

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

На правах рукописи

Бояркина Сания Исааковна

Качество жизни и социальная реабилитация онкологических больных.

**Специальность 22.00.04 - социальная структура, социальные институты
и процессы.**

**АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата социологических наук**

Санкт-Петербург

2004

Диссертация выполнена на кафедре философии и социологии Санкт-Петербургского Государственного Морского Технического Университета.

Научный руководитель: **кандидат философских наук,
доцент Ломовицкая
Валентина Михайловна**

Официальные оппоненты: **доктор философских наук,
профессор Карсаевская
Тамара Викторовна**

**кандидат социологических наук,
доцент Дудина
Виктория Ивановна**

Ведущее учреждение: Социологический институт Российской Академии Наук

Защита состоится «29» июня 2004 г. в 16 часов на заседании Диссертационного совета Д.212.232.13 по защите диссертаций на соискание ученой степени доктора наук при Санкт-Петербургском государственном университете по адресу: Россия, 193060 Санкт-Петербург, ул. Смольного, д. 1/3, подъезд 9, факультет социологии СПбГУ, ауд.205

С диссертацией можно ознакомиться в Научной библиотеке им. М.Горького Санкт-Петербургского государственного университета

Автореферат разослан «__» 2004 г.

Учёный секретарь диссертационного совета
кандидат социологических наук


Соколов Н.В.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИССЕРТАЦИОННОЙ РАБОТЫ

Актуальность исследования

В настоящее время Россия находится в сложной ситуации по многим социальным, экономическим и политическим показателям. Население страны испытывает все трудности переходного периода. С этой точки зрения проблема качества жизни человека стала для России одной из самых острых.

Проблема качества жизни стоит наиболее остро для таких социально неблагополучных категорий населения как: хронически больные, инвалиды, пенсионеры, безработные, бездомные и другие группы, требующие повышенного внимания со стороны общества и государственных социальных служб.

Среди названных достаточно многочисленны группы хронически больных и инвалидов. Существует ряд заболеваний, при различной степени тяжести которых человеку присваивается та или иная группа инвалидности. Однако есть одно заболевание, при котором инвалидность присваивается всегда, независимо от степени тяжести. Это заболевание - рак.

В настоящее время стало ясно, что, изучая качество жизни больных, недостаточно оценивать только степень сохранности физических функций и способность к активности. Социально-психологические аспекты качества жизни не менее важны, но нередко остаются на втором плане. В современной системе здравоохранения специальные учреждения, оказывающие помощь онкологическим больным, по ряду причин не способны осуществлять комплексную реабилитацию. Неразвита система социальной, юридической и экономической поддержки данной группы населения. Крайне мало исследований посвящено проблемам качества жизни онкологических больных в Санкт-Петербурге.

Цель исследования - проанализировать качество жизни онкологических больных как комплекс проблем социального, психологического, юридического характера, требующий для своего решения объединения усилий общества и государства, семьи и медицинских учреждений.

Проведен на макетинга
РОС НАЦИОНАЛЬНАЯ
БИБЛИОТЕКА
С.Петербург 498
09 300 1997 3

качества жизни онкологических больных на этапе ранней реабилитации, поскольку возможность полноценного восстановления больного и его возвращения к нормальной жизни во многом зависит от мониторинга качества жизни прежде всего, на данном этапе реабилитации. Результаты эмпирического исследования позволяют разработать рекомендации по эффективному повышению КЖ пациентов как комплексную программу реабилитации больных.

Задачи исследования.

1. Провести социологический анализ социальных и экономических проблем качества жизни онкологических больных.
2. Описать социальные процессы, приводящие к возникновению выше обозначенных проблем.
3. Адаптировать к особенностям российской культуры специфический инструментарий для количественного измерения качества жизни онкологических больных.
4. Выявить практические социальные и экономические проблемы, препятствующие повышению качества жизни онкологических больных.
5. Выявить условия труда врачей, а также значение материальной базы стационара, влияющие на качество жизни онкологических больных,
6. Предложить основу для разработки комплексных программ реабилитации.

Научная новизна.

1. Разработан специфический инструментарий (дополненная и адаптированная к особенностям российской культуры анкета FACT-G - The functional Assessment of Cancer Therapy - General и специально составленная в социологической лаборатории СПбТМТУ «Анкета врача»);
2. Осуществлен комплексный подход к оценке качества жизни онкологических больных с запущенными стадиями заболевания состоящий в анализе отечественной и зарубежной литературы по данной проблематике, а также оригинальном эмпирическом исследовании.

