Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный

медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Факультет клинической психологии

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

**КУРСОВАЯ РАБОТА**

Качество жизни и отношение к болезни пациентов с сердечно – сосудистой патологией

Студент 401 группа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Костина М.Б.

Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Попенко Н.В.

Красноярск 2015

СОДЕРЖАНИЕ

Введение ………………………………………………………………………….3

1 Литературный обзор качества жизни и типов отношения к болезни………6

1.1 Понятие качества жизни, качество жизни в медицине………………………………………………………………………….6

## 1.2 Типы отношения к болезни и их связь с ее преодолением………………10

2 Эмпирическое исследованиекачества жизни и отношения к болезни пациентов с сердечно – сосудистой патологией……………………………………………………………………….19

2.1 Описание методов исследования…………………………………………..19

2.2 Анализ полученных данных………..………………………………………24

## Заключение………………………………………………………………………30

## Список использованных источников………………………………………………………………………32

## Приложение……………………………………………………………………..35

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы обусловлена тем, что заболевания сердечно - сосудистой системы в течение многих лет являются основной причиной смертности населения во многих экономически развитых странах. Смертность от болезней системы органов кровообращения в Российской Федерации ежегодно составляет 55-57% от общей смертности.

Атеросклероз представляет собой системное заболевание, и у значительного числа больных атеросклеротическое поражение не ограничивается одним сосудистым бассейном. Так, по данным регистра REACH, поражение артерий нескольких сосудистых бассейнов имеют около 25 % пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), 40 % больных с цереброваскулярным атеросклерозом и более 60 % пациентов с атеросклерозом артерий нижних конечностей. В этом же исследовании было продемонстрировано, что у больных с атеросклеротическим поражением нескольких сосудистых бассейнов риск развития фатальных осложнений в течение 3 лет достоверно выше по сравнению с теми пациентами, у которых поражен один сосудистый бассейн. Сердечно - сосудистая смерть в течение 3 лет наблюдения была наиболее частой у пациентов с периферическим атеросклерозом.

В настоящее время одним из важных научных направлений современной медицины является поиск общих закономерностей реагирования человека на заболевание, универсальных понятий и точных критериев, описывающих широкий спектр событий и изменений в жизни больного.

Доказано, что болезнь влияет как на физическое состояние индивидуума, так и на психологию его поведения, эмоциональные реакции, часто изменяют его место и роль в социальной жизни. При изучении природы заболеваний важно получить полное представление о характере воздействия болезни на важнейшие функции человека.

Объектисследования пациенты с сердечно – сосудистой патологией.

Предмет исследованияспецифика качества жизни и отношения к болезни пациентов с сердечно – сосудистой патологией.

Цель работыизучить качество жизни и отношение к болезни пациентов с сердечно - сосудистой патологией.

Задачи:

1. Провести теоретический обзор научной литературы по исследуемой проблеме.

2. Выявить специфику качества жизни и отношения к болезни пациентов с сердечно – сосудистой патологией.

3. Выявить преобладающий тип отношения к болезни пациентов с сердечно – сосудистой патологией, а так же оценить общее благополучие и степень удовлетворенности теми сторонами жизнедеятельности человека, на которые влияют состояние здоровья.

Гипотеза:

Предполагается, что показатели качества жизни и тип отношения к болезни у пациентов, перенесших инфаркт миокарда, будут существенно отличаться по сравнению с пациентами ХОЗАНК.

Методы исследования:анализ и обобщение научной и методической литературы по избранной теме, методики «ТОБОЛ» , «SF-36» , количественный и качественный анализ эмпирических данных с использованием метода математической статистики.

Практическая значимостькурсовой работы заключается в возможности применять в профессиональной деятельности психолога методики по определению качества жизни и типа отношения к болезни пациентов с сердечно – сосудистой патологией. Теоретические данные, изложенные в курсовом исследовании, могут служить основой для разработки психологического сопровождения пациентов с сердечно - сосудистой патологией.

