

DOI: 10.29296/25877305-2018-02-23

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС БОЛЬНОГО АГ С ПОЗИЦИЙ ПАЦИЕНТООРИЕНТИРОВАННОСТИ

С. Садреева, доктор медицинских наук,
Д. Зинатуллина, кандидат медицинских наук
 Самарский государственный медицинский университет
 E-mail: dsadri@mail.ru

Новый принцип отечественного здравоохранения – пациентоориентированность – предполагает внимание к эмоциональному состоянию пациента, понимание его запросов, выстраивание эффективных коммуникаций с ним, позволяет добиться большей приверженности больного лечению.

Ключевые слова: пациентоориентированность, психоэмоциональное состояние, артериальная гипертензия.

Для цитирования: Садреева С., Зинатуллина Д. Психоэмоциональный статус больного АГ с позиций пациентоориентированности // Врач. – 2018; 29 (2): 83–86. DOI: 10.29296/25877305-2018-02-23

Своевременно и продуктивно реагировать на потребности и ожидания людей – основа стратегического документа «Приоритетные задачи в области укрепления систем здравоохранения в европейском регионе ВОЗ на 2015–2020 годы. Ориентация на нужды людей: от слов к делу», принятого в ходе 65-й сессии Европейской региональной комиссии ВОЗ в 2015 г. (Вильнюс). При этом основным ориентиром выступает стремление найти общий язык с пациентами в качестве партнеров в деле укрепления здоровья, организации медицинских услуг и повышения их качества, основываясь на том, что успех лечения и профессионально оказанной медицинской помощи во многом определяется удовлетворенностью пациента предоставляемыми услугами [1].

Минздравом России в ноябре 2015 г. провозглашен переход на новый принцип отечественного здравоохранения – пациентоориентированность (ПО); и этот термин становится привычным для медицинских работников. Усилия медицинских организаций направлены на то, чтобы пациенты были удовлетворены всеми аспектами оказания медицинской помощи – от создания комфортной среды в организации до высокого профессионализма врача. ПО – это способность медицинских работников думать и действовать в интересах пациента и его требований с учетом возраста, пола, образования, профессии, фактического состояния здоровья, медицинских познаний и представлений, настроения и т.д., т.е. соответствовать требованиям и ожиданиям пациента. Основные задачи ПО: внимание к эмоциональному состоянию пациента, конструктивная коммуникация, уважительное отношение к больному, понимание его запросов, умение работать с ним. Пациенты вправе ожидать внимательного отношения к себе как к личности со стороны всех медицинских работников.

Артериальная гипертензия (АГ) – одна из самых распространенных болезней; АГ страдают около 1 млрд человек в мире, причем показатель заболеваемости ежегодно растет.

Согласно некоторым прогнозам, к 2025 г. число людей с АГ увеличится на 60%. Но тревогу вызывает не столько распространенность этой болезни в нашей стране, сколько степень приверженности больных лечению [2].

О своем заболевании знают 81,1% страдающих АГ, но эффективно лечатся лишь 27,3%. Проведенный ВОЗ анализ показал, что вклад АГ в преждевременную смертность населения РФ составляет 35%, в потерянные годы здоровой жизни – 17%.

В научных работах Н.В. Погосовой, выполненных в 2004–2017 гг. [3, 4], подчеркивается значительный вклад психоэмоциональных факторов в риск смерти, особенно у пациентов, страдающих АГ или ИБС. С.А. Бойцов [5] отмечает, что в научной среде все активнее обсуждается вопрос о коррекции психосоциальных факторов риска как о методике профилактики осложненных хронических неинфекционных заболеваний. Негативная роль указанных факторов в развитии и прогрессировании хронических неинфекционных заболеваний, в первую очередь АГ, доказана результатами более чем 50-летнего научного поиска. Именно факт тесного взаимодействия психических и соматических факторов в генезе и проявлениях АГ позволяет многим современным исследователям отнести ее к психосоматическим заболеваниям.

Зарубежными авторами представлены данные, свидетельствующие о том, что социально-экономический статус, который определяется родом занятий, уровнем образования и доходом, влияет на развитие АГ [6, 7]. D. Human, V. Pavlik [7], а также P. Lantz и соавт. [8] считают, что низкий уровень образования и низкий социально-экономический статус напрямую соотносятся с низкой приверженностью больных лечению АГ [7, 8].