3. Проведен дифференцированный анализ результатов анкетирования пациентов и врачей, в результате чего сопоставлены данные и сделаны общие выводы:

онкологические больные являются одной из причин возникновения проблемы сохранения трудовых ресурсов;

онкологическая патология является фактором психологической дезадаптации больных, в связи с чем особую роль играет внутрисемейная поддержка онкологического больного;

в связи с особым психотравмирующим значением онкологической патологии, среди онкологических больных более вероятно совершение суицидальных попыток;

стационары не располагают профессионально подготовленными кадрами для проведения психологической и социальной реабилитации больных, практически вся ответственность за проведение реабилитации ложится на лечащих врачей, что значительно увеличивает нагрузку на них;

4. Разработаны рекомендации по оптимизации качества жизни онкологических больных, включающие ряд мер государственного контроля над социально-экономическим и социально-правовым аспектами, локальных мер по повышению качества ранней реабилитации пациентов, а также внутрисемейной поддержки, повышающей качество коммуникационной среды онкологических больных.

Апробация работы

Материалы по диссертации были доложены на заседании XVI сессии Международной школы социологии науки и техники, а также в рамках круглого стола на заседаниях XVII и XIX сессий Международной школы социологии науки и техники. Прочитан курс лекций по психологии девиантного поведения.

Материалы могут быть использованы для осуществления более широкого подхода к решению проблем качества жизни онкологических больных. Результаты исследования позволяют акцентировать внимание на комплексном характере проблем качества жизни онкологических больных, а также дадут возможность разработать практическую программу улучшения качества жизни страдающих данной патологией.

Публикации

По теме опубликовано 3 статьи общим объемом 1.2 п.л.

Объем и структура работы. Диссертация состоит из введения, двух основных глав, заключения, библиографии, включающей 115 наименований, и приложения, в котором представлены практические материалы по работе. Материал изложен на 180 страницах, содержит 21 график, 12 таблиц, 4 рисунка и 2 схемы.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Введение. Во введении обосновывается актуальность темы, проводится краткий обзор публикаций по теме работы, определяются цели и задачи и методы, объект и предмет исследования, раскрывается научная новизна работы и положения, выносимые на защиту.

Глава I. Теоретико-методологические основы изучения качества жизни и социальной реабилитации онкологических больных.

В первом параграфе данной главы на основании изучения данных социологической литературы рассматривается понятийный аппарат описывающий проблему качества жизни (КЖ), даются основные определения понятий, связанных с качеством жизни, таких как «образ жизни», «уклад жизни», «уровень жизни», «стиль жизни», «стандарт жизни». Проводится социологический анализ таких тесно связанных с качеством жизни понятий, как «адаптация» и «реабилитация», их связи и отличия, а также отношение к категории КЖ. Формулируется следующее рабочее определение качества жизни: качество жизни - социологическое понятие, включающее в себя

сочетание условий жизнеобеспечения и состояния здоровья, позволяющих достичь физического, психического и социального благополучия и самореализации. Определяются, в соответствии с рекомендациями ВОЗ, медико-социальные аспекты качества жизни, такие как субъективные и объективные критерии оценки КЖ, его индикаторы, а также классификация КЖ. Подвергаются анализу трудности, связанные с измерением и оценкой качества жизни, формулируются ответы на три базовых методологических вопроса: кто должен оценивать качество жизни? Что должно оцениваться? Как можно стандартизировать оценку качества жизни (КЖ)? Описываются основные характеристики инструментария, применяемого в оценке КЖ, в том числе используемого для проведения опросов среди онкологических больных. Рассматриваются следующие цели измерения качества жизни: определение направлений повышения качества жизни того или иного конкретного человека, контроль над эффективностью проводимых мероприятий. Выявляется ряд типичных ошибок, которые допускают исследователи при изучении этого понятия. Делается заключение, что КЖ является многокомпонентной структурой, и задача исследователя состоит в оценке всех критериев, составляющих КЖ в большей степени, чем концентрация внимания на самом этом понятии.