Работа изложена на страницах, состоит из введения, двух глав, заключения, литературы, приложения.

ГЛАВА 1. ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР ПОДХОДОВ К ИЗУЧЕНИЮ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ТИПОВ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ

1.1. Понятие качества жизни, качество жизни в медицине

## В последние годы во всем мире термин «качество жизни» используется чрезвычайно широко. В индустриальных странах рост интереса к качеству жизни является показателем стремления к развитию целостного взгляда на индивида в медицине и в социальных науках. В настоящее время все большее внимание стало уделяться изучению качества жизни в медицине, что позволило глубже вникнуть в проблему отношения больного к своему здоровью[2].

## Качество жизни (КЖ) как медицинская категория исторически тесно связано с определением здоровья, принятым ВОЗ в 1948 г. Согласно этому определению «здоровье – это полное физическое, социальное и психологическое благополучие человека, а не просто отсутствие болезни» [1].

## Таким образом, утвердилась точка зрения, стремившаяся учесть разнообразные интересы пациентов в процессе лечения. От достаточно простого понимания смысла медицинских вмешательств, утверждающего, что здоровье, отсутствие болей и нормально функционирующий организм - это благо, а ухудшение здоровья, болезни и смерть должны быть предотвращены, медицина переходит к более сложной и современной точке зрения, предполагающей, что хорошее состояние здоровья индивидуума и его жизненное благополучие - есть отражение удовлетворения его потребностей и его адаптации в физической, психологической и социальной сферах[3].

Внимание медиков все больше фокусируется не на отдельной болезни и ее симптомах, а на пациенте как целостной личности со всеми его жизненными заботами и проблемами. Идет интенсивный поиск и разработка новых измерителей состояния здоровья населения, дополняющих такие традиционные его индикаторы, как заболеваемость и смертность. В ряду этих новых измерителей оценки качества жизни занимают одно из первых мест[4].

Впервые возникнув в 60-е гг. в контексте измерения благополучия человеческого бытия, предложенное Римским клубом в 70-х гг. для использования в научных исследованиях, в последние годы качество жизни все чаще используется как мера результата медицинских вмешательств, в клинических и эпидемиологических исследованиях. Количество исследований, связанных с качеством жизни, в различных отраслях здравоохранения прогрессивно возрастает. Растет понимание того, что качество жизни является чрезвычайно важной мерой результатов лечения[5].

Данные о качестве жизни могут быть использованы на уровне отдельного пациента и его лечащего врача. Взаимодействие и взаимопонимание между больным и врачом улучшается благодаря тому, что врач, использующий шкалы для измерения качества жизни и обсуждающий результаты с пациентом, лучше понимает, каким именно образом данное заболевание влияет на переживание пациентом своей жизни. Это придает больший смысл и удовлетворенность работе доктора, а в конечном итоге приводит к улучшению качества обслуживания пациента. Более того, сами пациенты могут лучше уяснить себе свое состояние здоровья и связанные с ним жизненные проблемы. Помимо этого, рутинное использование инструмента может усовершенствовать сбор и фиксацию данных о пациентах в историях болезни, а также способствовать обмену ценной информацией между профессионалами[6].

Шкалы качества жизни находят существенное применение в клинических испытаниях новых лечебных методов и препаратов, устанавливая нормативы функционирования и обнаруживая изменения качества жизни в процессе лечения. На основе полученных данных об улучшении качества жизни пациентов могут приниматься решения о снабжении лечебных учреждений более широким выбором медикаментов, а большая доступность определенных препаратов будет выгодна тем пациентам, которые выберут лекарства, не только избавляющие от симптомов или уменьшающие их, но также улучшающие их качество жизни[7].

## Всемирная организация здравоохранения (1999) предложила рассматривать это понятие как оптимальное состояние и степень восприятия отдельными людьми и населением в целом того, как удовлетворяются их потребности (физические, эмоциональные, социальные и пр.) в достижении благополучия и самореализации[7].

