Оглавление

Введение

ГЛАВА 1. Теоретический анализ научной литературы по проблеме организации социально-психологической помощи онкологическим больным

.1 Особенности психологического состояния и социальной адаптации онкологических больных

.2 Социально-психологическая помощь в онкологии и ее влияние на качество жизни пациентов

.3 Участие медицинской сестры в организации социально - психологической помощи онкологическим больным на госпитальном этапе

1.4 Выводы по первой главе

ГЛАВА 2. Организация эмпирического исследования влияние социально - психологической помощи на качество жизни онкологических больных

.1 Описание объекта, предмета и выборки исследования

.2 Общая характеристика структуры исследования

.3 Краткая характеристика методов исследования

ГЛАВА 3. Результаты исследования и их обсуждение

.1 Обсуждение полученных данных

.2 Результаты сравнительного анализа

.3 Выводы и рекомендации

Заключение

Список литературы

Приложение

Введение

Актуальность исследования. Традиционно онкологическая патология относится к сфере одной из наиболее психотравмирующих. Шокирующий диагноз рака, необходимость обращения в специализированные медицинские учреждения, прохождение длительного и, зачастую, болезненного обследования, недостаток информации, трудности общения с окружающими становятся для многих пациентов преградой на пути к восстановлению здоровья или компенсации болезни. Онкологическое заболевание, более чем любое другое, способно привести к возникновению тяжелых психосоциальных последствий. Данная патология сопряжена для многих пациентов с изменением привычного образа жизни, нарушением или разрывом привычных связей, социальной нестабильностью, что, в свою очередь, ведет к возрастанию психологической нагрузки, дополнительным психосоциальным стрессам и, нередко, к тяжелым психическим нарушениям и деформации личности.

Не только сам факт заболевания становится тяжелой психической травмой. Угроза инвалидизации, утраты трудоспособности и социального статуса, страх потери физиологической целостности организма, страх смерти, разрушение сложившейся картины мира и планов на будущее - все эти факторы оказывают непосредственное влияние на психологическое состояние пациента, приводя к депрессии, психической и физической астении, эмоциональному истощению.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что онкологическое заболевание затрагивает многие аспекты жизни пациента, а значит не может не влиять на качество его жизни.

По определению Новик А.А. , качество жизни - это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии [22]. Рассуждая о качестве жизни онкологических больных, следует оценивать не только степень сохранности физических функций пациента, но и не менее важные социально - психологические составляющие данного понятия.

Учитывая вышеизложенное, можно сделать вывод о том, что пациенты, страдающие онкологическими заболеваниями, должны являться одним из главных объектов социально - психологической работы в онкологии.

Проблема исследования. В онкологической практике существует проблема социально - психологической помощи пациентам и ее влияния на качество жизни онкологических больных. Об этом пишут практически все авторы, рассуждающие о психических, психологических и социальных трудностях больных с онкопатологией. Отчасти это может быть связано с недостаточной проработкой специальных программ социально - психологического сопровождения таких пациентов, а также с недостаточным изучением проблематики организации и влияния социально - психологической помощи со стороны среднего медицинского персонала на качество жизни онкологических больных, особенно на госпитальном этапе.

Учитывая вышесказанное, проблема социально - психологической помощи онкологическим больным является на данный момент особо актуальной.

Объект исследования - пациенты, страдающие онкологическими заболеваниями.

Предмет исследования - влияние социально - психологической помощи со стороны среднего медицинского персонала на качество жизни онкологических больных.

Цели исследования:

. Определить роль медицинской сестры в организации социально - психологической помощи онкологическим больным на госпитальном этапе

. Оценить характер и степень влияния социально - психологической помощи на качество жизни онкологических больных.

. Дать рекомендации для медицинских сестер по разработке оптимальных моделей организации социально - психологического сопровождения онкологических больных на госпитальном этапе.

Задачи исследования:

. Провести анализ научно-психологической литературы по проблеме организации социально - психологической помощи онкологическим больным на госпитальном этапе

. Изучить и описать базу проведения исследования и контингент выборки испытуемых.

. Подобрать и описать методы и методики исследования, статистической обработки данных; обосновать их применение.

. Провести обработку и анализ полученных данных, определить характер и степень влияния социально - психологической помощи на качество жизни онкологических больных.

. Обосновать и обозначить выводы.

. Предложить методы оптимальной организации социально - психологической помощи онкологическим больным, исходя из данных проведенного исследования.

Гипотеза исследования: в качестве гипотезы исследования выступало предположение о влиянии социально - психологической помощи со стороны среднего медицинского персонала на качество жизни онкологических больных на госпитальном этапе, а именно: предполагается, что пациенты с онкологическими заболеваниями, получающие социально - психологическую помощь со стороны среднего медицинского персонала имеют более высокие показатели качества жизни по сравнению с пациентами, получающими стандартное лечение.

Методы исследования:

) Теоретические методы: изучение и анализ научной литературы раскрывающей проблему организации социально - психологической помощи онкологическим больным на госпитальном этапе.

) Эмпирические методы:

Метод анкетирования (для выявления социально-демографических характеристик испытуемых);

Метод опроса (Методика оценки качества жизни больных и инвалидов (А.Л. Пушкарев, Н.Г. Аринчина, 2000 г). Опросник NAIF )

) Статистические методы:

Математическая обработка результатов

Графическое и табличное представление результатов исследования

Практическая значимость данного исследования заключается в том, что полученные результаты исследования могут быть полезны медицинским сестрам, работающим в сфере онкологии и паллиативной помощи, в их профессиональной деятельности, направленной на улучшение качества жизни пациентов и на оптимизацию лечебно - диагностического процесса. Также результаты исследования будут полезны медицинским сестрам, работающим в медико - социальной сфере и осуществляющим деятельность по восстановлению и поддержанию социального функционирования, адаптации и интеграции в общество онкологических больных. По результатам исследования возможна разработка специализированных программ и составление рекомендаций для среднего медицинского персонала по организации и оказанию социально - психологической помощи пациентам с онкопатологией на госпитальном этапе.

ГЛАВА 1. Теоретический анализ научной литературы по проблеме организации социально - психологической помощи онкологическим больным

психологический помощь онкологический больной

1.1 Особенности психологического состояния и социальной адаптации онкологических больных

Со стороны клинической психологии онкологические заболевания часто классифицируют как кризисные и экстремальные ситуации. Таким ситуациям присущ ряд особенных признаков таких как: разрушение ранее сложившейся картины мира, внезапность появления, отсутствие контроля над ситуацией, определенная стадийность протекания, как самого заболевания, так и реакций на него.

Кризисность ситуации заключается в том, что больше невозможно дальнейшее прежнее нормальное функционирование личности, осуществление ею своих потребностей, жизненных замыслов и утверждения себя в них в рамках прежней модели поведения. Больной человек чувствует внутренний тупик своего положения, который блокирует нормальное течение жизни. Духовные потребности личности фрустрируются и прежде всего это сказывается на потребности в самоактуализации. При психологическом кризисе происходит утрата субъективного смысла жизни, важнейших ориентиров и ценностей, восстановление которых невозможно без коренной реконструкции личности [6].

Осознание пациентом неблагоприятного прогноза онкологического заболевания часто приводит к тяжелой депрессии. Из-за страха или отрицания своего заболевания пациентом визит к врачу нередко откладывается до последнего момента, и решение обратиться за помощью возникает обычно после появления угрожающих симптомов.

Изучая психологическое состояние онкологических больных, А.В. Гнездилов отмечает, что у всех пациентов на всех этапах лечения наблюдаются определенные психогенные реакции, различающиеся, однако, по своим клиническим проявлениям и степени выраженности [10]. Е.Ф. Батин и А.В. Гнездилов описали следующие этапы лечения:

. Поликлинический (диагностический)

. Госпитальный, который включает в себя:

этап поступления в клинику

предоперационный (предлечебный) этап

послеоперационный этап

этап выписки из стационара

. Катамнестический этап (после окончания основного курса лечения и выписки из стационара).

Для каждого из перечисленных этапов характерны определенные психологические и психопатологические особенности. На поликлиническом (диагностическом) этапе, например, часто встречается тревожно - депрессивный синдром: общее беспокойство, выраженная тревога, иногда страх, чувство полной безнадежности, бесперспективности существования, мысли о неизбежной скорой и мучительной смерти. Для некоторых пациентов характерно тоскливо-злобное настроение, иногда беспричинные вспышки ярости, гнева (возможно, с агрессией), за которыми скрываются чувство тревоги и страх. После помещения в стационар интенсивность переживаний несколько снижается. Перед операцией (если таковая показана пациенту) из-за мыслей о возможной гибели во время нее доминирует страх, переживания становятся более интенсивными и эмоционально окрашенными. В послеоперационном периоде к психоэмоциональной нестабильности добавляется нарушение физического функционирования, страх инвалидизации, утраты социального статуса. На этапе выписки пациент может испытывать тревогу за свою дальнейшую судьбу, страх остаться без постоянного медицинского наблюдения. Наконец, покинув клинику, около двух третей пациентов проявляют стремление к самоизоляции, негативно относятся к привычным ранее развлечениям, избегают ситуаций, связанных с интенсивными эмоциональными переживаниями, утрачивают интерес к внутрисемейным делам. Переживания носят депрессивную окраску в связи с самим заболеванием и его последствиями.