Во втором параграфе качество жизни онкологических больных рассматривается как результат социальной реабилитации. В этом контексте подвергаются анализу следующие аспекты:

❖ Роль социальной диагностики в создании реабилитационной программы. Здесь имеется в виду тот факт, что в силу тяжести заболевания реабилитант, находясь в состоянии социальной недостаточности, нуждается в общении, поддержке, понимании. Он не обладает прежним социальным потенциалом. Задача реабилитологов состоит в том, чтобы четко представить, что следует включить в перечень реабилитационных мероприятий, конкретизировать процесс социальной реабилитации индивида. Решение задач такого рода начинается с диагностики. Диагностика касается всех основных элементов,

составляющих базис социальной сферы жизнедеятельности человека, а также процесса восстановления прежних и освоения новых социальных ролей. В ходе социальной диагностики выявляются основные социальные компоненты, затрагиваемые в ситуации «болезнь», и ее проведение является необходимым условием для создания базы, на которой стала бы возможной разработка индивидуальной программы реабилитации больного.

❖ Инвалидизация онкологических больных в свете социально-психологической реабилитации. Онкологические заболевания нередко являются причиной инвалидизации больных; В связи с этим проблема инвалидности онкологических больных крайне актуальна. Удельный вес злокачественных новообразований в структуре причин инвалидности составляет приблизительно 10.0%. В структуре инвалидности населения Санкт-Петербурга злокачественные новообразования стабильно занимают второе место и составляют 6.3%.

Лица, утратившие прежний уровень здоровья нуждаются в социально-психологической реабилитации, осуществляющей специально подготовленными специалистами. При помощи системы мер может быть достигнуто не только уменьшение воздействия инвалидизирующих факторов, но и создание возможностей для инвалидов достичь социальной интеграции, адаптироваться к жизни в обществе. Реабилитация должна способствовать выработке у инвалида новой системы целей и ценностей, способствующих его свободной самоактуализации и самореализации. Этим усилиям должен быть чужд "инвалидный" подход, замыкающий больного в узком мирке, усиливающий его изолированность. Напротив, активное формирование социальных установок, развитие и обогащение личности за счет возрастания самостоятельности и ответственности в межличностных отношениях, умения оптимально соотнести собственные интересы с интересами группы, в которой инвалид сам сможет приносить пользу своим близким и обществу в целом, будет способствовать его личностной и социальной независимости.

Далее проводится исследование таких проблем как:

➤ Роль общественных организаций в процессе реабилитации онкологического больного. Речь идет о том, что замкнутость онкологических больных, как следствие трудностей адаптации, приводит к потребности поделиться с кем-нибудь, кто уже побывал в аналогичной ситуации и знаком с ней не по чужим рассказам. Изоляция пагубна, и многие пациенты стихийно, неосознанно, идут на образование групп самопомощи.- Однако наиболее активные из них считают это недостаточным и хотят сами поддерживать себе подобных.

Возникают противораковые организации. Некоторые из них объединяют пациентов и их близких, другие - родителей больных детей, третьи - специалистов, а многие - открыты для всех, кого волнует проблема борьбы с раком. Так же различаются сферы деятельности этих организаций. Это - научные исследования и подготовка специалистов, просвещение населения, предоставление услуг онкологическим больным и многое другое.

На данный момент в России функционирует более 65 общественных организаций в самых разных городах, оказывающих различную помощь онкологическим больным и их семьям.

Функционирование волонтерских организаций, которые своей безвозмездной работой способны повлиять на улучшение ситуации в сфере социальных отношений, является одним из действенных путей повышения качества жизни онкологических больных, путем восстановления нарушенных связей между обществом и конкретными людьми.

➤ Религия как реабилитирующий фактор. Сталкиваясь с неизлечимым заболеванием, многие люди находят в религии утешение и средство к дальнейшему существованию. Больные вступают в религиозные общинны, где могут получать необходимую поддержку и заботу. В данном случае религиозный подход выступает как средство облегчения страданий больного, как мотив для возвращения к жизни, поскольку у больного появляется близкая ему социальная среда, в которой он находит понимание и утешение.

➤ Видимо, учитывая психотерапевтическое воздействие церкви на больных, на территориях многих лечебных учреждений нашего города строят, готовятся к открытию и уже функционируют небольшие часовни и церкви, в которых люди могут получить необходимое понимание, поддержку и, возможно, новую жизнь.

➤ Хоспис как модель организации поведения общества по отношению к онкологическим больным. Гуманистические принципы хоспинского движения позволяют сфокусировать все внимание на создании должного качества жизни пациента. Качество жизни - это принцип, позволяющий перевести бессмысленность последней борьбы в достойный уход из жизни.