## Другими словами, качество жизни отражает уровень комфортности человека в обществе и базируется на трех основных компонентах: 1. Условия жизни, т.е. объективная, не зависящая от самого человека сторона его жизни (природная, социальная среда и др.); 2. Образ жизни, т.е. субъективная, создаваемая самим индивидуумом сторона жизни; 3. Удовлетворенность условиями и образом жизни[8].

КЖ зависит от самых разных факторов: жилищных условий, работы или учебы, семьи, социально-экономического статуса, политической обстановки в стране и т.д. На КЖ также влияют возраст, пол, религиозные убеждения, культурный уровень человека. Рассматривая вопросы КЖ в медицине, принято сосредоточиваться на связанных с болезнью функциональных возможностях, а также на субъективном восприятии пациентом состояния здоровья и выраженности симптомов болезни. По сравнению с традиционным, сугубо объективным подходом к болезни появление в практике соматической медицины понятия КЖ можно считать значительным прогрессом[9].

Современная концепция изучения качества жизни, связанного со здоровьем, базируется на трех составляющих.
1. Многомерность. Качество жизни, связанное со здоровьем, оценивается характеристиками, как ассоциированными, так и не ассоциированными с заболеванием, что позволяет дифференцированно определить влияние болезни и лечения на состояние больного.
2. Изменяемость во времени. Качество жизни, связанное со здоровьем, меняется во времени в зависимости от состояния больного. Данные о качестве жизни позволяют осуществлять постоянный мониторинг состояния больного и в случае необходимости проводить коррекцию терапии.
3. Участие больного в оценке своего состояния. Эта составляющая особенно важна. Оценка качества жизни, связанного со здоровьем, сделанная самим больным, представляет собой ценный показатель его общего состояния. Данные о качестве жизни, наряду с традиционным врачебным заключением, позволяют составить более полную картину болезни и прогноз ее течения.[10]

При ряде хронических заболеваний, болезнях, склонных к прогрессированию и протекающих с обострениями, значительно ограничивается нормальное существование человека, и эти ограничения могут стать важнее для больного, чем сама болезнь. Хроническая болезнь накладывает на психику больного сильный отпечаток, обостряя невротические черты. КЖ в этом случае отражает способность больного адаптироваться к проявлениям своей болезни[11].

Можно использовать критерий качества жизни для оценки эффективности проводимого лечения. Существенное влияние на качество жизни оказывает адекватная программа реабилитации. Она важна как для больных хронической сердечно - сосудистой недостаточностью и инфарктом миокарда, так и другими нозологиями, и от ее грамотной организации зависит дальнейшее качество жизни пациентов[12].

Установлено, что КЖ изменяется во времени в зависимости от состояния больного, обусловленного рядом эндогенных и экзогенных факторов. Данные о КЖ позволяют осуществлять постоянный мониторинг состояния больного и в случае необходимости проводить коррекцию терапии[14].

В настоящее время качество жизни, связанное со здоровьем, является важным и в ряде случаев основным критерием определения эффективности лечения в клинических исследованиях. В течение последнего десятилетия практически все много - центровые исследования, посвященные сравнению эффективности различных программ терапии, наряду с традиционными клиническими критериями изучения эффективности лечения, включают оценку КЖ. В зависимости от результатов исследования качество жизни рассматривают как дополнительный или как основной критерий при определении преимуществ той или иной схемы лечения. В большинстве работ подчеркивается, что качество жизни в клинической медицине на сегодняшний день является либо главной, либо дополнительной целью лечения[18].

Существуют три причины, по которым врачи идут на то или иное вмешательство: продление жизни больного, предотвращение преждевременной смерти или улучшение самочувствия. Эксперты ВОЗ уделяют большое внимание развитию науки о КЖ как важному инструменту при принятии решений относительно методов лечения, научных исследований и подготовки медицинского персонала[19].

