общества. *Вестник МГИМО-Университета.* 2013; 1(28): 180–4.
 10. Зарубина Н.Н. Упрощенные социальные практики как способ адаптации к сложному социуму. *Социологические исследования.* 2014; 5: 37–46.
 11. Кубряк О.В., Ермакова А.Н., Айдинов А.А. К проблематике постдипломного обучения и самообразования врачей в области медицинской реабилитации. *Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены.* 2015; 1(125): 91–8. DOI: 10.14515/monitoring.2015.1.07
 12. Ондрейкович П. Интерпретация и объяснения в исследованиях социологов. *Социологические исследования.* 2008; 12: 36–46.
 13. Рогозин Д.М. *Когнитивный анализ опросного инструмента.* М.: Институт Фонда «Общественное мнение»; 2002.
 14. Сорокин П.А. *Социальная и культурная динамика: Исследования изменений в больших системах искусства, истины, этики, права и общественных отношений.* СПб.: Издательство Русского Христианского гуманитарного института; 2000.
 15. icine do. *Perspect. Biol. Med.* 2008; 51(3): 379–91. doi: 10.1353/pbm.0.0021.
 16. Han B., Haley W.E. Family caregiving for patients with stroke. Review and analysis. *Stroke.* 1999; 30(7): 1478–85.
 17. Saban K.L., Sherwood P.R., DeVon H.A., Hynes D.M. Measures of psychological stress and physical health in family caregivers of stroke survivors: a literature review. *J. Neurosci. Nurs.* 2010; 42(3): 128–38.
 18. Camak DJ. Addressing the burden of stroke caregivers: a literature review. *J. Clin. Nurs.* 2015; 24(17–18): 2376–82. doi: 10.1111/jocn.12884.
 19. Lai D.W. Effect of financial costs on caregiving burden of family caregivers of older adults. *Sage Open.* 2012. doi:10.1177/2158244012470467
 20. Veatch R.M. *The Patient-Physician Relation: The Patient as Partner. Part 2.* Bloomington, In: Indiana University Press; 1991.
 21. Nishimura K., Nakamura F., Takegami M., Fukuhara S., Nakagawara J., Ogasawara K. et al. Cross-sectional survey of workload and burnout among Japanese physicians working in stroke care: the nationwide survey of acute stroke care capacity for proper designation of comprehensive stroke center in Japan (J-ASPECT) study. *Circ. Cardiovasc. Qual. Outcomes.* 2014; 7(3): 414–22. doi: 10.1161/CIRCOUTCOMES.113.000159.
 22. Kravchenko S.A. To justifying of the humanistic theory of complexity of society. *Vestnik MGIMO-Universiteta.* 2013; 1(28): 180–4. (in Russian)
 23. Zarubina N.N. Simplified social practices as an adopting means to complex socium. *Sotsiologicheskie issledovaniya.* 2014; 5: 37–46. (in Russian)
 24. Kubryak O.V., Ermakova A.N., Aidinov A.A. Problems of postgraduate education and self-education of rehabilitation physicians. *Monitoring obshchestvennogo mneniya: ekonomicheskie i sotsial'nye problem.* 2015; 1(125): 91–8. DOI: 10.14515/monitoring.2015.1.07. (in Russian)
 25. Ondreykovich P. Interpretation and explanation in the research of sociologists. *Sotsiologicheskie issledovaniya.* 2008; 12: 36–46. (in Russian)
 26. Rogozin D.M. *Cognitive Analysis of Survey Instrument [Kognitivniy analiz oprosnogo instrumenta].* Moscow: Institute of the Fund “Public Opinion”; 2002. (in Russian)
 27. Sorokin P.A. *Social and Cultural Dynamics: A Study of Change in Major Systems of Art, Truth, Ethics, Law, and Social Relationships [Sotsial'naya i kul'turnaya dinamika: issledovanie izmeneniy v bol'shikh sistemakh iskusstva, istiny, etiki, prava i obshchestvennykh otноsheniy].* St. Petersburg: Publishing House of Russian Christian Humanitarian Institute; 2000. (in Russian)

Поступила 24.09.15

REFERENCES

1. Petrov R.V., Yudin B.G. The development of bioethics in Russia. *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal.* 2008. Т. 89. №4. P. 387–94. (in Russian)
2. Stempsey W.E. Philosophy of medicine is what philosophers of med-

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015

УДК 615.844.015.2:615.8351.03:616.248

Савченко В.М.¹, Гришин М.Н.¹, Дудченко Л.Ш.², Ковальчук С.И.², Пьянков А.Ф.², Аухадиев Н.Н.¹, Корчагина Е.О.¹

Качество жизни больных бронхиальной астмой при комбинированном применении гипоксически-гиперкапнической стимуляции и амплипульстерапии на этапе курортного лечения

¹Медицинская академия им. С. И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В. И. Вернадского» Минобрнауки РФ, 295000, Симферополь, Республика Крым, Россия; ²ГБУЗ РК «Академический НИИ физических методов лечения, медицинской климатологии и реабилитации им. И. М. Сеченова», Министерства здравоохранения Республики Крым, 298203, Ялта, Республика Крым, Россия

Для корреспонденции: Савченко Валентин Михайлович, E-mail: svm-yalta@yandex.ru

Лечение больных бронхиальной астмой (БА) направлено на достижение полного контроля течения заболевания и повышение качества жизни (КЖ). Цель исследования – изучить влияние на КЖ больных БА гипоксически-гиперкапнической стимуляции (ГТС) в виде тренировок, амплипульстерапии (АПТ) и их комбинации. У 127 больных БА до и через 6 мес курортного лечения изучено КЖ при помощи вопроса-ника MOS 36-Item Short-Form Health Survey. Процедуры АПТ и ГТС проводили на фоне сопоставимого