Подобный гуманистический подход, действующий в хосписной системе, необходимо распространить в обществе. Хосписная служба может служить моделью для формирования адекватного отношения к онкологическим больным.

В третьем параграфе «Онкологическая патология как фактор психологической и социальной дезадаптации больных» проводится анализ:

✓ Причин девиантного поведения онкологических больных. В случаях хронической соматической патологии, в том числе онкологической, девиантные формы поведения человека следует рассматривать как формы психического реагирования, которые с течением времени и при сохранении симптомов болезни преобразуют личность или блокируют личностное развитие, приводя к ее своеобразной деформации.

✓ Онкологическая патология как фактор психологической и социальной дезадаптации больных. Онкологическая патология имеет особое психотравмирующее значение. Основное различие терапевтической и хирургической патологии с точки зрения психологического отношения к ним и формирования девиантных форм поведения заключено в характере протекания болезненных процессов. Частота и выраженность поведенческих реакций на онкологическую патологию зависит во многом от локализации и характера

болезненного процесса, наличия метастазов и некоторых других факторов. Однако не только локализация и характер онкологического заболевания влияют на частоту появления психических нарушений. Немаловажную роль играют такие факторы, как особенности характера человека, заболевшего онкологическим заболеванием.

Важнейшим и принципиальнейшим фактором в социальной адаптации больных с онкологической патологией является семейная поддержка. Роль семейных взаимоотношений возрастает в случаях появления у онкологических больных психологических проблем и психических расстройств. Купирование психопатологических симптомов и синдромов и адаптация больных к новому для них статусу онкологического больного эффективнее проходит в семьях, строящихся по принципу сплоченности.

✓ Суицид и эвтаназия онкологических больных как формы социально-психологических девиаций. Вследствие перечисленных патогенных для психики факторов у онкологических больных резко возрастает риск суицидальных тенденций (суицидального поведения). Количество суицидальных попыток при онкологических заболеваниях значительно превышает подобный показатель при иных соматических заболеваниях. Этот факт указывает на то, что, во-первых, существуют некоторые отличительные особенности психических переживаний при онкологических заболеваниях, во-вторых, ни одно из существующих заболеваний не несет в себе столь мощной стрессирующей нагрузки, как злокачественная опухоль.

Постоянные боли приводят к возникновению у пациентов желания умереть. В связи с этим встает проблема эвтаназии. Внутри медицинского сообщества ведутся дебаты по поводу легализации эвтаназии. Это не только социально-психологическая, но и этическая проблема. Возникает множество вопросов: должны ли существовать суициды с помощью врача? Кому их разрешать? Должны ли все врачи иметь право совершать акт эвтаназии или это должны быть избранные? В случае легализации эвтаназии возникнут психологические проблемы со стороны непосредственных исполнителей.

В четвертом параграфе первой главы «Социально-экономические и социально-правовые проблемы онкологической службы» рассматриваются:

- Социально-экономические факторы в онкологии. Проблемы онкологической службы обусловлены как динамикой заболеваемости, так и социально-экономическими условиями. Проводимые в стране реформы, в том числе в здравоохранении, негативно отразились и на онкологической службе. Учреждения, призванные обеспечить выполнение Закона о медицинском страховании, до сих пор не выполнили эту обязанность. На этом фоне возникли значительные затруднения с развитием материальной базы учреждений здравоохранения, в том числе онкологических, а также с возможностью сохранения квалифицированных кадров. Привлечение Фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) в качестве альтернативы государственному фонду не дало нужного эффекта. Более того, это привело к существенно меньшему финансированию здравоохранения и онкологической службы в частности.
- Социально-экономические проблемы паллиативной онкологии. Наиболее важные проблемы, с которыми сегодня сталкивается паллиативная медицина, — нехватка специалистов и медикаментов. Существующая система медицинского обеспечения онкологических больных, находящихся на амбулаторном излечении, невероятно громоздка, дорога и неэкономична. Терапия боли является важной проблемой, включающей медицинские, гуманные и социальные аспекты, однако вопросы ее финансовой и правовой деятельности мало изучены.

Возникает проблема экономических потерь. Экономические потери обусловлены высокой стоимостью лечения, профилактических и реабилитационных мероприятий, длительной, часто необратимой утратой трудоспособности, затратами на социальное обеспечение и страхование. Социальные программы поддержки инвалидов финансируются за счет налогоплательщика, вызывая раздражение, мешающее интеграции инвалида в

общество здоровых людей. Ситуацию можно изменить медико-социальными методами с помощью повышения мотивации инвалида к реабилитации.

