

освещаются вопросы регулирования труда медицинских работников, нормирование рабочего времени, предоставление времени отдыха, дисциплинарной и материальной ответственности, рассматриваются также особенности правового статуса молодых специалистов. В процессе обучения рассматриваются также вопросы уголовной ответственности медицинских и фармацевтических работников за совершение профессиональных и должностных преступлений.

Все занятия по дисциплинам правового цикла направлены на то, чтобы дать обучаемым современные, целостные, систематизированные знания о праве, привить, повысить уровень правовой культуры, сформировать убежденность в необходимости правомерного поведения, сформировать профессиональные компетенции, закрепленные в государственном образовательном стандарте высшего профессионального образования.

Выводы. Профессионально-правовая компетентность носит интегративный характер и определяется совокупностью компетенций, в зависимости от уровня сформированности которых специалист может принимать грамотные решения в процессе профессиональной деятельности. Компонентами правовой компетентности студента медицинского вуза являются правовые знания, умения и навыки, преобразованные в ходе учебного процесса в профессионально значимые личностные качества, позволяющие успешно осуществлять профессиональную деятельность в сфере оказания медицинских услуг населению, разрешать возможные конфликтные ситуации с участием пациентов, воздержаться от неправомерного поведения.

Литература

1. Вишнякова, С.М. Профессиональное образование. Словарь. Ключевые понятия, термины, актуальная лексика / С.М. Вишнякова. – М. : НМЦ СПО. – 1999. – 538 с.
2. Соболева, М. А. Структурно-содержательная модель формирования правовой компетенции студентов медицинского института / М. А. Соболева // Молодой ученый. – 2013. – №5. – С. 762-766.
3. Соболева, М. А. Современные методы формирования правовой компетенции будущих специалистов сферы здравоохранения в процессе профессионального образования / М. А. Соболева // Проблемы и перспективы развития образования: материалы III междунар. науч. конф., Пермь, янв. 2013 г. – Пермь : Меркурий, 2013. – С. 127-129.

ТИПЫ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Фомин Ф.А.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) является одной из самых распространенных заболеваний среди патологии желудочно-кишечного тракта и, в тоже время, второй по частоте причиной хирургического вмешательства после аппендицита. Распространенность ЖКБ колеблется в широких пределах в зависимости от региона. Так в западных странах она составляет примерно 7.9% у мужчин и 16.6% у женщин. В странах Азии в пределах от 3% до 15%, минимальна встречаемость холелитиаза среди населения Африки и жителей крайнего Севера, где она не превышает 5%. Частота образования желчных камней увеличивается с возрастом, достигая 45-50% у женщин старше 80 лет [4].

В послеоперационном периоде следует оценивать психологические сдвиги, которые наступают как непосредственно вслед за операцией, так и в ближайшем и отдаленном периодах. Формы личностного реагирования, возникающие непосредственно после операции, носят адаптационный характер и отражают особенности течения заболевания. Особенности реакций, их выраженность и продолжительность зависят от совокупности факторов, важнейшими из которых являются характер заболевания, течение послеоперационного периода (нарушения, непосредственно связанные с операцией, и последующие осложнения), личностный преморбид [1,3].

Спектр личностных трансформаций в условиях болезни наиболее полно отражает термин «отношение к болезни». Отношение к болезни, включающее в себя когнитивный, эмоциональный и поведенческий компоненты, может представлять собой единицу анализа компенсаторного потенциала личности в условиях болезни [2].

Анализ качества жизни и психологических особенностей пациентов предоставляет возможность более точно оценить изменения и нарушения в состоянии здоровья. Полученные результаты позволяют не только оптимизировать рациональный подход к лечению, но и минимизировать частоту рецидива болезни, обеспечив эффективность результатов по параметрам, которые находятся на стыке научного подхода хирургов и субъективной точки зрения пациента [5].

Цель: Изучить субъективное отношение к перенесенному лечению пациентов с желчнокаменной болезнью.

Задачи: Определить преобладающие типы отношения к болезни.

Материал и методы: В ходе исследования было проведено тестовое обследование у 50 пациентов, проходивших лечение в УЗ ВГЦКБСМП с диагнозом желчнокаменная болезнь, на 1-2 сутки после операционного

вмешательства. Возраст обследованных составил от 20 до 65 лет (среднее значение 44.1 ± 21 год). Изучение типов отношения к болезни было проведено при помощи теста ТОБОЛ.