Одной из важных психологических проблем в онкологической практике является проблема реакции личности на болезнь. От учета этих реакций во многом зависит общий успех лечения, а также качество жизни пациента, как показатель, основанный на его субъективном восприятии своего физического, психологического, эмоционального и социального функционирования [9].

Пациент, получивший информацию о наличии у него онкологического заболевания, представляющего реальную угрозу для жизни, переживает ряд последовательных психологических фаз или стадий. Процесс психологической переработки пациентом информации о неизлечимом заболевании в исследованиях E.Kübler-Ross назван «работой скорби» [5].

Выделяют пять фаз реагирования на злокачественные новообразования:

) отрицание наличия такой патологии, преуменьшение тяжести своего состояния;

2) бурный протест, дисфория, склонность к агрессии и аутоагрессии (после подтверждения диагноза);

) принятие факта болезни, примирение с необходимостью долго и интенсивно лечиться в сочетании с «ведением торга» («главное, чтобы не было болей»);

) постепенная утрата надежды на выздоровление, пессимизм, подавленность и пассивность (после длительного лечения);

) «примирение» с судьбой, принятие любого исхода и безразличие (на последних этапах заболевания) [32].

Продолжительность и степень выраженности этих фаз индивидуально варьируют и зависят преимущественно от конкретной ситуации и психологических особенностей личности пациента.

Учитывая психологические и психопатологические особенности онкологического больного, характерные для госпитального этапа, а также в соответствии с тем, в какой стадии находится пациент в данный момент, врач и медицинская сестра должны корректировать свою психотерапевтическую тактику, организовывать и оказывать пациенту своевременную психологическую помощь. При этом, помимо традиционного медицинского лечения, психологическая помощь может выступать в качестве вспомогательного поддерживающего метода, помогающего активизировать психологические ресурсы, направить их на борьбу с болезнью и на повышение интегральных показателей качества жизни пациента [7].

Наиболее важные изменения личности человека при онкологических заболеваниях есть результат развития в условиях кризисной ситуации. Задавая условия такого развития, объективная ситуация тяжелого, смертельно опасного заболевания приводит к изменению «позиции» больного, его мироощущения, краху жизненных ожиданий. Специфическая ситуация тяжелой болезни актуализирует у онкологических больных мотив «сохранения жизни», который становится главным побудительным и смыслообразующим мотивом их деятельности. Все остальное кажется бессмысленным, не имеющим самостоятельной ценности. Больные ощущают, что все, к чему они стремились, чего добивались с трудностями и усилиями, важно только тогда, когда нет угрозы основным витальным потребностям. Необходимыми и осмысленными кажутся формы деятельности, связанные с лечением и отвечающие потребностям физического существования.

С возникновением онкологического заболевания начинает изменяться положение человека в обществе (принадлежность к определенной социальной группе, его место в системе социальных позиций и общественных связей и.т.п.). Современные исследования показали, что наиболее существенные изменения происходят в трудовой среде. Проблема трудоустройства, изменение трудового статуса касаются не менее 65% онкологических больных. Социальные связи, обусловленные семейными отношениями, у многих пациентов являются ослабленными, около 30% больных указывают на отсутствие или слабую помощь со стороны родственников. Значительная часть пациентов в силу своего возраста не связаны с коллегами по работе, да и друзей с возрастом остается значительно меньше [14].

Таким образом, для большинства пациентов с онкопатологией, особенно на госпитальном этапе, характерны изменения в мотивационной и деятельностной сферах, социальная нестабильность, изоляция от привычного социального окружения, изменение трудового статуса и положения в обществе, что влечет за собой постепенное снижение качества жизни как динамической характеристики, отражающей измерение течения жизни с оценкой различных интегральных показателей.

.2 Социально-психологическая помощь в онкологии и ее влияние на качество жизни пациентов

Главная цель всей системы медицинской помощи в онкологии - это восстановление и/или сохранение качества жизни. В рамках этого определения выживаемость, т.е. сама жизнь - первая цель. Несколько исследований выявили ценность качества жизни как фактора прогноза выживаемости. Например, в исследовании Coates А. и соавторов [34], проводившемся в 1997 году в группе женщин, получавших химиотерапию по поводу рака молочной железы, показано, что индекс качества жизни и шкала физического благополучия являются более точным индикатором прогноза, чем такой известный параметр как показатель объективного состояния больного. Пациенты с лучшими параметрами качества жизни жили дольше. Аналогичные результаты, свидетельствующие о важности параметра качества жизни как фактора прогноза выживаемости, были получены в ряде разнообразных клинических исследований [35]. Другие биологические исходы болезни и процесса лечения - ответ опухоли на лечение, длительность эффекта, токсичность препаратов и т.д. - вторичны. Понимание недостаточности оценки только биологических последствий воздействия злокачественного процесса на пациента выделило восстановление качества жизни как новую цель лечения [36].

Качество жизни - это совокупность параметров, отражающих измерение течения жизни с оценкой физического состояния, психологического благополучия, социальных отношений и функциональных способностей в период развития заболевания и его лечения. Больной человек является лучшим судьей своей жизни, поэтому его субъективная оценка всегда должна быть первостепенной. Качество жизни должно оцениваться как изменяющийся параметр, зависящий от вида и течения заболевания, процесса лечения и системы оказания медицинской и социально - психологической помощи.

Специальным аспектом проблемы улучшения качества жизни является психосоциальная поддержка, которой занимается новое направление в онкологии - онкопсихология. Онкопсихология с недавнего времени существует как наука, призванная обеспечить наилучшую социальную и психологическую адаптацию онкологического больного. Она рассматривает факторы адаптации, обусловленные болезнью, больным человеком, обществом, и факторы, предрасполагающие к плохой адаптации.

Факторы адаптации:

Обусловленные болезнью:

 стадия, локализация, симптомы, прогноз;

 требуемое лечение и осложнения;

 изменение структуры и функции тела.

- Обусловленные больным человеком:

 интраперсональные (эмоциональные, философские, религиозные влияния);

 социальные (человек в обществе, общественное положение, семейный статус, наличие детей);

 интерперсональные (семья, друзья, социальная поддержка);

 психологические взаимоотношения с медицинским персоналом.

- Обусловленные обществом:

 открытое обсуждение диагноза или секретная информация;

 знание возможности и вариантов лечения и прогноза, их обсуждение в качестве партнера.

- Предрасполагающие к плохой адаптации:

 социальная изоляция;

 низкий социально-экономический статус;

 алкоголизм или наркомания;

 сопутствующие психические заболевания;

 пессимизм в отношении к жизни;

 отсутствие надежды на выздоровление;

 недавние потери, стрессы, психологические травмы;

 снижение приспособляемости.

Психологической основой ориентации больного на продуктивную социальную жизнь, успешную адаптацию в обществе является активация его мотивационной сферы, ценностных ориентаций, создание адекватных трудовых установок.

Одним из важных факторов социально - психологической адаптации, влияющим на выраженность психологических проблем пациента, является наличие поддержки со стороны общества и особенно близких людей, которая влияет на успешность преодоления последствий стресса в наибольшей степени. Дж. М. Готчер было зафиксировано, что успешность адаптации онкологических больных в первую очередь зависит от реакции на заболевание значимых для них людей - супруга, партнера, семьи и друзей. Социальным факторам (развод, смерть родственников, неадекватная социальная поддержка, одиночество, плохие отношения с супругом, разрушение значимых отношений, отсутствие близости с родителями и (или) детьми) приписывается значимое влияние как в этиологии заболевания, так и в период лечения и реабилитации. Д. Шпигель получил эмпирическое подтверждение того, что психосоциальная поддержка не только способствует более успешной адаптации онкологических больных, но и помогает продлить им жизнь.

Семейная поддержка является важнейшим принципиальным фактором в приспособлении больных с онкологической патологией. Роль семейных взаимоотношений возрастает в случае появления у онкологических больных тяжелых психологических проблем и психических расстройств. Адаптация онкологического больного успешнее проходит в семьях, строящихся по принципу сплоченности. К числу значимых факторов, влияющих на психосоциальную адаптацию пациента, относятся установки медицинского персонала на общение с пациентом, обсуждение диагноза и методов лечения, восполнение дефицита информации, оказание социально - психологической помощи пациенту [3,11, 20].

.3 Участие медицинской сестры в организации социально - психологической помощи онкологическим больным на госпитальном этапе

Как говорилось выше, в онкологической практике в системе взаимоотношений «медперсонал - пациент» одним из ведущих аспектов является социально - психологический. Именно поэтому, помимо специализированных профессиональных навыков, медицинская сестра, работающая с онкологическими больными, должна обладать должной медико - социальной подготовкой и знаниями в области психологии с учетом содержания и структуры её профессиональной деятельности.

В ходе сестринского процесса на всех этапах между медсестрой и пациентом должен быть установлен психологический контакт. Пациент должен доверять медицинскому работнику, открыто говорить о своих проблемах, быть уверенным в том, что его выслушают, поймут и окажут квалифицированную и своевременную помощь.

Необходимо отдельно остановиться на этапах установления отношений между медсестрой и пациентом на госпитальном этапе. Различают начальный, развернутый и конечный этапы.

На начальном этапе происходит знакомство медсестры с пациентом. И, несмотря на то, что больной человек всецело захвачен своими проблемами и переживаниями, он вынужден приспосабливаться к новой среде, общаться с окружающими людьми, получать необходимую ему информацию. Медсестра в процессе общения с пациентом выявляет особенности его поведения, отношение к болезни, наличие или отсутствие нацеленности на положительный исход лечения, желание или нежелание сотрудничать с медперсоналом. Формируется связь между медсестрой и больным.