■ Нормативно-правовые акты в онкологии. Правовые аспекты функционирования онкологической службы являются не менее значимыми, чем экономические. Следует констатировать, что на сегодняшний день ни один из принципов охраны здоровья, гарантированных Конституцией РФ; в частности государственные гарантии в области охраны здоровья, доступность квалифицированной медико-социальной помощи, социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья, приоритет профилактических мер и др., не соблюдается или не выполняется в полной мере.

Глава II. Эмпирическая оценка качества жизни онкологических больных.

В данной главе описывается база и программа исследования, а также проводится подробный анализ результатов анкетного опроса онкологических больных и их лечащих врачей.

Исследование было проведено на базе Городского клинического онкологического диспансера, который является крупнейшим медицинским онкологическим центром в Санкт-Петербурге.

В исследовании использовался кластерный метод построения выборки. Были отобраны 45 врачей онкологов и 113 онкологических больных проходящих лечение на восьми отделениях, расположенных в двух зданиях диспансера.

Исследование включало в себя два взаимосвязанных этапа.

Этап I. Для изучения качества жизни онкологических больных использовалась последняя четвертая версия анкеты FACT-G - The functional Assessment of Cancer Therapy - General, разработанная в США в 1998 году, которая используется для проведения исследований среди относительно гомогенной выборки онкологических больных [96, 1064].

Анкета FACT-G, использованная в исследовании, модифицирована с учетом особенностей российской культуры и менталитета в соответствии с целями и задачами исследования. Так, исключен вопрос «боитесь ли Вы смерти», поскольку задавать подобный вопрос тяжелым онкологическим больным показалось крайне некорректно. Добавлены вопросы: «чувствуете ли Вы себя здоровым и бодрым», «чувствуете ли Вы прилив сил и энергии» - в первом блоке, что несколько уравновесило количество позитивных и негативных утверждений; «считаете ли Вы свою болезнь заразной», «чувствуете ли Вы себя изолированным», «я испытываю дискомфорт в общении с близкими» - во втором блоке, для более углубленного изучения социального аспекта и выявления уровня информированности больных о раке как заболевании; «я верю в выздоровление», «я совершенно спокоен» - в третьем блоке, что позволило правильнее оценить психологический статус пациентов и в четвертом блоке - «меня беспокоит, что моя работа «простаивает» в мое отсутствие» и «меня беспокоит будущее моих детей» - эти утверждения также направлены на выявление социального и психологического аспектов, в свете прогноза заболевания. Внесенные изменения технически допустимы, поскольку анкета FACT-G предполагает модульный принцип ее составления, то есть основная часть остается неизменной плюс дополнительные вопросы, которые могут быть добавлены исследователем самостоятельно в соответствии с целями и задачами каждого конкретного исследования.

Опросник включает в себя 27 стандартных вопросов и 8 дополнительных. Все вопросы разбиты на 4 группы - физическое благополучие, социальное/семейное, эмоциональное и функциональное благополучие.

Пациент оценивал предложенное утверждение по 5 бальной шкале, где 0 означает «нет, полностью не согласен», 1 - «практически не согласен», 2 - «затрудняюсь ответить», 3 - «практически согласен» и 4 — «полностью согласен» (оценочная шкала). Анализ результатов проведен по всей выборке с разделением по половому признаку.

Этап II. Для исследования возможностей проведения реабилитационных мероприятий в стационаре врачам была предложена «Анкета врача», включающая в себя 17 вопросов, а также раздел, предполагавший внесение предложений по вопросам, касающимся улучшения качества жизни онкологических пациентов в России.

Кроме анкетирования в исследовании был использован еще один метод сбора информации. Врач после заполнения «Анкеты врача» заполнял «Приложение к анкете врача», в котором он описывал каждого из своих пациентов, включенных в исследование. В «Приложении к анкете врача» лечащий врач отмечал, выражал ли больной желание умереть и, если да, - то как - (суицид, эвтаназия); с чем может быть связано подобное желание; были ли в роду пациента суицидальные попытки; способен ли больной совершить суицид, и пытался ли он это сделать; просил ли он помочи в намерении умереть и, наконец, какие меры предусмотрены в стационаре для предотвращения суицидов. Кроме того, врач отмечал наличие или отсутствие признаков депрессии у каждого больного. Подобная методика позволила сформировать представление о психологическом статусе пациента, не задавая ему такие психологически травмирующие вопросы, как: «Не посещают ли Вас суицидальные мысли», «Есть ли у Вас в роду история суицидальных попыток» и т. п.