Более выраженная и длительная гипертензивная реакция в условиях психологического стресса выявляется у пациентов с различными психопатологическими изменениями [9]. Ведущее место среди этих состояний занимают пограничные психические расстройства – невротические и невротоподобные, представленные тревожным синдромом либо их сочетанием (особенно – фобическим, неврастеническим, депрессивным, ипохондрическим или истерическим) [10, 11].

По наблюдению Н.В. Погосовой [3], социально-психологическая дезадаптация выявляется у 80% больных АГ. Результаты исследований отечественных и зарубежных ученых показали, что психологическое дезадаптированное состояние – очень мощный барьер для выполнения человеком любых врачебных рекомендаций.

По мнению Р.Г. Оганова [12], несмотря на большой арсенал антигипертензивных препаратов и их комбинаций, в реальной клинической практике достичь целевого уровня АД удается в среднем лишь в 30% случаев. Одна из основных причин этого – низкая приверженность пациентов назначениям медиков. Врач порой сталкивается с такой проблемой, как нежелание пациента помочь самому себе. На пути решения этой проблемы встают как минимум 2 задачи – необходимые: 1) корректное, грамотное информирование пациента о его проблеме; 2) мотивация пациента, отказ от факторов риска заболевания – осознание полезности здорового образа жизни, с учетом возраста, пола, социальной группы и психоэмоциональных особенностей (нюансов) пациента.

Задачей организаторов здравоохранения становится познание структуры личности своих пациентов, их психоэмоционального состояния, особенности социально-психологической адаптации к болезни, типов реагирования на заболевание, возможностей выполнения пациентом рекомендаций врача.

Целью нашего исследования было оценить психоэмоциональное состояние больного АГ для выстраивания эффективного взаимодействия с ним.

В исследовании участвовали 224 больных АГ работников Куйбышевской железной дороги, находившихся на стационарном лечении. Из числа обследованных 60,7% были мужчины и 39,3% – женщины в возрасте от 24 до 68 лет (средний возраст $45,2 \pm 10,0$ года). Характеристика больных представлена в табл. 1. Высшее образование имели 46,4%, среднее специальное – 44,6% больных, обследованные с АГ I стадии составили 40,6%, II стадии – 51,8%, III стадии – 7,6% больных.

В ходе исследования проводилась клиническая беседа и психодиагностическое обследование больных с определением личностных качеств обследуемых с помощью хорошо адаптированных к практике и апробированных психологических тестов Спилбергера, Личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ), Фолстена:

- Определение уровня тревожности, изучение эмоциональной сферы – психики и состояния больных проводили по шкале личностной (ЛТ) и реактивной (РТ) тревожности Спилбергера, адаптированной Ю.Л. Ханиным [13]. Под ЛТ понимали относительно устойчивую индивидуальную характеристику, черту, дающую представление о предрасположенности человека к тревожности, т.е. его склонности воспринимать достаточно широкий круг ситуаций как угрожающие и реагировать на них состоянием тревожности различного уровня. РТ характеризовалась субъективно переживаемыми эмо-

циями напряжения, беспокойства, озабоченности, «невозможности».

- Для определения особенностей реагирования больных на заболевание использовали ЛОБИ. С его помощью определяли гармоничный, тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический, неврастенический, обсессивно-фобический, сенситивный, эгоцентрический, эйфорический, анозогнозический, эргопатический, паранойяльный типы. Согласно правилу диагностики типов отношения к болезни, изложенных в инструкции, при чистом типе выявляется только 1 тип по максимальной шкале, и это был гармоничный тип, при смешанном типе – 2, а при диффузном – одновременно >3 типов реагирования на болезнь [14].
- Определение когнитивной сферы по тесту-опроснику Фолстена (Mini-Mental State Examination – MMSE) включало оценку уровня внимания, ориентировки, памяти на недавние и отдаленные события, речи, праксиса, зрительно-пространственных функций, счета и способности к выработке суждений. Шкала оценки предполагала результаты от 0 до 30 баллов, соответствующие степени когнитивных расстройств. Чем выше балл, тем лучше когнитивные функции; показатели от 28 до 30 баллов подтверждали отсутствие когнитивных нарушений.