На развернутом этапе процесс знакомства остается позади, и дальнейшая совместная работа медсестры и пациента уже зависит от полноценности сформировавшегося между ними контакта и его психологических особенностей. В ходе лечебно-диагностических мероприятий и в связи с изменяющейся картиной болезни, у онкологического больного могут неоднократно меняться поведенческие и психологические реакции. Может проявляться либо усугубляться депрессия, чувство изоляции, страха и тревоги. Возможен отказ от дальнейшего лечения, появление суицидальных мыслей и.т.п.

В задачи медицинской сестры входит постоянное наблюдение за психологическим состоянием пациента, своевременное информирование лечащего врача о происходящих изменениях, а также осуществление мероприятий, направленных на коррекцию психологических нарушений и социальных проблем.

На конечном этапе трудности возникают при выписке пациента из стационара. У больного обостряется чувство страха, тревоги и неуверенности, он может быть подавлен или, напротив, слишком возбужден. Его волнует дальнейшее течение заболевания, пугает необходимость адаптации к изменившимся условиям жизни. Таким образом, в задачи медсестры входит полноценная подготовка пациента к выписке. Необходимо побеседовать с пациентом обо всех его страхах и сомнениях, выяснить, что его беспокоит, обучить, при необходимости, как пациента, так и его родственников навыкам ухода и самоухода, дать рекомендации по методам аутотренинга и релаксации, убедить в необходимости дальнейшего лечения и наблюдения, соблюдения назначений, предписанных врачом. Весь этот комплекс мероприятий направлен на устранение психосоциальных затруднений, возникающих у пациента при выписке из стационара.

Нельзя забывать, что в онкологических учреждениях, в условиях поликлинического приема, в стационаре, в перевязочной, рентгеновском отделении и, наконец, в операционной психика больного подвергается значительной травме. Создание условий, которые сведут до минимума психическую травму, является исключительно важной задачей не только для врачей, но и для всего среднего медицинского персонала [24].

Любая встреча медицинской сестры и больного имеет важное значение для установления и поддержания оптимального психологического контакта, а также для оценки уровня социальной адаптации и выявления психосоциальных проблем пациента. Особенно важно психологически обоснованно провести с пациентом первую встречу и беседу при его поступлении в стационар, с которой и начинается осуществление сестринского ухода. К первой встрече с пациентом необходимо готовиться и организовать ее обдуманно. Она имеет не только диагностическое значение, но важна как психотерапевтический и социально адаптирующий фактор. Пациент должен увидеть внимательное отношение к себе и искреннее желание помочь ему.

Медсестра, установив с пациентом психологический контакт, оказывает ему помощь. Предварительно она определяет его внутреннюю картину болезни. Основными методами психологической диагностики являются наблюдение и беседа. Осуществляя уход за пациентом, медсестра слушает и наблюдет, реагируя на наличие у пациента психологической напряженности в отношениях с самим собой (неудовлетворенность собой, чувство стыда, страха, неуверенности и т.д.) и с окружающим миром. Медсестра также отмечает динамику социальной сферы пациента в процессе лечения, поскольку микросреда, существующая в стационаре, способна повлиять не только на настроение и поведение больного, но и на функциональное состояние организма и течение болезни.

Медсестра обобщает психологическую информацию в виде ВКБ (внутренней картины болезни), указывая на те сферы жизни пациента, которые вызывают психологическую, эмоциональную или социальную напряженность - это может быть как одной из причин заболевания, так и отрицательно сказываться на его течении. Медсестра собирает информацию о психическом равновесии пациента, о приобретенных нервно-психологических расстройствах, нарушениях социальной адаптации. Именно на выявление таких проблем и направлена психологическая диагностика, проводимая медицинской сестрой.

Такая информация передается лечащему врачу, который сам оказывает социально - психологическую помощь, или дает предписание по психологическому и медико - социальному уходу за пациентом, или вызывает специалистов из соответствующих служб для оказания профессиональной психологической и социальной помощи. Работать с пациентом должна команда единомышленников - врач, медсестра, психолог, медико - социальный работник.

Медсестра ведет наблюдение за словами, фразами, сменой настроения пациента, оценивает адекватность или неадекватность реакций, наличие специфических жестов, мимики, соответствие или несоответствие содержания беседы её эмоциональной окраске. Наблюдательность - профессионально значимая черта специалиста, которую полезно тренировать.

Предметом беседы медицинской сестры и пациента обычно бывает психосоциальная реальность последнего (мысли, переживания, особенности семейной и профессиональной жизни, система ценностей, убеждений). Профессиональная наблюдательность медсестры состоит в искусстве замечать в процессе беседы с пациентом то, чего не видят другие. При проведении беседы необходимо придерживаться принципа уважения к личности пациента, избегать каких-либо оценочных суждений, принимать пациента таким, какой он есть, гарантировать конфиденциальность получаемой информации. Чтобы психологический контакт состоялся и принес пользу пациенту медсестре необходимо применять ряд психологических приемов и технологий, в которые входит:

. Понимающее общение

2. Позитивное отношение к партнеру

. Искусство слушать собеседника

. Пространственная организация общения

. Эмпатия

. Самовыражение

. Включение семьи в эмоциональную поддержку пациента

. Формирование новых жизненных смыслов у онкологического больного

. Психосоциальная поддержка пациентов со стойкими дефектами

. Психосоциальная поддержка умирающего пациента и членов его семьи

Психологическая помощь онкологическим больным включает в себя комплекс мер по психогигиене и психопрофилактике. Здесь должно учитываться не только установление контакта и доверия между медицинской сестрой и пациентом, но и возможно более достоверная информация о заболевании, необходимом лечении и жизненных перспективах, создание благоприятного психологического климата.

В комплекс реабилитационных мероприятий по психопрофилактике должны быть включены психотерапевтические воздействия следующего характера, проводимые не только в период обследования и лечения, но и после выписки больного из стационара:

) психотерапия благоприятного, доверчивого контакта между медицинским персоналом и больным;

) психотерапия с использованием встреч с пациентами, преодолевшими болезнь или писем бывших больных для создания благоприятного климата и надежды в палатах;

) налаживание контактов больного, благополучно перенесшего операцию или другие методы лечения (лучевая терапия) с больным, который ожидает их;

) проведение в отделении специальных лекций-бесед для больных, преследующих цели повышения информированности, преодоления психосоциальных проблем, внушения достаточно оптимистических представлений о возможности излечения от онкологической патологии;

) проведение арт - терапии, музыкотерапии (радиофикация палат), особенно в предоперационном периоде - включить музыку, оказывающую благоприятное воздействие на больного;

) обучение пациентов методам релаксации, аутотренинга и самопомощи;

) психотерапия после выписки больного, которая включает в себя аутогенную тренировку, беседы, семейную терапию (нормализация обстановки в семье, работа медсестры с родственниками и др.)

Методы социальной помощи онкологическим больным характеризуются четырьмя принципиальными положениями:

) Принцип партнерства медицинской сестры и больного в реализации задач социальной реабилитации;

) Разносторонность усилий, воздействий и мероприятий, направленных на разные сферы жизнедеятельности пациента - семейную, трудовую, общественную, сферу досуга и изменение его отношения к себе и своей болезни;

) Принцип единства биологических (медикаментозное лечение и др.) и психосоциальных (психотерапия, трудовая терапия и др.) методов воздействия;

) Принцип ступенчатости в намечаемых мероприятиях (постепенность и переходность одного воздействия или мероприятия в другое).

Таким образом, сущность социально - психологической помощи онкологическим больным должна предусматривать максимально возможное восстановление и поддержание ослабленных, нарушенных или утраченных вследствие заболевания физических, психологических и социальных функций, как составляющих понятия качества жизни человека.

.4 Выводы по первой главе

Анализ литературных источников по проблеме исследования позволяет сделать следующие выводы:

) Для большинства пациентов с онкопатологией, особенно на госпитальном этапе, характерны изменения в мотивационной и деятельностной сферах, социальная нестабильность, изоляция от привычного социального окружения, изменение трудового статуса и положения в обществе, что влечет за собой постепенное снижение качества жизни как динамической характеристики, отражающей измерение течения жизни с оценкой различных интегральных показателей.

) Качество жизни - это совокупность параметров, отражающих измерение течения жизни с оценкой физического состояния, психологического благополучия, социальных отношений и функциональных способностей в период развития заболевания и его лечения.

) Специальным аспектом проблемы улучшения качества жизни является психосоциальная поддержка.

) К числу значимых факторов, влияющих на психосоциальную адаптацию пациента, относятся установки медицинского персонала на общение с пациентом, обсуждение диагноза и методов лечения, восполнение дефицита информации, оказание социально - психологической помощи пациенту.

) Сущность социально - психологической помощи онкологическим больным должна предусматривать максимально возможное восстановление и поддержание ослабленных, нарушенных или утраченных вследствие заболевания физических, психологических и социальных функций, как составляющих понятия качества жизни человека.

) В задачи медицинской сестры входит постоянное наблюдение за психологическим состоянием пациента, своевременное информирование лечащего врача о происходящих изменениях, а также осуществление мероприятий, направленных на коррекцию психологических нарушений и социальных проблем.

) Медицинская сестра, работающая с онкологическими больными, должна обладать должной медико - социальной подготовкой и знаниями в области онкопсихологии с учетом содержания и структуры её профессиональной деятельности.