В соответствии с целями и задачами исследования выполнялись:

- построение и визуальный анализ графиков и диаграмм разброса данных;
- определение типов распределений данных;
- расчет частотных таблиц;
- сравнение изучаемых показателей в различных группах и подгруппах в соответствии с целями и задачами исследования;
- проверка статистических гипотез на основе непараметрического метода тест d - Соммер.

Выводы, сделанные на основании анкетирования врачей следующие:

На данный момент стационар не располагает достаточной материальной базой и трудовыми ресурсами для проведения комплекса реабилитационных мероприятий.. Вероятно, возникшие трудности связаны с расширением диспансера и будут устранены в ближайшее время.

Практически вся ответственность за проведение реабилитации ложится на лечащих врачей, что значительно увеличивает нагрузку на них. Это не может не сказываться на качестве работы или состоянии здоровья персонала.

Стационар не располагает профессионально подготовленными кадрами для проведения психологической и социальной реабилитации больных. Желательно ввести в штат специалистов, которые могли бы оказывать профессиональную помощь больным и снимать эту часть работы с лечащих врачей.

Выводы, сформулированные по результатам опроса больных:

Физическое, социальное/семейное благополучие.

1. Большинство опрошенных онкологических больных старше 50 лет. В этом возрасте люди выходят на пенсию, их материальное благосостояние падает, возрастает количество бытовых проблем, социальные контакты становятся менее обширными. Социальная значимость пенсионеров, с точки зрения экономических прибылей для государства, сводится к нулю. Обычно в этом возрасте человек имеет ряд хронических заболеваний, что накладывает определенный отпечаток на его психо-эмоциональное состояние. Все это резко снижает качество жизни.

2. В данной выборке такие неприятные состояния, как тошнота и боль, проявляются не у большинства больных, хотя у значительной доли опрошенных они присутствуют. Примерно половина пациентов жалуются на плохой сон и ощущение потери сил. Подавляющее большинство онкологических больных отметили, что чувствуют себя совершенно больными людьми и что их физическое состояние мешает им удовлетворять нужды семьи.

3. Большинство онкологических больных не считают свою болезнь заразной, однако есть и такие, кто абсолютно уверен в заразности своего заболевания (8,0% мужчин и 6,0% женщин), кроме того, велик процент сомневающихся (14,3% мужчин и 28,0% женщин). Это наглядно демонстрирует недостаточную информированность больных раком относительно заразности заболевания.

В результате проведения непараметрического теста d-Соммер для выявления значимости, силы и направления зависимости между двумя переменными в ненормально распределенных выборках, где в ответах использованы порядковые шкалы, выявлена обратная зависимость между уровнем образования и ответом на утверждение о заразности заболевания равная 10,4%. При вычислении теста d-Соммер выявлена прямая зависимость между представлением о заразности заболевания и ощущением изолированности равная 4,4%.

4. Подавляющее большинство опрошенных получают поддержку со стороны семьи и друзей, за исключением тех, у кого нет семьи или друзей, которым известно о болезни. По результатам анкетирования первостепенную значимость имеет эмоциональная поддержка со стороны семьи.

Большинство больных удовлетворены общением с семьей относительно болезни. Значит, члены семьи оказывают поддержку больному, не отказываются обсуждать с ним заболевание и в свою очередь, пациент открыт для общения.

5. Подавляющее большинство больных (81,0% мужчин и 78,0% женщин) не ответили на вопрос об удовлетворенности сексуальной жизнью безотносительно своего нынешнего состояния. Это произошло по нескольким причинам. Во-первых, нельзя забывать, что мы имеем дело с онкологическими больными, находящимися на лечении в стационаре. Они находятся в чужеродной для них атмосфере и вряд ли чувствуют себя настолько комфортно, чтобы обсуждать подобную тему. Во-вторых, менталитет нашей страны таков,

что раньше тема секса открыто не обсуждалась, это было сугубо интимной сферой.