Качество жизни – понятие важное не только для здравоохранения, но и для всех сфер жизни современного общества, так как конечной целью активности всех институтов общества является благополучие человека.

Таким образом, концепция исследования КЖ является принципиально новым методом, позволяющим изучать многоплановую картину субъективных переживаний больного, вызванную болезнью, и становится важным компонентом в современных клинических исследованиях и клинической практике [20].

## 1.2. Типы отношения к болезни и их связь с ее преодолением

Отношение пациента к своей болезни представляет собой важный уровень системы отношений пациента в социальной ситуации развития его заболевания и включает следующие аспекты:

* отношение человека к своим ощущениям, чувствам и эмоциям, к себе как личности в целом; отношение к информации о своем диагнозе; отношение к окружающим, включая мнение пациента о том, как к нему и его болезни относятся другие люди;
* отношение к социальным ситуациям, в которые включен пациент (учебе, работе, лечебному процессу и др.);
* отношение к прошлому, настоящему и будущим перспективам его жизни[20].

В связи с появлением работ по изучению субъективной стороны заболевания был введён целый ряд терминов, определяющих отражение болезни в психике человека. А.Гольдшейдером было введено понятие "аутопластическая картина болезни"; Р.А.Лурия - "внутренняя картина болезни"[13].

Большой вклад в изучение проблемы самосознания болезни внес А.Р.Лурия (1944 г.), сформулировав понятие "внутренней картины болезни". А.Р.Лурия называл внутренней картиной болезни всё то, что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений, не только местных болезненных, но и его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, всё то, что связано для больного с его приходом к врачу, - весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм[13].

Гольдшейдер назвал всю сумму ощущений, переживаний больного вместе с его собственными представлениями о своей болезни - аутопластической картиной болезни и относит сюда не только субъективные симптомы больного, но и ряд сведений о болезни, которыми располагает больной из прежнего своего знакомства с медициной, из литературы, из бесед с окружающими, из сравнения себя с аналогичными больными и т.д[15].

Гольдшейдер рассматривал сензитивную и интеллектуальную части аутопластической картины болезни. Сензитивная часть состоит из субъективных ощущений, исходящих из конкретного местного заболевания или патологического изменения общего состояния больного. Вторая часть - интеллектуальная - является надстройкой над ними, созданной уже самим больным, размышлением о своей болезни, своём самочувствии и состоянии. Мы имеем здесь сложнейший клубок психических процессов, сущность которых мы ещё не знаем. Интеллектуальная часть имеет огромное влияние не только на функции органов, но и на течение органических процессов в них[13].

Понятие внутренняя картина болезни охватывает разнообразные стороны субъективной стороны заболевания. Это сложное структурированное образование включает, по крайней мере, четыре уровня психического отражения болезни в психике заболевшего:

1. Чувственный - комплекс болезненных ощущений;
2. Эмоциональный - переживание заболевания и его последствий;
3. Интеллектуальный - выработка представления и знания о болезни пациентом и её реальная оценка, размышления о её причинах и возможных последствиях;
4. Мотивационный - выработка определённого отношения к болезни и актуализация деятельности, направленной на выздоровление[13].

В.Т.Кондрашенко и Д.И.Донской говорят о важности учёта внутренней картины болезни в процессе рациональной терапии, называя это понятие скорее социально- психологическим, чем клиническим, и выделяют в нём три уровня: сенсорный, эмоциональный и интеллектуальный. Сенсорный уровень включает в себя отношение больного к своим болезненным ощущениям, эмоциональный - это оценка больным своей болезни с точки зрения опасности и безопасности, интеллектуальный уровень - это решение вопросов "болен или здоров", "чем, как и у кого лечится" и т.д [16].