ГЛАВА 2. Организация эмпирического исследования влияние социально - психологической помощи на качество жизни онкологических больных

.1 Описание объекта, предмета и выборки исследования

Объект исследования - пациенты страдающие онкологическими заболеваниями (преимущественный диагноз - рак желудочно - кишечного тракта различной локализации).

Предмет исследования - влияние социально - психологической помощи со стороны среднего медицинского персонала на качество жизни онкологических больных.

Для проведения диагностического исследования необходимо было ознакомиться с контингентом испытуемых, которые должны принять участие в исследовании, а именно - пациентов из числа госпитализированных в клинику неотложной онкологии на базе 3 хирургического отделения НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе.

Была составлена выборка испытуемых в количестве 20 человек. Анализ историй болезни, а также проведенного анкетирования выборки исследования позволил составить ее описание:

- из всей выборки женщин - 5 человек (25%), мужчин - 15 человек (75%)

замужних женщин - 5 человек (25%), женатых мужчин - 11 человек (55%), в разводе - 4 человека (20%)

имеют детей - 18 человек (90%), детей нет у 2 человек (10%)

с высшим образованием - 14 человек (70%), со средним специальным образованием - 6 человек (30%)

средний возраст пациентов - 66 лет

от 50 до 56 лет - 3 человека (15%)

от 57 до 65 лет - 4 человека (20%)

от 66 до 75 лет - 12 человек (60%)

от 76 до 83 лет - 1 человек (5%)

диагноз «аденокарцинома желудка» имеют 6 пациентов (30%), диагноз «аденокарцинома прямой кишки» имеют 12 пациентов (60%), диагноз «аденокарцинома толстой кишки» имеют 2 пациента (10%)

в состоянии средней тяжести находятся 14 пациентов (70%), в тяжелом состоянии находятся 6 пациентов (30%)

средняя длительность пребывания в стационаре -7,5 дней

менее 5 дней - 4 пациента (20%)

от 5 до 10 дней - 13 пациентов (65%)

более 10 дней - 3 пациента (15%)

Таким образом, выборка исследования характеризуется пациентами клиники неотложной онкологии на базе 3 хирургического отделения НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе , преимущественно мужского пола, в средней возрастной категории - от 57 до 75 лет, по большей мере женатыми, имеющими детей, с высшим образованием, диагнозом «аденокарцинома прямой кишки», находящимися в состоянии средней тяжести и пребывающими в стационаре от 5 до 10 дней.

Для дальнейшего исследования были составлены две группы респондентов. В первую группу (экспериментальную) вошли 10 пациентов с которыми в течение 2 недель медицинские сестры клиники неотложной онкологии на базе 3 хирургического отделения НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе проводили специализированную социально - психологическую работу, направленную на повышение качества жизни (см. п. 1.3.). Вторую группу (контрольную) составили пациенты, которые в течение 2 недель получали стандартное лечение - также 10 человек.

2.2 Общая характеристика структуры исследования

Исследование в рамках данной дипломной работы проводилось в клинике неотложной онкологии на базе 3 хирургического отделения НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе. Исследование проводилось в несколько этапов:

На первом этапе были определены цели и задачи, выбор объекта и предмета исследования, изучение и анализ научной литературы по проблеме организации социально-психологической помощи онкологическим больным. Данный этап включал в себя так же знакомство с базой исследования, выявление при помощи анкетирования социально-демографических характеристик испытуемых и формирование выборки респондентов.

Второй этап - диагностический - состоял в подборе методик и проведении эмпирического исследования. На этом этапе исследования была проведена оценка качества жизни испытуемых в обеих группах. Использовалась Методика оценки качества жизни больных и инвалидов (А.Л. Пушкарев, Н.Г. Аринчина, 2000 г). Опросник NAIF - см. Приложение 1

На третьем этапе исследования с пациентами экспериментальной группы (ЭГ) медицинские сестры клиники неотложной онкологии в течение 2 недель проводили социально - психологическую работу, направленную на повышение качества жизни (см.п. 1.3) . Пациенты контрольной группы (КГ) в течение вышеуказанного времени получали стандартное лечение. По окончании срока проведения эксперимента была проведена повторная оценка качества жизни испытуемых в обеих группах. Использовалась методика оценки качества жизни больных и инвалидов (А.Л. Пушкарев, Н.Г. Аринчина, 2000 г). Опросник NAIF - см. Приложение 1

Четвертый этап - оценочный - состоял в обработке полученных результатов и в проведении сравнительного анализа полученных данных. Выводы по исследованию осуществлялись путём количественной и математической обработки данных.

Описание базы проведения исследования

ГБУ "Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе" (сокращенное название - ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе) - современный многопрофильный стационар, один из крупнейших в Северо-Западном регионе. Здесь ежегодно получают лечение 60 тысяч петербуржцев и гостей Петербурга.

Адрес ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе: 192242, Санкт-Петербург,Будапештская ул., дом 3.

На базе ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе функционируют следующие клинические отделения: экстренной медицинской помощи, переливания крови, диализа, клинической токсикологии, гипербарической оксигенации, соматопсихиатрическое, терапевтическое, хирургическое, травматологическое, урологическое, гинекологическое, нейрохирургическое, неврологическое, ожоговое, кардиологическое, кардиохирургическое, отделение реанимации и интенсивной терапии, отделение радиоизотопной диагностики, амбулаторно - консультативное, отделение лабораторной диагностики, функциональной диагностики, эндоваскулярной хирургии, патоморфологии и клинической экспертизы. Таким образом, пациенты получают все виды необходимых обследований и лечебных процедур.

На данный момент в ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе работает 1 911 сотрудников, в том числе, 116 научных сотрудников, 1 академик РАМН, 55 докторов наук, из них 32 профессора, 99 кандидатов наук, 473 врача различных специальностей, 9 сотрудников удостоены звания заслуженного врача РФ, 2 - заслуженного деятеля науки РФ, 2 - заслуженного работника здравоохранения, 14 - отличников здравоохранения.

ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе сотрудничает с крупнейшими страховыми компаниями Санкт-Петербурга и северо-запада, работающими как по принципу обязательного (ОМС), так и добровольного медицинского страхования (ДМС). Комфортабельные условия, высококвалифицированный медицинский персонал, современное оборудование и использование новейших технологий позволили нам занять одно из ведущих мест в городе среди стационаров.

Клиника неотложной онкологии основана на базе 3 хирургического отделения ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе в 1997 году. Основными направлениями лечебной деятельности клиники являются:

.Оказание неотложной помощи онкологическим больным в соответствии с стандартами оказания экстренной и специализированной медицинской помощи.

. Симптоматическое лечение онкологических больных

оперативные вмешательства, при опухолевых обструкциях

желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы

лечение асцита злокачественного происхождения

отработка эффективных схем обезболивания

нутритивная поддержка

мониторинг состояния больных

. Комплексное лечение при распространенном и диссеменированном раке желудочно-кишечного тракта включающее циторедуктивные операции,

внутрибрюшную химиогипертермию, системную химиотерапию и другие современные методы лечения.

2.3 Краткая характеристика методов исследования

Анкетирование является одним из наиболее распространенных исследовательских методов. Метод анкетирования - психологический коммуникативно-вербальный метод, в котором в качестве средства для сбора информации от респондента используется список вопросов (анкета), специально оформленный для данного исследования.

Анкетирование обычно проводится с использованием данных наблюдения, которые (наряду с данными, полученными при помощи других исследовательских методов) используются при составлении анкет. Анкетирование используется с целью получения социологических, демографических и иных данных. Анкетирование позволяет наиболее жёстко следовать намеченному плану исследования, так как процедура «вопрос-ответ» строго регламентирована. При помощи метода анкетирования можно с наименьшими затратами получить высокий уровень массовости исследования.

Метод опроса относится к вербально-коммуникативным методам исследования и подразумевает очное или заочное взаимодействие между специалистом и опрашиваемым через заполнение последним ответов на перечень заранее сформулированных вопросов, ответы на которые позволяют исследователю получить необходимые сведения в зависимости от задач исследования.

Опрос можно рассматривать как один из самых распространённых методов получения информации о субъектах - респондентах опроса. Опросы, как правило, решают массовые задачи, ведь специфика их проведения позволяет в короткие сроки получить сведения не от одного индивида, а от группы людей. Достоинства опросов состоят в том, что они дают исследователю информацию, которую невозможно получить иным образом. Опрос может выступать как средство сбора первичной информации и служить для уточнения, и контроля данных других методов.

Методика оценки качества жизни больных и инвалидов (А.Л. Пушкарев, Н.Г. Аринчина, 2000 г). Опросник NAIF.

Понятие качества жизни, по данным разных авторов, включает: удовлетворенность человека своим физическим, психическим и социальным благополучием; способность индивидуума (больного) функционировать в обществе соответственно своему положению и получать удовлетворение от жизни во всех её аспектах; оно определяется тем, насколько болезнь не позволяет пациенту жить так, как он хотел бы.

Данная методика позволяет определить, как сам больной оценивает различные стороны своей жизни, в какой степени имеющиеся ограничения нарушают его функционирование, связанное с различными аспектами его жизнедеятельности, так как именно психологические факторы (взгляд больного на свое здоровье) определяют его социальную активность и потерю трудоспособности.