Проведенное исследование показало, что уровень ЛТ в группе обследуемых составил в среднем $36,2 \pm 10,6$ балла, РТ – $34,3 \pm 11,1$ балла (табл. 2). У мужчин уровень ЛТ был выше, чем у женщин, что свидетельствует о более высокой их чувствительности и предрасположенности к восприятию ситуации как угрожающей. Особенно это отмечается в следующих возрастных группах (баллы): 31 год – 40 лет ($39,87 \pm 9,43$); 41 год – 50 лет ($38,07 \pm 10,14$) и 51 год – 60 лет ($37,75 \pm 8,95$). РТ была более выражена у женщин, чем у мужчин (соответственно $35,63 \pm 10,32$ и $33,85 \pm 11,76$ балла); проявлялась ярко, была эмоционально окрашена, с выраженным психоэмоциональным напряжением, беспокойством и озабоченностью. Наиболее высокие показатели РТ установлены у женщин в возрастных группах 61 год – 70 лет и до 30 лет.

Показатели РТ достаточно динамичны, они наиболее удобны для оценки изменения психоэмоционального состояния и эффективности лечения. Сравнение уровня ЛТ и РТ, характера эмоциональных сфер, состояния больных и понимание

того, что уровень ЛТ является наиболее устойчивой чертой личности, дает нам основание полагать, что группа мужчин, больных АГ, требует повышенного внимания со стороны врача.

Изучение психологической реакции на болезнь с использованием теста ЛОБИ показало преобладание среди всех обследованных эргопатического (36,2%), тревожного (27,7%) и гармоничного (24,1%) типов; похожая картина обнаружена также среди женщин, а у мужчин преобладал эргопатический (27,9%), тревожный (25,0%), сенситивный (22,8%) и гармоничный (20,5%) типы (табл. 3). Эргопатический тип был более выражен у женщин, преимущественно в возрастных группах 41 год – 50 лет и 51 год – 60 лет (соответственно 23,9 и 19,3%); у мужчин чаще всего (11,8%) этот тип

Таблица 1
Характеристика больных АГ, находившихся на стационарном лечении; % (M±σ)

Показатель	Мужчины	Женщины	Все больные
Возраст, годы	$43,9 \pm 10,3$	$46,9 \pm 9,3$	$45,2 \pm 10,0$
Длительность АГ, годы	$5,7 \pm 3,4$	$6,5 \pm 4,5$	$6,0 \pm 4,1$
САД, мм рт. ст.	$151,8 \pm 12,4$	$162,3 \pm 16,1$	$155,9 \pm 14,9$
ДАД, мм рт. ст.	$94,7 \pm 4,2$	$97,0 \pm 8,1$	$95,6 \pm 6,1$

Примечание. САД – систолическое, ДАД – диастолическое АД.

Таблица 2
Показатели уровня РТ и ЛТ больных АГ с учетом пола и возраста; n (%); M±σ

Показатель, балл	Мужчины					всего
	возраст, годы					
	до 30	31-40	41-50	51-60	61-70	
	16 (11,8)	32 (23,5)	52 (38,2)	32 (23,5)	4 (3,0)	136 (100)
РТ	$30,00 \pm 13,63$	$28,00 \pm 10,84$	$34,23 \pm 12,48$	$39,62 \pm 9,13$	$42,33 \pm 3,05$	$33,85 \pm 11,76$
ЛТ	$34,50 \pm 11,23$	$39,87 \pm 9,43$	$38,07 \pm 10,14$	$37,75 \pm 8,95$	$23,33 \pm 4,04$	$37,44 \pm 9,88$
Показатель, балл	Женщины					всего
	возраст, годы					
	до 30	31-40	41-50	51-60	61-70	
	4 (4,5)	16 (18,2)	40 (45,5)	20 (22,7)	8 (9,1)	88 (100)
РТ	$38,33 \pm 3,05$	$35,60 \pm 10,31$	$35,60 \pm 10,30$	$35,61 \pm 10,33$	$38,83 \pm 5,31$	$35,63 \pm 10,32$
ЛТ	$37,33 \pm 7,09$	$34,71 \pm 11,44$	$34,71 \pm 11,43$	$34,72 \pm 11,43$	$44,52 \pm 1,93$	$34,71 \pm 11,40$

встречался в возрасте 41 год – 50 лет. Тревожный тип реагирования преобладал у женщин (31,8%), причем чаще (15,2%) – в возрасте 51 года – 60 лет; у мужчин в той же возрастной группе этот показатель составил 13,3%.