Итак: анализ результатов блоков вопросов относительно физического, социального и семейного благополучия респондентов позволил сформулировать следующее:

I. Онкологическое заболевание непосредственно влияет не только на физическое состояние больного, но и на его социальные контакты. Физическое состояние влияет на социальную роль, выполняемую пациентом в таком микросоциуме, как собственная семья.

II. Онкологические больные недостаточно информированы относительно своей болезни, в частности, ее заразности. Необходимо публичное всестороннее обсуждение онкологических заболеваний и их основных аспектов.

III. С момента постановки диагноза и на всем протяжении лечения крайне важную роль играет эмоциональная поддержка со стороны семьи и друзей.

Эмоциональное благополучие.

1. Можно сказать, что среди опрошенных пациентов мужчины более подвержены грусти, чем женщины. Это связано с тем, что в психологическом отношении мужчины значительно хуже женщин переносят такие аспекты болезни, как болевые ощущения и ограничение подвижности, а это именно то, с чем пациентам приходится сталкиваться.

2. Надо отметить, что процент теряющих надежду на выздоровление очень велик (33.4% мужчин и 40.0% женщин), хотя преобладают оптимисты, не теряющие надежду на выздоровление. Обширные оперативные вмешательства, повторяющиеся курсы химиотерапии, длительное пребывание в стационаре - все это угнетающее действует на эмоциональный статус онкологических больных. Кроме того, при формировании субъективного отношения к болезни важную роль играет фактор возраста. В выборку вошли люди зрелого и пожилого возраста. Лица зрелого возраста психологически тяжело реагируют

на хронические и инвалидизирующие заболевания. Это связано с системой ценностей, поскольку человек зрелого возраста стремится удовлетворять такие социальные потребности, как потребность в благополучии, благосостоянии, независимости, самостоятельности. Удовлетворение этих потребностей блокируется возникновением хронического или инвалидизирующего заболевания, поэтому онкологическая патология попадает в разряд психологически тяжелых патологий. Что касается пожилых людей, для них наиболее травмирующими являются болезни, приводящие к смерти. Поэтому рак страшен для них не потерей трудоспособности, а тем, что он ассоциируется со смертью.

3. Большинство больных настроены довольно оптимистично, они удовлетворены собой, тем как они справляются с заболеванием и как переносят все трудности лечения.

4. Большинство пациентов чувствуют себя довольно спокойно и не боятся ухудшения своего состояния. Подобный оптимизм, выявленный предыдущими утверждениями, вызван тем, что на «послеоперационном» психологическом этапе резко снижается степень выраженности всех отрицательных переживаний больных, наступает своеобразное психологическое облегчение.

Итак: анализ блока эмоционального благополучия подтвердил, что имеет место как возрастная и гендерная зависимость реакции на заболевание.

Функциональное благополучие.

1. Количество опрошенных онкологических больных, посчитавших себя нетрудоспособными, очень велико. В целом в выборке 45.2% полагают, что они не в состоянии работать и еще 46.9% не смогли подтвердить, что выполняют свою работу. Таким образом, можно сказать, что проблема восстановления трудоспособности онкологического больного является одной из наиболее актуальных, наряду с другими социальными проблемами данной категории населения.

2. Количество не смирившихся с болезнью преобладает, однако количество тех, кто смирился с ней также очень велико (42.8% мужчин и 38.0% женщин).
3. Количество больных обеспокоенных будущим своих детей, преобладает. Поскольку в выборке преобладают люди старше 50 лет, то среди тех, кто не согласился с утверждением, основным пояснением было то, что дети уже взрослые и могут сами о себе побеспокоиться.

По результатам теста d-Соммер выявлена очень незначительная прямая зависимость между обеспокоенностью будущим детей и полом респондента.

4. Подавляющее большинство опрошенных онкологических больных на сегодняшний день не довольны качеством своей жизни. По выборке их число составило 69.0% против 29.2% удовлетворенных. Из этого следует, что проблема является действительно крайне актуальной.

Величина прямой зависимости между удовлетворенностью качеством жизни и возрастной группой пациента равна 8.2%.

Итак: анализ блока вопросов функционального благополучия выявил:

- I. Наиболее актуальными для онкологического больного являются проблемы восстановления трудоспособности, улучшения качества жизни. Причем чем старше респондент в данной выборке, тем сильнее его неудовлетворенность качеством жизни.
- II. Необходима психотерапия больных для усиления их мотивации к выздоровлению и снижению уровня обеспокоенности за будущее своих детей.