Медицинские аспекты качества жизни (далее - КЖ) включают влияние самого заболевания (его симптомов и признаков) и наступающего в результате болезни ограничения функциональной способности, а также влияние лечения на повседневную жизнедеятельность больного. Собственно КЖ определяется, прежде всего, жалобами больного, его функциональными возможностями, восприятием больным жизненных изменений, связанных с заболеванием, уровнем общего благополучия, общей удовлетворенностью жизнью.

Показатели КЖ могут быть полезны для оценки эффективности лечения.

В качестве метода получения информации по опроснику используется самостоятельное заполнение бланков опроса пациентами.

Для облегчения восприятия полученных показателей используется перевод их в проценты. У человека с сохранными функциями, довольного всеми сторонами своей жизни, интегральный показатель КЖ равен 100% или приближается к этому уровню. Незначительное снижение КЖ - до 75%, умеренное - до 50%, значительное - до 25%, резко выраженное - менее 25%. Интегральный показатель КЖ имеет 6 составляющих: физическая мобильность, эмоциональное состояние, сексуальная функция, социальное состояние, познавательная функция, экономическое состояние - см. Приложение 1.

ГЛАВА 3. Результаты исследования и их обсуждение

.1 Обсуждение полученных данных

Для определения показателей качества жизни онкологических больных была применена методика оценки качества жизни больных и инвалидов (А.Л. Пушкарев, Н.Г. Аринчина, 2000 г). Опросник NAIF - см. Приложение 1. Полученные первичные результаты проведенного эмпирического исследования занесены в сводные таблицы полученных данных.

Расчет показателей КЖ по первой (экспериментальной) группе (ЭГ) и второй (контрольной) группе (КГ) приведен в Таблице 1.

Таблица 1

Расчет показателей КЖ в ЭГ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ЭГ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| ФМ | 11 | 9 | 12 | 6 | 10 | 11 | 14 | 9 | 12 | 13 |
| ЭС | 8 | 7 | 6 | 9 | 11 | 9 | 10 | 10 | 8 | 9 |
| СФ | 4 | 3 | 6 | 2 | 4 | 6 | 3 | 3 | 7 | 2 |
| СоцФ | 12 | 13 | 9 | 8 | 10 | 13 | 9 | 10 | 12 | 11 |
| ПФ | 11 | 11 | 9 | 7 | 10 | 9 | 10 | 7 | 11 | 12 |
| ЭкП | 2 | 1 | 2 | 4 | 2 | 5 | 1 | 3 | 2 | 2 |
| ИП | 48 | 44 | 44 | 36 | 47 | 53 | 47 | 42 | 52 | 49 |
| КГ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ФМ | 9 | 12 | 7 | 10 | 13 | 9 | 10 | 11 | 11 | 9 |
| ЭС | 10 | 11 | 8 | 11 | 8 | 6 | 8 | 9 | 7 | 10 |
| СФ | 4 | 5 | 2 | 3 | 4 | 6 | 5 | 7 | 3 | 5 |
| СоцФ | 11 | 9 | 8 | 9 | 10 | 12 | 11 | 10 | 9 | 11 |
| ПФ | 9 | 10 | 10 | 9 | 12 | 10 | 10 | 8 | 8 | 11 |
| ЭкП | 2 | 1 | 3 | 5 | 1 | 4 | 3 | 2 | 3 | 3 |
| ИП | 45 | 48 | 38 | 47 | 48 | 47 | 47 | 47 | 41 | 49 |

Средние баллы по показателям КЖ в первой (экспериментальной) группе (ЭГ) составили:

ФМ= 10,7

ЭС = 8,7

СФ=4

СоцФ = 10,7

ПФ = 9,7

ЭкП = 2,4

Средний балл по интегральному показателю КЖ в первой (экспериментальной) группе (ЭГ) составил 46,2.

Для пересчета балльной оценки интегрального показателя КЖ в проценты используем формулу: ИП % = баллы х 100 /168

Таким образом, анализ данных выявил, что интегральный показатель качества жизни пациентов в ЭГ составляет:

ИП (ЭГ) % = 46,2\*100/168 = 27,5 %, что соответствует значительному снижению качества жизни пациента.

Пересчет балльной оценки показателей КЖ (ЭГ) в проценты приведен в таблице 2.

Таблица 2

Пересчет показателей КЖ в проценты

|  |  |
| --- | --- |
| Категории качества жизни (ЭГ) | Процент сохранности функций, определяющих качество жизни |
| Физическая мобильность Эмоциональное состояние Сексуальная функция Социальные функции Познавательная функция Экономическое положение Интегральный показатель | ФМ % = 25,5 ЭС % = 31,1 СФ % = 28,6 СоцФ % = 25,5 ПФ % = 27,7 ЭкП % = 34,3 ИП % = 27,5 |

Средние баллы по показателям КЖ во второй (контрольной) группе (КГ) составили:

ФМ= 10,1

ЭС = 8,8

СФ = 4,4

СоцФ = 10

ПФ = 9,7

ЭкП = 2,7

Средний балл по интегральному показателю КЖ во второй (контрольной) группе (КГ) составил 45,7.

Для пересчета балльной оценки интегрального показателя КЖ в проценты используем формулу: ИП % = баллы х 100 /168

Таким образом, анализ данных выявил, что интегральный показатель качества жизни пациентов в КГ составляет:

ИП (ЭГ) % = 45,7\*100/168 = 27,2 %, что соответствует значительному снижению качества жизни пациента.

Пересчет балльной оценки показателей КЖ (КГ) в проценты приведен в таблице 3.

Таблица 3

Пересчет показателей КЖ в проценты

|  |  |
| --- | --- |
| Категории качества жизни (КГ) | Процент сохранности функций, определяющих качество жизни |
| Физическая мобильность Эмоциональное состояние Сексуальная функция Социальные функции Познавательная функция Экономическое положение Интегральный показатель | ФМ % = 24,0 ЭС % = 31,4 СФ % = 31,4 СоцФ % = 23,8 ПФ % = 27,7 ЭкП % = 38,6 ИП % = 27,2 |

Для повторного определения показателей качества жизни онкологических больных и последующего проведения сравнительного анализа по окончании времени проведения эксперимента была применена методика оценки качества жизни больных и инвалидов (А.Л. Пушкарев, Н.Г. Аринчина, 2000 г). Опросник NAIF. Полученные результаты проведенного эмпирического исследования занесены в сводные таблицы полученных данных.

Расчет показателей повторной оценки КЖ по первой (экспериментальной) группе (ЭГ) и второй (контрольной) группе (КГ) приведен в Таблице 4.

Таблица 4

Расчет показателей КЖ в ЭГ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ЭГ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| ФМ | 13 | 11 | 12 | 9 | 10 | 12 | 16 | 14 | 16 | 13 |
| ЭС | 9 | 8 | 10 | 11 | 14 | 10 | 15 | 11 | 11 | 12 |
| СФ | 5 | 3 | 8 | 3 | 7 | 6 | 6 | 5 | 7 | 4 |
| СоцФ | 14 | 14 | 10 | 9 | 11 | 13 | 13 | 12 | 15 | 14 |
| ПФ | 11 | 11 | 10 | 10 | 12 | 10 | 15 | 10 | 13 | 15 |
| ЭкП | 3 | 1 | 4 | 4 | 2 | 5 | 2 | 3 | 2 | 2 |
| ИП | 55 | 48 | 54 | 46 | 56 | 56 | 67 | 54 | 64 | 60 |
| КГ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ФМ | 8 | 12 | 10 | 12 | 13 | 11 | 13 | 12 | 11 | 10 |
| ЭС | 9 | 12 | 9 | 12 | 10 | 6 | 9 | 10 | 10 | 12 |
| СФ | 4 | 5 | 3 | 3 | 4 | 7 | 5 | 7 | 3 | 5 |
| СоцФ | 10 | 10 | 9 | 10 | 11 | 13 | 11 | 12 | 10 | 10 |
| ПФ | 10 | 11 | 10 | 9 | 12 | 10 | 10 | 8 | 8 | 11 |
| ЭкП | 3 | 2 | 3 | 5 | 2 | 4 | 3 | 2 | 3 | 1 |
| ИП | 44 | 52 | 44 | 51 | 52 | 51 | 51 | 51 | 45 | 49 |

Средние баллы повторной оценки показателей КЖ в первой (экспериментальной) группе (ЭГ) составили:

ФМ= 12,6

ЭС = 11,1

СФ= 5,4

СоцФ = 12,5

ПФ = 11,7

ЭкП = 2,8

Средний балл по интегральному показателю КЖ в первой (экспериментальной) группе (ЭГ) составил 56,0.

Для пересчета балльной оценки интегрального показателя КЖ в проценты используем формулу: ИП % = баллы х 100 /168

Таким образом, анализ данных выявил, что интегральный показатель качества жизни при повторном исследовании пациентов в ЭГ составляет:

ИП (ЭГ) % = 56\*100/168 = 33,3%, что соответствует значительному снижению качества жизни пациента.

Пересчет повторной балльной оценки показателей КЖ (ЭГ) в проценты приведен в таблице 5.

Таблица 5

Пересчет показателей КЖ в проценты

|  |  |
| --- | --- |
| Категории качества жизни (ЭГ) | Процент сохранности функций, определяющих качество жизни |
| Физическая мобильность Эмоциональное состояние Сексуальная функция Социальные функции Познавательная функция Экономическое положение Интегральный показатель | ФМ % = 30,0 ЭС % = 39,6 СФ % = 38,6 СоцФ % = 29,8 ПФ % = 33,4 ЭкП % = 40,0 ИП % = 33,3 |

Средние баллы повторной оценки показателей КЖ во второй (контрольной) группе (КГ) составили:

ФМ = 11,2

ЭС = 9,9

СФ = 4,6

СоцФ = 10,6

ПФ = 9,9

ЭкП = 2,8

Средний балл по интегральному показателю КЖ во второй (контрольной) группе (КГ) составил 49,0.