Согласно валидации теста для диагностики типа, находят шкалу (или шкалы) с максимальным значением суммы диагностических коэффициентов и определяют, есть ли в профиле такие шкалы, которые находятся в пределах диагностической зоны. Если шкала с максимальной оценкой является единственной, и нет каких-либо других, оценки которых отличаются от максимальной не более чем на 7 баллов, то диагностируют только тип, соответствующий этой шкале. При наличии 2-3 соответствующих показателей шкал говорят о смешанном типе отношения к болезни, если более 3-х значений отстоят в пределах 7 баллов от максимального значения, то констатируют диффузный тип отношения к болезни. При смешанном типе, если в диагностическую зону наряду с другими шкалами попадает шкала гармоничного типа, последний исключается из рассмотрения как составляющий, таким образом, гармоничный тип диагностируют только как «чистый».

Результаты и обсуждение. В результате анализа полученных данных была определена доля чистых типов отношения к болезни, которая составила 60% (24 пациента), доля смешанных типов отношения к болезни составила 37,5% (15 пациентов) и у одного пациента был диагностирован диффузный тип. 10 пациентов отказались заполнять предложенный тест.

По результатам интерпретации профиля ТОБОЛ, с оценкой максимума преобладания шкал профиля, выделены три блока типов отношения к болезни. Первый, условно адаптивный, с гармоничным, эргопатическим и анозогнозическим типами; второй, интрапсихически-дезадаптивный, с тревожным, ипохондрическим, неврастеническим, меланхолическим и апатическим типами; третий, интерпсихически-дезадаптивный, с сенситивным, эгоцентрическим, паранойяльными дисфорическим типами.

На долю I блока приходилось 72,5% (29 пациентов), из них к чистому эргопатическому типу относилось 13 пациентов, анозогнозическому 9 пациентов и 7 пациентов обладали смешанным эргопатическо-анозогнозическим типом. К II блоку относились 10% от всех обследованных (4 пациента). К III блоку было отнесено 2,5% (1 пациент). К сочетанию интер- и интрапсихических блоков, в виде смешанных типов отношения к болезни, было отнесено 12,5% обследованных (5 пациентов).

Выводы:

1. У большинства пациентов (72,5%) отмечались условно адаптивные типы отношения к болезни. Что говорит о благоприятном психоэмоциональном прогнозе выздоровления.

2. Ни у одного пациента не было выявлено гармоничного, наиболее способствующего полному выздоровлению, типа отношения к болезни. Это свидетельствует о потенциале психокоррекционных мероприятий с пациентами в хирургическом стационаре.

Литература

1. Лакосина, Н.Д. Клиническая психология : учеб. для студ. мед. вузов / Н.Д. Лакосина, И.И.Сергеев, О.Ф. Панкова. – 3-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – 416с.)
2. Личко, А.Е. Психология отношений как теоретическая концепция в медицинской психологии и психотерапии / А.Е. Личко // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1977. – № 12. – С. 1833–1838.
3. Сухобрус, Е.А. Современные методы психодиагностики и коррекции в структуре реабилитационного процесса больных травматической болезнью / Е.А. Сухобрус // Психологическое сопровождение и организационно-медицинские алгоритмы реабилитации : сб. науч. ст. / под ред. С.И. Блохиной, Л.Т. Баранской. – Екатеринбург : «СВ-96», 2005. – С. 222–241.
4. Reshetnyak, V. I. Concept of the pathogenesis and treatment of cholelithiasis / V. I. Reshetnyak // World J Hepatol. – 2012 Feb. – Vol. 27, N 4 (2). – P. 18–34.
5. Health-related quality of life in chronic disorders: a comparison across studies using the MOS SF-36 / Shlenk E. [et al.] // Qual Life Res. – 1998 Jan. – Vol. 7, N 1. – P. 57–65.

КУЛЬТУРОЛОГИЧЕСКАЯ ДОКТРИНА РАЗВИТИЯ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Церковский А.Л.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Современное развитие высшего медицинского образования (ВМО) происходит на фоне смены доминирующей в науке и обществе индустриальной парадигмы на формирующуюся сейчас постиндустриальную, при которой в центре внимания находится человек; лидирующая роль при этом должна принадлежать гуманитарным наукам (Ю.В. Яковец, 1997).

По мнению В.А. Аверина, «...это не может не сказаться и на образовании, как одном из важнейших социальных институтов общества. Отказ от командно-административного типа управления в образовании, поворот к личности студента требуют переосмысления целей и назначения образования и, стало быть,