В центре внимания проблемы внутренней картины болезни находится психология личности больного. Однако эта проблема имеет не только медицинские и психологические аспекты. Внутренняя картина болезни в одних случаях играет толь оптимизатора, определяющего поведение, направленное на преодоление болезни, в других - формирует пессимистические прогнозы, сопровождаемые отрицательными эмоциями[16].

Не только выраженность органических и функциональных нарушений, но и особенности личности, степень осознания и переживания болезни влияют на формирование структуры внутренней картины болезни[17].

Большое значение имеют социальный статус личности больного, его роль в семейных и служебных отношениях, степень его трудоспособности, общественное положение, ценностные ориентации, вынужденное болезнью ограничение поведения, сужение интерперсональных связей, снижение жизненной перспективы, и т.д., которые могут создавать дополнительные, помимо самой болезни, стрессовые ситуации, накладывают свой отпечаток на структуру психологических перестроек личности больного, что следует учитывать при его реабилитации[17].

Снижение его социального положения может явиться мощным психологическим фактором, создающим нежелательные перестройки в структуре внутренней картины болезни, в частности невротического генеза, которые в дальнейшем могут фиксироваться[17].

Наличие неадекватно сформированной внутренней картины болезни может косвенно отрицательно влиять на течение и исход заболевания, создавать серьезные трудности в семейной и общественной жизни, становиться тормозом для реализации личности, а иногда - способствовать изменению (уплощению) самой личности, развитию внутренних конфликтов различного плана и даже тяжелой невротизации[17].

Тип пациента определяет выбор той или иной модели общения с ним.

* Гармоничный. Трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть и без основания видеть все в мрачном свете, но и без недооценки тяжести болезни. Стремление активно содействовать врачу в процессе лечения. Нежелание обременять других тяготами ухода за собой. В случае неблагоприятного прогноза — переключение интересов на области жизни, доступные больному. При благоприятном прогнозе — сосредоточение внимания, забот, интересов на судьбе близких, на своей работе.
* Эргопатический. «Уход от болезни» в работу, несмотря на тяжесть заболевания. «Одержимость» работой выражена подчас больше, чем до болезни. Избирательное отношение к обследованию и лечению, обусловленное стремлением, во что бы тони стало сохранить профессиональный статус и возможность продолжения активной трудовой деятельности.
* Анозогнозический. Отрицание очевидности болезни. Отказ от обследования и лечения. Легкомысленное отношение к болезни и лечению — «все само собой обойдется». Желание получать от жизни все, несмотря на болезнь. Истинную анозогнозию следует отличать от псевдоанозогнозии, когда психотравмирующий фактор (наличие болезни) вытесняется механизмом психологической защиты, блокирующим тревогу. Истинную анозогнозию нельзя путать с алекситимией — неспособностью выразить словами (вербализировать) свои ощущения. Многие пациенты не умеют, вследствие, изложить жалобы, анамнез, затрудняются рассказать о взаимоотношениях в семье, нередко не понимают сути вопросов врача.
* Тревожный. Беспокойство, мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Поиск новых методов лечения, новой информации, «авторитетов». Постоянное тревожное состояние. Такие пациенты предпочитают слушать мнения других, а не прерывно высказывать жалобы.    Опасаются возможных осложнений болезни, неудач лечения, других неудач. Защита от тревоги — приметы и ритуалы.
* Ипохондрический. Сосредоточение на субъективных болезненных и других неприятных ощущениях, стремление постоянно рассказывать о них окружающим. Преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий. Сочетание желания лечиться и неверия в успех лечения, требования тщательного обследования и боязни вреда и болезненности процедур.
* Неврастенический. Вспышки раздражения, особенно при болях, неприятных ощущениях. Раздражение изливается на первого попавшегося и завершается раскаянием, часто слезами. Непереносимость болевых ощущений. Нетерпеливость, несдержанность, неспособность ждать облегчения. Поведение по типу «раздражительной слабости».
* Меланхолический. Неверие в выздоровление, в улучшение состояния. Депрессия, пессимистический взгляд на все окружающее. Неверие в успех лечения даже при явном улучшении объективных показателей.
* Апатический. Безразличие к исходу болезни, результатам лечения. Утрата интересов к жизни. Пассивное исполнение назначений врача при настойчивом побуждении.
* Сенситивный. Озабоченность возможным неприятным впечатлением, которое может произвести известие о болезни на окру­жающих. Такой пациент опасается, что окружающие станут относиться к нему пренебрежительно, считать его неполноценным, боится стать обузой для близких.
* Эгоцентрический. Болезнь напоказ. Страдания и переживания пациента должны полностью завладеть вниманием окружающих. Другие люди, требующие внимания, воспринимаются как «конкуренты», отношение к ним неприязненное. Болезнь «условно приятна», пациенту «не выгодно» стать здоровым.
* Паранойяльный. Болезнь воспринимается как результат чьего-то злого умысла, «сглаза» и «порчи». Процедуры, лекарства вызывают подозрения. Врачи зачастую обвиняются в халатности и т. п.
* Дисфорический. Настроение мрачное, озлобленное. Вид угрюмый. Ненависть к здоровым. Вспышки злобы с обвинением в своей болезни других. Близкие должны во всем угождать больному (иногда «мнимому») [23].