В соответствии с данным опросником, **эргопатический** тип – это «уход от болезни в работу». Даже при тяжелой болезни и страданиях больные стараются во что бы то ни стало работать; трудятся с еще большим рвением, чем до болезни, отдают работе все время, стараются лечиться и обследоваться так, чтобы была возможность для продолжения работы. **Тревожный** тип – это постоянное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Поиск дополнительной информации о новых способах лечения болезни и вероятных осложнениях. Настроение большей частью тревожное и угнетенное. **Сенситивный** тип – чрезмерная ранимость, уязвимость, озабоченность возможными неблагоприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения о болезни. Опасения, что окружающие станут жалеть, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться, избегать общения с больным. Колебания настроения, связанные в основном с межличностными контактами. **Гармоничный** тип – это трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть и без оснований видеть все в мрачном свете. Стремление во всем активно содействовать успеху лечения. В случае неблагоприятного прогноза (инвалидизации) – переключение интересов на те области жизни, которые останутся доступными больному.

Полученные нами данные позволили предположить, что 60,3% больных АГ работников железной дороги – это люди с эргопатическим и гармоничным типами реагирования, для которых была характерна меньшая выраженность социальной дезадаптации в связи с заболеванием; они заинтересованы в продолжении своей деятельности, старались лечиться и обследоваться так, чтобы в дальнейшем продолжать работу и не преувеличивали степень тяжести своего состояния. Лица с тревожным типом отмечались интрапсихической направленностью, что клинически выражалось в реакциях по типу «раздражительной слабости» и отказе от борьбы – «капитуляцией» перед заболеванием.

Результаты изучения когнитивной сферы по тесту Фолстена представленные в табл. 4, у всех мужчин и женщин находились в пределах границ нормы – это показатели концентрации внима-

ния, снижения памяти, ориентации во времени, пространстве, речевые функции. У мужчин в возрастной группе 61 год – 70 лет отмечались когнитивные расстройства (шкала оценки <23 баллов) по позициям: память, ориентация в пространстве, концентрация внимания, речевые функции. У женщин с АГ когнитивные функции были понижены в возрастной группе 61 год – 70 лет по таким показателям, как восприятие, концентрация внимания, память, речевые функции и в возрасте 31 года – 40 лет – по показателям ориентации во времени, пространстве, восприятия, памяти, речевых функций. У остальных больных АГ когнитивные расстройства не выявлены.

Таблица 3
Типы психологической реакции на заболевание больных АГ с учетом пола и возраста; n (%)

Тип	Мужчины					всего
	возраст, годы					
	до 30	31-40	41-50	51-60	61-70	
	16 (11,8)	32 (23,5)	52 (38,2)	32 (23,5)	4 (3,0)	136 (100)
Гармоничный	1 (0,7)	7 (5,2)	15 (11,0)	4 (2,9)	1 (0,7)	28 (20,5)
Тревожный	–	4 (2,9)	11 (8,1)	18 (13,3)	1 (0,7)	34 (25,0)
Ипохондрический	–	4 (2,9)	9 (6,6)	5 (3,6)	1 (0,7)	19 (13,8)
Меланхолический	–	–	9 (6,6)	7 (5,2)	–	16 (11,8)
Апатический	–	2 (1,4)	7 (5,2)	7 (5,2)	–	16 (11,8)
Неврастенический	–	12 (8,8)	7 (5,2)	5 (3,6)	–	24 (17,6)
Обсессивно-фобический	–	6 (4,5)	5 (3,6)	9 (6,6)	–	20 (14,7)
Сенситивный	–	10 (7,3)	13 (9,6)	8 (5,9)	–	31 (22,8)
Эгоцентрический	–	4 (2,9)	10 (7,4)	6 (4,4)	–	20 (14,7)
Эйфорический	–	9 (6,6)	3 (2,2)	–	–	12 (8,8)
Анозогностический	–	–	9 (6,6)	3 (2,2)	–	12 (8,8)
Эргопатический	3 (2,2)	4 (2,9)	16 (11,8)	14 (10,3)	1 (0,7)	38 (27,9)
Паранойяльный	–	–	8 (5,9)	–	–	8 (5,9)
Тип	Женщины					всего
	возраст, годы					
	до 30	31-40	41-50	51-60	61-70	
	4 (4,5)	16 (18,2)	40 (45,5)	20 (22,7)	8 (9,1)	88 (100)
Гармоничный	2 (2,3)	7 (7,9)	13 (14,8)	4 (4,5)	–	26 (29,5)
Тревожный	–	2 (2,3)	5 (5,7)	14 (15,9)	7 (7,9)	28 (31,8)
Ипохондрический	–	2 (2,3)	–	1 (1,1)	1 (1,1)	4 (4,5)
Меланхолический	2 (2,3)	–	7 (7,9)	15 (17,1)	–	24 (27,3)
Апатический	–	–	4 (4,5)	–	–	4 (4,5)
Неврастенический	–	–	10 (11,4)	5 (5,7)	1 (1,1)	16 (18,2)
Обсессивно-фобический	–	–	6 (6,8)	2 (2,3)	–	8 (9,1)
Сенситивный	–	–	4 (4,5)	8 (9,1)	–	12 (13,6)
Эгоцентрический	–	4 (4,5)	6 (6,8)	2 (2,3)	–	12 (13,6)
Эйфорический	–	–	8 (9,1)	4 (4,5)	–	12 (13,6)
Анозогностический	–	–	11 (12,5)	5 (5,7)	–	16 (18,2)
Эргопатический	–	5 (5,7)	21 (23,9)	17 (19,3)	–	43 (48,9)
Паранойяльный	–	–	2 (2,3)	2 (2,3)	4 (4,5)	8 (9,1)