Для пересчета балльной оценки интегрального показателя КЖ в проценты используем формулу: ИП % = баллы х 100 /168

Таким образом, анализ данных выявил, что интегральный показатель качества жизни при повторном исследовании пациентов в КГ составляет:

ИП (ЭГ) % = 49,0\*100/168 = 29,2%, что соответствует значительному снижению качества жизни пациента.

Пересчет повторной балльной оценки показателей КЖ (КГ) в проценты приведен в таблице 6.

Таблица 6

Пересчет показателей КЖ в проценты

|  |  |
| --- | --- |
| Категории качества жизни (КГ) | Процент сохранности функций, определяющих качество жизни |
| Физическая мобильность Эмоциональное состояние Сексуальная функция Социальные функции Познавательная функция Экономическое положение Интегральный показатель | ФМ % = 26,7 ЭС % = 35,4 СФ % = 32,9 СоцФ % = 25,2 ПФ % = 28,3 ЭкП % = 40,0 ИП % = 29,2 |

.2 Результаты сравнительного анализа

С целью выявления характера и степени влияния социально - психологической помощи со стороны среднего медицинского персонала на качество жизни онкологических больных был проведен сравнительный анализ результатов исследования.

Показатели качества жизни (КЖ%) в экспериментальной (ЭГ) и контрольной (КГ) группах, полученные в ходе первичной оценки качества жизни пациентов приведены в таблице 7.

Таблица 7

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ЭГ | КГ |
| ФМ% | 25,5 | 24,0 |
| ЭС% | 31,1 | 31,4 |
| СФ% | 28,6 | 31,4 |
| СоцФ% | 25,5 | 23,8 |
| ПФ% | 25,7 | 27,7 |
| ЭкП% | 34,3 | 38,6 |
| ИП% | 27,5 | 27,2 |

Анализируя полученные данные, можно сделать вывод о том, что в обеих группах в начале эксперимента интегральный показатель качества жизни пациентов и его составляющие находятся примерно на одном уровне. Разница между значениями интегрального показателя КЖ в ЭГ и КГ составляет всего лишь 0,3%.



Рисунок 1. Интегральный показатель КЖ (%) при первичной оценке.

Показатели качества жизни (КЖ%) в экспериментальной (ЭГ) и контрольной (КГ) группах, полученные в ходе повторной оценки качества жизни пациентов приведены в таблице 8.

Таблица 8

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ЭГ | КГ |
| ФМ% | 30,0 | 26,7 |
| ЭС% | 39,6 | 35,4 |
| СФ% | 38,6 | 32,9 |
| СоцФ% | 29,8 | 25,2 |
| ПФ% | 33,4 | 28,3 |
| ЭкП% | 40,0 | 40,0 |
| ИП% | 33,3 | 29,2 |

После проведенного эксперимента разница между значениями интегрального показателя КЖ в ЭГ и КГ составила 4,1%.

Для наглядности полученные данные представлены на Рисунке 2.



Рисунок 2. Интегральный показатель КЖ (%) при повторной оценке.

Анализируя полученные данные, можно сделать вывод о том, что интегральный показатель качества жизни пациентов в ЭГ изменился за время проведения эксперимента, а именно, возрос на 5,8%.

Для наглядности динамика интегрального показателя КЖ в ЭГ представлена на Рисунке 3.



Рисунок 3. Динамика интегрального показателя КЖ в ЭГ

Интегральный показатель качества жизни пациентов в КГ также изменился за время проведения эксперимента, а именно, возрос на 2%.

Для наглядности динамика интегрального показателя КЖ в КГ представлена на Рисунке 4.



Рисунок 4. Динамика интегрального показателя КЖ в КГ.

3.3 Выводы и рекомендации

В ходе проведенного эмпирического исследования по теме дипломной работы был сделан ряд выводов:

. При первичной оценке качества жизни онкологических больных самые низкие показатели в обеих группах были получены по таким характеристикам качества жизни как «физическая мобильность» и «социальная функция». ЭГ: ФМ = 25,5%, СоцФ = 25,5%; КГ: ФМ = 24,0%, СоцФ = 23,8%. Оценка показателя качества жизни составляющая менее 25% свидетельствует о резко выраженном снижении данного показателя.

. При повторной оценке по окончании проведения эксперимента показатели по вышеуказанным характеристикам составили: ЭГ: ФМ = 30,0%, СоцФ = 29,8%; КГ: ФМ = 26,7, СоцФ = 25,2%. В ЭГ показатели по характеристикам «физическая мобильность» и «социальная функция» возросли на 4,5% и 4,3% соответственно. В КГ показатели по характеристикам «физическая мобильность» и «социальная функция» возросли на 2,7% и 1,4% соответственно.

. Существует прямая положительная связь между социально - психологической помощью онкологическим больным со стороны среднего медперсонала и качеством жизни пациентов.

4. Несмотря на то, что по окончании эксперимента показатели качества жизни в обеих группах остались в диапазоне значительно сниженных, в экспериментальной группе наметилась четкая положительная динамика.

. В контрольной группе, где пациенты получали только стандартное лечение, также присутствует положительная динамика показателей качества жизни, но изменения выражены не значительно.

Анализ данных проведенного исследования позволяет сделать общий вывод о том, что динамика качества жизни онкологических больных может быть опосредована влиянием социально - психологической помощи со стороны среднего медицинского персонала. Организация и оказание специализированной социально - психологической помощи таким пациентам ведет к улучшению качества их жизни.

В качестве рекомендаций для среднего медицинского персонала по организации социально - психологической помощи онкологическим больным на госпитальном этапе можно предложить следующие положения:

1. Определение краткосрочных и долгосрочных целей (это не только обеспечивает обратную связь, свидетельствующую о том, что пациент находится на верном пути, но и повышает долгосрочную мотивацию).

. Овладение специализированными умениями и навыками в области онкопсихологии и медико - социального сопровождения онкологических больных.

. Осуществление комплексного подхода с учетом всех характеристик, составляющих понятие качества жизни пациента.

. По результатам эмпирического исследования был сделан вывод, что в наибольшей степени у онкологических больных страдают такие характеристики качества жизни как «физическая мобильность» и «социальная функция». Полученные данные медицинская сестра может использовать для составления оптимальной программы социально - психологической помощи таким пациентам.

. Организацию социально - психологической помощи онкологическим больным на госпитальном этапе необходимо осуществлять с учетом внутренней картины болезни, фазы реагирования на злокачественное новообразование, психоэмоциональных и медико - социальных особенностей и проблем пациента.

. Медицинская сестра при работе с онкологическим больным может дополнительно привлекать профильных специалистов: психологов, психотерапевтов, медико - социальных работников.

. Процесс оказания социально - психологической помощи пациенту на госпитальном этапе должен быть непрерывным, но постепенным (по принципу «не все сразу»). Успешное достижение медсестрой и пациентом краткосрочных целей положительно сказывается на психоэмоциональном состоянии больного и повышает мотивацию к дальнейшим действиям.

. Необходимо привлекать родственников пациента к организации социально - психологической помощи, поскольку поддержка со стороны семьи является одним из важнейших факторов социально - психологической адаптации у онкологических больных.

. Для успешной организации социально - психологической помощи необходимо начинать работу с пациентом с момента его поступления в стационар, учитывая принципы эффективного общения, этапность формирования связи и установления отношений между медсестрой и пациентом.

10. Для коррекции психоэмоционального состояния пациента на госпитальном этапе крайне важен пример положительного исхода его заболевания. Медицинская сестра может организовывать встречи пациентов, находящихся в стационаре с теми людьми, которые успешно преодолели болезнь.

. Крайне важна для онкологических больных полноценность информации о заболевании, методах лечения и реабилитации. Медицинская сестра может проводить образовательные семинары, санитарно - просветительскую работу, разрабатывать специализированные брошюры и листки - памятки как для пациентов, так и для их родственников.

. Желательно организовать на отделении комнату психологической помощи пациентам, проводить занятия по психологической разгрузке, методам релаксации, аутотренинга, самоконтроля и самопомощи.

. Для медицинской сестры, ухаживающей за онкологическим больным, будет полезно вести специальный дневник наблюдения, в который следует заносить данные о появлении у пациента каких - либо проблем, об изменении его состояния, как физического, так и психоэмоционального, поскольку нередко появление таких симптомов как тревожность, депрессия, апатия, агрессия и аутоагрессия, эмоциональная лабильность может стать первым сигналом об ухудшении функционального состояния организма, о прогрессировании онкологического заболевания.

. В процессе оказания социально - психологической помощи онкологическим больным очень важно применять индивидуальный подход к каждому пациенту, учитывая его личные проблемы, потребности, психологические и социальные трудности и.т.п.

Заключение

Тема «социально - психологической помощи онкологическим больным» обширная и неоднозначная. Под этим понятием скрываются различные состояния и проблемы пациентов, внутренняя картина болезни, сложные психоэмоциональные процессы, вопросы реагирования пациента на заболевание, трудности психологической и социальной адаптации, которые необходимо различать и разграничивать в каждом конкретном случае, поскольку они имеют различные причины и формы проявления и требуют в своем решении различных подходов.