По итогам результата анализа зависимостей отдельных показателей в выборке можно сказать, что наибольшая зависимость (обратная, равная 10.4%) выявлена между уровнем образования и ответом на утверждение о заразности заболевания. На втором месте зависимость (прямая, равная 8.2%) удовлетворенностью качеством жизни от возрастной группы. На третьем - зависимость (прямая, равная 4.4%) между представлением о заразности заболевания и ощущением изолированности. И самая незначительная

зависимость (прямая, равная 1.9%) между беспокойностью будущим детей и полом (незначимая). Нельзя также забывать, что эти данные справедливы только для данной выборки и статистически значимыми не являются. Это связано с недостаточно большим размером выборки. Для получения статистически значимых результатов выборка должна быть в несколько раз больше.

По результатам анализа «Приложения к анкете врача» выводы следующие:

- 1) На момент проведения исследования больные, пребывающие в депрессивном состоянии, были в подавляющем меньшинстве. Этот показатель сохраняется трудами врачей стационара, которые значительную часть времени посвящают беседам с больными и их родственниками, выполняя психотерапевтические функции.
- 2) Относительно суицидальных попыток на момент проведения исследования врачами были отмечены, как склонные к совершению суицида, 6.0% женщин и 1.6% мужчин.
- 3) Подобная ситуация может быть связана с большей эмоциональной лабильностью женщин, а также их способом психологического реагирования на ситуацию.
- 4) По мнению врачей в ряду факторов, влияющих на возникновение у пациента желания умереть, находятся болевой синдром, усталость онкологических больных от своего состояния, страх.

В заключение работы сформулированы общие выводы, которые в совокупности с результатами эмпирического исследования позволяют сформулировать некоторые рекомендации, системное и комплексное выполнение которых позволит оптимизировать качество жизни онкологических больных.

Рекомендации:

1. Социального и социально-психологического характера:

создавать государственные центры комплексной поддержки онкологических больных, где стало бы возможным получать медицинскую, социальную, психологическую и юридическую помощь, на льготных основаниях;

разработать образовательную программу по специальности «реабилитация»;

- ввести в штат социальных служб, ответственных за проведение реабилитационных мероприятий с онкологическими больными и инвалидов по онкологическому заболеванию профессиональных психологов;

- поощрять и развивать деятельность общественных организаций, в том числе религиозного характера, способствующих социальной реабилитации онкологических больных;

- родственникам нужно оказывать всяческую поддержку больному в течение всего периода лечения, а после окончания лечения и стабилизации состояния здоровья относиться к болевшему родственнику так же, как до заболевания

2. Медико-социального характера:

- увеличить объемы производства средств медицинского и бытового назначения для инвалидов по онкологическому заболеванию и их доступность для данной категории населения;

- расширить сеть амбулаторных онкологических служб, за счет специализированных выездных бригад;

- назначать консультацию невропатолога больным с суициальными попытками в анамнезе, депрессивными состояниями и неустойчивой психикой, а также организовать отдельные специализированные палаты с видео наблюдением для больных с суициальными попытками в анамнезе с целью предотвращения совершения суицида;

- организовать просветительскую работу с больными и их родственниками относительно онкологических заболеваний, их патогенеза, чтобы люди могли получать информацию относительно онкологических заболеваний только от профессионально подготовленных специалистов и специальной литературы;

3. привлечь средства массовой информации к проведению повсеместной просветительской работы среди населения относительно социально значимых заболеваний, в частности, онкологических с целью;

Предложенные рекомендации позволяют существенно оптимизировать качество жизни онкологических больных.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:

1. Социально-психологические аспекты деятельности врачей// Проблемы деятельности ученого и научных коллективов. Выпуск XVII. - СПб.: Издательство СПбГТУ, 2002, с. 162
2. Проблемы измерения качества жизни и инструментарий, применяемый для его оценки// Проблемы деятельности ученого и научных коллективов. Выпуск XVIII. - СПб.: Гидрометеоиздат, 2002, с.259
3. Эвтаназия и суицид в онкологической практике как социальная проблема// Проблемы деятельности ученого и научных коллективов. Выпуск XVII. - СПб.: Гидрометеоиздат, 2003, с. 182

**Отпечатано ООО "АБЕВЕГА"
ул.Савушкина д.12 тел.242-09-94
подписано в печать 20.05.2004г.
тираж 100экз.**

N^o 12439