Таблица 4

Показатели когнитивной функции больных АГ с учетом пола и возраста; n (%); M±σ

Показатель, баллы	Мужчины					всего
	возраст, годы					
	до 30	31-40	41-50	51-60	61-70	
	16 (11,8)	32 (23,5)	52 (38,2)	32 (23,5)	4 (3,0)	136 (100)
Ориентация во времени	4,91±0,09	4,97±0,10	4,84±0,37	4,87±0,35	4,33±0,57	4,77±0,73
Ориентация в пространстве	4,57±0,16	4,75±0,21	4,76±0,43	4,75±0,46	4,00±0,54	4,68±0,62
Восприятие	2,75±0,11	2,85±0,01	2,92±0,27	2,62±0,74	2,67±0,57	2,85±0,42
Концентрация внимания	4,89±0,15	4,91±0,05	4,69±0,63	4,75±0,46	4,33±0,57	4,8±0,46
Память	2,75±0,22	2,85±0,12	2,92±0,27	2,75±0,46	1,67±0,57	2,91±0,49
Речевые функции	8,75±0,06	8,87±0,35	8,53±0,87	8,37±1,06	4,33±1,15	8,42±1,04
Общий балл	28,75±0,50	29,75±0,35	28,69±2,35	28,12±2,90	21,33±2,08	28,67±2,25
Показатель, баллы	Женщины					всего
	возраст, годы					
	до 30	31-40	41-50	51-60	61-70	
	4 (4,5)	16 (18,2)	40 (45,5)	20 (22,7)	8 (9,1)	88 (100)
Ориентация во времени	4,80±0,20	4,15±0,50	4,90±0,31	4,60±0,89	4,54±0,18	4,81±0,50
Ориентация в пространстве	4,75±0,25	4,75±0,50	4,90±0,31	4,80±0,44	4,51±0,21	4,81±0,39
Восприятие	2,89±0,11	2,50±0,57	2,86±0,36	2,80±0,44	2,55±0,30	2,81±0,39
Концентрация внимания	4,90±0,10	4,75±0,50	4,80±0,42	4,80±0,43	3,50±0,16	4,68±0,56
Память	2,74±0,26	2,50±0,57	2,90±0,31	2,80±0,44	2,42±0,30	2,77±0,43
Речевые функции	8,33±0,60	8,00±0,81	8,40±0,69	8,60±0,54	7,10±0,46	8,27±0,83
Общий балл	30,10±1,69	27,25±2,98	28,90±1,28	28,60±2,60	25,10±2,80	28,22±2,28

Картина психоэмоционального состояния больного АГ, как подтверждено многочисленными исследованиями отечественных и зарубежных ученых, обусловлена в первую очередь личностью пациента. Наше исследование, проведенное у больных АГ, работающих в сфере железнодорожного транспорта, показало, что при хорошо сохраненной у большинства исследуемых когнитивной функции отмечается высокий показатель ЛТ у мужчин и РТ у женщин; элементы психологической дезадаптации проявляются в специфике и особенности реагирования на болезнь – в целом среди больных преобладали люди с эргопатическим типом (36,2%) – «с уходом от болезни в работу», у 27,7% обследованных выявлен тревожный тип – «раздражительной слабости», «капитуляции перед заболеванием».