Анализ научной литературы по проблематике исследования позволил теоретически рассмотреть особенности психологического состояния и социальной адаптации онкологических больных, определить основные направления социально - психологической помощи и ее влияние на качество жизни пациентов, теоретически изучить аспекты участия медицинской сестры в организации социально - психологической помощи онкологическим больным на госпитальном этапе.

Для достижения цели дипломной работы и проверки выдвинутой гипотезы было проведено эмпирическое исследование на выборке из 20 человек, являющихся пациентами клиники неотложной онкологии на базе 3 хирургического отделения НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе.

Исследование проводилось в несколько этапов: определение научного аппарата и изучение научной литературы по теме дипломной работы; определение методик исследования, проведение диагностики; обработка и

В первую группу (экспериментальную) вошли 10 пациентов с которыми в течение 2 недель медицинские сестры клиники неотложной онкологии на базе 3 хирургического отделения НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе проводили специализированную социально - психологическую работу, направленную на повышение качества жизни. Вторую группу (контрольную) составили пациенты, которые в течение 2 недель получали стандартное лечение - также 10 человек.

Анализ проведенного анкетирования позволил выявить демографические и клинико - диагностические характеристики испытуемых (возраст, пол, семейное положение, образование, диагноз, тяжесть состояния, срок пребывания в стационаре).

Далее была проведена оценка показателей качества жизни в двух группах пациентов до и после проведения эксперимента. В ходе проведения исследования были выявлены те характеристики качества жизни, по которым у пациентов в обеих группах присутствует резко выраженное снижение показателей.

Сравнительный анализ по результатам проведенного эмпирического исследования позволил выявить, что существует прямая положительная связь между социально - психологической помощью онкологическим больным со стороны среднего медперсонала и качеством жизни пациентов.

Несмотря на то, что по окончании эксперимента показатели качества жизни в обеих группах остались в диапазоне значительно сниженных, в экспериментальной группе наметилась четкая положительная динамика.

В контрольной группе, где пациенты получали только стандартное лечение, также присутствовала положительная динамика показателей качества жизни, но изменения были выражены не значительно.

Анализ данных проведенного исследования позволяет сделать общий вывод о том, что динамика качества жизни онкологических больных может быть опосредована влиянием социально - психологической помощи.

Участие среднего медицинского персонала в организации и оказании специализированной социально - психологической помощи онкологическим больным ведет к улучшению качества их жизни.

Восстановление и (или) сохранение качества жизни - главная цель всей системы медицинской помощи в онкологии. В рамках этого определения выживаемость, т.е. сама жизнь - первейшая цель. В ряде разнообразных клинических исследований были получены результаты, свидетельствующие о важности параметра качества жизни как фактора прогноза выживаемости у онкологических больных. Пациенты с лучшими параметрами качества жизни жили дольше.

Как показало проведенное нами эмпирическое исследование, пациенты с онкологическими заболеваниями, получающие социально - психологическую помощь со стороны среднего медицинского персонала имеют более высокие показатели качества жизни по сравнению с пациентами, получающими стандартное лечение.

Данные исследования позволили составить перечень рекомендаций для медицинских сестер по разработке оптимальных моделей организации социально - психологического сопровождения онкологических больных на госпитальном этапе.

Таким образом, гипотеза дипломной работы была доказана, задачи выполнены, цели достигнута.

Список литературы

. Абдуллаева М.М. Семантические характеристики профессиональной направленности медиков. Автореф. дисс… канд. психол. наук. М., 1993. - 24 с.

2. Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А. Психология в медицине. - М.: ЛПА «Кафедра -М»,1998г.

3. Агаджанян Н.А., Труханов А.И., Шендеров Б.А. Этюды об адаптации и путях сохранения здоровья. - М.: Изд-во «Сирин», 2002. - 156 с.

4. Артюнина Г. П. Основы социальной медицины: Учебное пособие для вузов. - М.: Академический проект, 2005.

. Болучевская В.В., Павлюкова А.И. " Общение врача: создание положительных взаимоотношений и взаимопонимания с пациентом".

6. Бочаров В. В., Карпова Э. Б. Психодинамика профессионального взаимодействия при оказании помощи в кризисных и экстремальных ситуациях // Актуальные проблемы клинической психологии и психофизиологии: Ананьевские чтения 2004: матер. научно-практ. конф. СПб.: СПбГУ, 2004. 54-59 с.

. Васютин А. М. Спасение есть - оно в тебе! Рак как психосоматоз. Ростов-на-Дону: Феникс, 2011. 160 с.

8. Вязьмин А. М. Теория медико-социальной работы в онкологии. - М., 2002.

9. Герасименко В.Н., Артюшенко Ю.В., Тхостов А.Ш. Вопросы деонтологии в восстановительном лечении онкологических больных // Вопросы онкологии. 1982.Т. 28, №2. С. 48-52

. Гнездилов А.В. Психические изменения у онкологических больных // Практическая онкология. 2001. №1. С. 5-11

. Гордеева Т.О., Осин Е.Н., Рассказова Е.А., Сычев О.А., Шевяхова В.Ю. Диагностика копинг - стратегий:

Адаптация опросника COPE // Психология стресса и совладающего поведения в современном российском обществе: материалы II междунар. науч.- практ. конф., Кострома, 23-25 сентября 2010 г. / под ред. Т.Л. Крюковой и др. - Кострома: Изд-во КГУ им. Н.А. Некрасова, 2010. - Т. 2. - С. 195-197

12. Грандо. А.А. Врачебная этика и медицинская деонтология. Киев, Головное издательство «Вища школа», 1982г., 168 стр.

. Греков И.Г. Отношение медсестер к своей профессиональной деятельности. Ж. «Мед.сестра». 2000г., №1

14. Дрегало А. А., Ульяновский В. И. Регион: диагностика социального пространства. - Архангельск, 1998.

. Климов Е.А. Психология профессионала. М., 1984г.

. Марилова Т.Ю. Психологические особенности онкологических больных // Вестник Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина РАМН.2002. №3. С.47-51.

. Маркова А.К. Психология профессионализма. - М., 1996г.

18. Матвеев. В.Ф. Основы медицинской психологии, этики и деонтологии. Москва, «Медицина», 1989г., 178 стр.

19. Морозов Г.В. Медицинская этика и деонтология. «Медицина», 1989.- 208 с.

. Методика психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями: пособие для врачей и мед. психологов / Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Е.Р. Исаева Е.А. Трифонова, О.Ю. Щелкова, М.Ю. Новожилова, А.Я.Вукс. - СПб.: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2009.

21. Моисеенко Е. И. Основные положения концепции социально-медицинской работы в онкологии // Социальные и психологические проблемы детской онкологии: Материалы I Всероссийской конференции с международным участием. М., 2000. - с. 12-15.

22. --Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е издание / Под ред. акад. РАМН Ю.Л.Шевченко. М.:ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. 320 с. <http://www.raslab.info/Sotsialnaya\_meditsina/Kniga/Novik\_A\_A\_\_Ionova\_T\_I\_Rukovodstvo\_po\_issledovaniiu\_kachestva\_zhizni\_v\_meditsine\_2-e\_izdanie\_Pod\_red\_akad\_RAMN\_U\_L\_Shevchenko\_M\_ZAO\_OLMA\_Media\_Grupp\_\_2007\_320\_s.html>

. Новиков Г. А. Практическое руководство по паллиативной помощи онкологическим больным. - М., 2004. с. 35-37

24. Петрова Н.Н. Руководство по общей онкологии (в кратком изложении для студентов-медиков и врачей всех специальностей). - МЕДГИЗ, 1961 г. - 425 с.

25. Радемахер П., Кульбацки П. Здоровье и бодрость - стиль вашей жизни. - М.: «Интерэксперт», 1996. - 232с.

. Русина Н.А. Эмоции и стресс при онкологических заболеваниях // Мир психологии. Научно -методический журнал.- 2002.- №4.- с.152-160.

. Саймонтон К., Саймонтон С. Психотерапия рака. СПб.: Питер, 2001.

28. Сидорчук Т. А. Технологии повышения качества жизни онкологических больных // Технологии психолого-социальной работы в условиях мегаполиса: материалы международной научно-практической конференции, Санкт-Петербург, 25-26 ноября 2010 г. - СПб.: СПбГИПСР, 2010. - С. 77-81.

. Соколова Е.Т, Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М.: SvR-Аргус, 1995.

. Соложенкин В.В. Психологические основы врачебной деятельности. М.: Академический Проект, 2003. - 304 С.

. Тен Е. Е. Основы социальной медицины. Уч. Пособие. - М.:ФОРУМ: ИНФРА - М, 2003.

. Урванцев Л.П. Психология соматического больного. Ярославль: Институт «Открытое общество», 2000.

. Харди И. Врач, сестра, больной. Под ред. М.В. Коркиной. - М., 1981.

34. Coates A., Gebski V., Signorini D. J. Clin. Oncol. 1992; 10: 1833-1838.

. Curbow B., Bowie J.V., Martin A.C., et al. Quality of life in cancer chemotherapy randomized trials. Quality of Life Res., 1997, vol. 6, 684.

. Kübler-Ross E. On death and dying. - London: Tavistock, 1970.

. Osoba D. Current applications to health-related quality-of-life assessment in oncology. Supp. Care of Cancer, 1997, 5, 100-104.

Приложение

Методика оценки качества жизни больных и инвалидов (А.Л. Пушкарев, Н.Г. Аринчина, 2000 г). Опросник NAIF.