Очевидно, что современная концепция ПО, предполагающая знание врачом личностных особенностей больного, внимание к его психоэмоциональному состоянию, умение работать с ним, способна повысить степень приверженности больного лечению.

Психологические факторы, структура личности, особенности больного АГ (его возраст, пол, принадлежность к социальной группе) должны быть учтены врачом для выстраивания эффективных коммуникаций с больным АГ с позиций современной концепции ПО. Выявление психологических проблем больного АГ, понимание его запросов с учетом особенностей личности позволяют оптимизировать работу с данной категорией больных и улучшить качество их жизни.

Литература

1. WHO Regional Office for Europe. Priorities for health systems strengthening in the WHO European Region 2015–2020: walking the talk on people centredness / Copenhagen: WHO, 2015.
2. Гапонова Н.И. и др. Клинико-статистический анализ артериальной гипертензии, осложненной гипертоническим кризом, в Москве за 2005–2009 гг. // Кардиология. – 2011; 2: 40–4.
3. Погосова Н.В. Депрессии у кардиологических больных: современное состояние проблемы и подходы к лечению // Кардиология. – 2004; 1: 88–92.
4. Касумов В.В., Осипова И.В., Погосова Н.В. Тревожные и депрессивные расстройства у лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Кардиоваск. тер. и профилактик. – 2017; 16: 37.
5. Бойцов С.А., Деев А.Д., Шальнова С.А. Смертность и факторы риска развития неинфекционных заболеваний в России: особенности, динамика, прогноз // Тер. арх. – 2017; 1: 5–13.
6. Cooper R. Social inequality, ethnicity and cardiovascular disease // Int. J. Epidemiol. – 2000; 30: 48–52.
7. Lantz P., Lynch J., House J. et al. Social-economic disparities in health in a longitudinal study of HS adults: the role of health-risk behaviors // Soc. Sci. Med. – 2001; 53: 29–40.
8. Hyman D., Pavli V. Characteristics of patients with uncontrolled hypertension in the United States // N. Engl. J. Med. – 2001; 345: 479–86.

9. Андреева Г.Ф., Деев А.Д., Горбунов В.М. Зависимость эффективности антигипертензивной терапии от личностных психологических характеристик больных с артериальной гипертензией. Кардиология: реалии и перспективы. Мат. Рос. нац. конгресса кардиологов. Москва, 6–8 октября, 2009 / М., 2009; с. 22.

10. Вейн А.М., Воробьева О.В., Дюкова Г.М. Стресс, депрессия и психосоматические заболевания / М., 2004.

11. Садреева С.Х., Зинатуллина Д.С. Организация профилактических мероприятий больным артериальной гипертензией сельским жителям с учетом их психологического «портрета». Мат. IV Междунар. форума кардиологов и медицина. Москва 30 марта – 1 апреля 2015 / М., 2015; с. 87–8.

12. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Индивидуальная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний. Позиция европейских кардиологических обществ // Кардиоваск. тер. и профилактик. – 2017; 1: 4–7.

13. Смулевич А.Б., А.Л. Сыркин. Психокордиология / М., 2005; 778 с.

14. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / Л.: Медицина, 1983.

THE PSYCHOEMOTIONAL STATUS OF A HYPERTENSIVE PATIENT IN THE CONTEXT OF HIS AWARENESS

S. Sadreeva, MD; D. Zinatullina, Candidate of Medical Sciences Samara State Medical University

The new principle of national health care (a patient's awareness) involves attention to the emotional status of the patient, understanding his needs, and effective communications with him and allows achievement of the patient's more therapy adherence.

Key words: a patient's awareness, psychoemotional status, hypertension.

For citation: Sadreeva S., Zinatullina D. The psychoemotional status of a hypertensive patient in the context of his awareness // *Vrach.* – 2018; 29 (2): 83–86. DOI: 10.29296/25877305-2018-02-23