Данная методика позволяет определить, как сам больной оценивает различные стороны своей жизни, в какой степени имеющиеся ограничения нарушают его функционирование, связанное с различными аспектами его жизнедеятельности, так как именно психологические факторы (взгляд больного на свое здоровье) определяют его социальную активность и потерю трудоспособности.

Показатели качества жизни (далее - КЖ) могут быть полезны для оценки эффективности лечения.

В качестве метода получения информации по опроснику используется самостоятельное заполнение бланков опроса пациентами.

Для облегчения восприятия полученных показателей используется перевод их в проценты. У человека с сохранными функциями, довольного всеми сторонами своей жизни, интегральный показатель КЖ равен 100% или приближается к этому уровню. Незначительное снижение КЖ - до 75%, умеренное - до 50%, значительное - до 25%, резко выраженное - менее 25%. Интегральный показатель КЖ имеет 6 составляющих: физическая мобильность, эмоциональное состояние, сексуальная функция, социальное состояние, познавательная функция, экономическое состояние.

Бланк для заполнения обследуемым:

Вы должны ответить на следующие вопросы, выбирая на каждый вопрос одно из семи мнений.

«Да, очень» - означает, что Вы совершенно согласны с содержанием вопроса. «Совсем нет» - означает, что Вы совершенно не согласны с содержанием утверждения.

Остальные мнения промежуточные. Отмечать свой ответ нужно следующим образом:

Да, очень Совсем нет

.У меня одышка при физическом напряжении /\_\_\_/\_\_\_/\_Х\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

.Я ощущаю нехватку энергии в течение дня /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_Х\_/\_\_\_/

Здесь не может быть правильных или неправильных ответов, каждый ответ отражает только ваше настоящее состояние. Пожалуйста, не пропускайте ни одного вопроса. Постарайтесь передать особенности Вашего состояния.

Физическая подвижность

Да, очень Совсем нет

. У меня одышка при физическом напряжении /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

2. Я ощущаю нехватку энергии в течение дня /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

3. Я трачу много времени на занятия моими хобби /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

. При выполнении повседневных нагрузок мое состояние здоровья ухудшается /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

.Мое состояние здоровья мешает моему стремлению приобрести прибыльную работу /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

.Я легко подхватываю инициативу /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Эмоционально состояние/Сексуальная функция

. Я напряжен(а) /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

8. Я чувствую, что некому заботиться обо мне /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

9.Мое здоровье позволяет мне осуществлять сексуальную активность в том количестве, как мне хочется

/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

.Эта способность ухудшилась в последнее время

/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

.Я ощущаю подавленное настроение и депрессию

/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

.Я легко раздражаюсь /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Социальные функции

. Я активно занимаюсь спортом

/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

.Мое состояние здоровья препятствует нормальному проведению отпуска

/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

.Я регулярно встречаюсь с друзьями и членами семьи

/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

. Я часто бываю дома один (одна)

/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

.Я люблю завязывать новые социальные контакты

/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

.Я часто хожу в кино, театр и на спортивные мероприятия

/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Познавательная функция/Экономическое положение

.Я думаю, что моя память функционирует нормально

/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

.Я могу быстро принимать решения /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

.Мое состояние здоровья приводит к финансовым проблемам

/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

.Я очень быстро схватываю то, что мне говорят

/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

.Я заметил(а) в последнее время ухудшение моих интеллектуальных

возможностей

/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

.Обычно я могу хорошо концентрироваться

/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Ключи для подсчета баллов опросника NAIF

Физическая подвижность

Да, очень Совсем нет

. У меня одышка при физическом напряжении

/\_\_1\_/\_\_2\_/\_3\_\_/\_4\_\_/\_5\_\_/\_6\_\_/\_7\_\_/

2. Я ощущаю нехватку энергии в течение дня

/\_\_1\_/\_2\_\_/\_3\_\_/\_4\_\_/\_5\_\_/\_\_6\_/\_\_7\_/

3. Я трачу много времени на занятия моими хобби

/\_\_7\_/\_6\_\_/\_5\_\_/\_4\_\_/\_3\_\_/\_2\_\_/\_1\_\_/

. При выполнении повседневных нагрузок мое состояние здоровья ухудшается /\_1\_\_/\_2\_\_/\_3\_\_/\_4\_\_/\_5\_\_/\_6\_\_/\_7\_\_/

5. Мое состояние здоровья мешает моему стремлению приобрести прибыльную работу /\_1\_\_/\_2\_\_/\_3\_\_/\_4\_\_/\_5\_\_/\_6\_\_/\_7\_\_/

. Я легко подхватываю инициативу /\_7\_\_/\_6\_\_/\_5\_\_/\_4\_\_/\_3\_\_/\_2\_\_/\_1\_\_/

Эмоционально состояние/Сексуальная функция

. Я напряжен(а) /\_1\_\_/\_2\_\_/\_3\_\_/\_4\_\_/\_5\_\_/\_6\_\_/\_7\_\_/

8. Я чувствую, что некому заботиться обо мне

/\_1\_\_/\_2\_\_/\_3\_\_/\_4\_\_/\_5\_\_/\_6\_\_/\_7\_\_/

9. Мое здоровье позволяет мне осуществлять сексуальную активность в том количестве, как мне хочется

/\_7\_\_/\_6\_\_/\_5\_\_/\_4\_\_/\_3\_\_/\_2\_\_/\_1\_\_/

. Эта способность ухудшилась в последнее время

/\_1\_\_/\_2\_\_/\_3\_\_/\_4\_\_/\_5\_\_/\_6\_\_/\_7\_\_/

. Я ощущаю подавленное настроение и депрессию

/\_1\_\_/\_2\_\_/\_3\_\_/\_4\_\_/\_5\_\_/\_6\_\_/\_7\_\_/

. Я легко раздражаюсь /\_1\_\_/\_2\_\_/\_3\_\_/\_4\_\_/\_5\_\_/\_6\_\_/\_7\_\_/

Социальные функции

. Я активно занимаюсь спортом

/\_7\_\_/\_6\_\_/\_5\_\_/\_4\_\_/\_3\_\_/\_2\_\_/\_1\_\_/

14. Мое состояние здоровья препятствует нормальному проведению отпуска

/\_1\_\_/\_2\_\_/\_3\_\_/\_4\_\_/\_5\_\_/\_6\_\_/\_7\_\_/

. Я регулярно встречаюсь с друзьями и членами семьи /\_7\_\_/\_6\_\_/\_5\_\_/\_4\_\_/\_3\_\_/\_2\_\_/\_1\_\_/

16. Я часто бываю дома один (одна) /\_1\_\_/\_2\_\_/\_3\_\_/\_4\_\_/\_5\_\_/\_6\_\_/\_7\_\_/

. Я люблю завязывать новые социальные контакты

/\_7\_\_/\_6\_\_/\_5\_\_/\_4\_\_/\_3\_\_/\_2\_\_/\_1\_\_/

. Я часто хожу в кино, театр и на спортивные мероприятия

/\_7\_\_/\_6\_\_/\_5\_\_/\_4\_\_/\_3\_\_/\_2\_\_/\_1\_\_/

Познавательная функция/Экономическое положение

. Я думаю, что моя память функционирует нормально

/\_7\_\_/\_6\_\_/\_5\_\_/\_4\_\_/\_3\_\_/\_2\_\_/\_1\_\_/

. Я могу быстро принимать решения

/\_7\_\_/\_6\_\_/\_5\_\_/\_4\_\_/\_3\_\_/\_2\_\_/\_1\_\_/

21. Мое состояние здоровья приводит к финансовым проблемам

/\_1\_\_/\_2\_\_/\_3\_\_/\_4\_\_/\_5\_\_/\_6\_\_/\_7\_\_/

. Я очень быстро схватываю то, что мне говорят

/\_7\_\_/\_6\_\_/\_5\_\_/\_4\_\_/\_3\_\_/\_2\_\_/\_1\_\_/

. Я заметил(а) в последнее время ухудшение моих интеллектуальных возможностей

/\_1\_\_/\_2\_\_/\_3\_\_/\_4\_\_/\_5\_\_/\_6\_\_/\_7\_\_/

. Обычно я могу хорошо концентрироваться

/\_7\_\_/\_6\_\_/\_5\_\_/\_4\_\_/\_3\_\_/\_2\_\_/\_1\_\_/

Для подсчета показателей необходимо сложить баллы , полученные при помощи ключа, по соответствующим пунктам опросника.

Расчет показателей КЖ

|  |  |
| --- | --- |
| Категории качества жизни | Пункты опросника для подсчета баллов |
| Физическая мобильность Эмоциональное состояние Сексуальная функция Социальные функции Познавательная функция Экономическое положение Интегральный показатель | 1,2,3,4,5,6 7,8,11,12 9,10 13,14,15,16,17,18 19,20,22,23,24 21 Сумма баллов по всем пунктам |

Пересчет балльной оценки показателей КЖ в проценты

|  |  |
| --- | --- |
| Категории качества жизниПроцент сохранности функций, определяющих качество жизни |  |
| Физическая мобильность Эмоциональное состояние Сексуальная функция Социальные функции Познавательная функция Экономическое положение Интегральный показатель | ФМ % = баллы х 100/42 ЭС % = баллы х 100 /28 СФ % = баллы х 100 /14 СоцФ % = баллы х 100 /42 ПФ % = баллы х 100 /35 ЭкП % = баллы х 100 /7 ИП % = баллы х 100 /168 |