Наиболее просто строить отношения с пациентом, отношение которого к своей болезни гармоничное. У такого пациента, как правило, нет трудностей в общении с семьей и медицинскими работниками. Медицинская сестра рекомендует пациенту с Г-типом отношения к болезни полную программу лечения, назначенное врачом,  и реабилитации, имея все основания надеяться, что рекомендации  будут выполнены, а сотрудничество окажется плодотворным[23].

Типы эргопатический и анозогнозический объединяет «отрицание болезни» — через «уход в работу», стремление как можно быстрее вернуться к труду у эргопатов и «неузнавание» очевидной болезни у анозогностов. Однако при эргопатическом и анозогнозическом типах отношения к болезни пациенты почувствовав улучшение, самостоятельно прекращают лечение до следующего обострения. Поэтому при работе с пациентами ука­занных типов и их семьями особое внимание следует уделять программам оказания экстренной и неотложной помощи, методам лечения при обострении[23].

Тревожный пациент требует «материнского» подхода. Пациентам тревожного типа целесообразно назначать комплексные программы лечения и реабилитации. Их надо периодически подбадривать, поощрять[23].

Ипохондрический тип отношения к болезни доставляет много неприятностей медицинским работникам. В гамме ощущений пациента следует отличать ощущения, связанные с поражением органов. Пациент и его семья должны полу­чить рациональную информацию о заболевании и адекватные рекомендации[23].

 Пациент с неврастеническим типом отношения к болезни проявляет «раздражительную слабость». При Н-типе отношения к болезни, пациент склонен везде видеть недостатки, его все раздражает: и сам факт болезни, и необходимость обследования, лечения[23].

Меланхолический (депрессивный) тип требует «материнской» методики общения. В ходе обследования и лечения пациента М-типа надо подбадривать, хвалить за отдельные достижения, успехи. Представители данного типа от­зывчивы к комплексным программам лечения и профилактики[23].

Пациент апатического типа исповедует следующий принцип: мое дело болеть, ваше дело — лечить, если такое желание у вас есть. Работая с пациентами апатического типа, врач и медицинская сестра всю инициативу должны взять на себя[23].

Пациент сенситивного типа требует особого участия врача и медицинской сестры, «материнского» подхода. Его следует все время разубеждать в явных и мнимых опасениях, вселять уверенность в положительные результаты лечения[23].

Пациенты эгоцентрического типов обычно имеют истерические черты характера, в болезни они обостряются. Главное в работе с такими пациентами — избежать «порабощения», не выполнять всех прихотей, не допускать командования собой[23].

Дисфорический тип отношения к болезни характерен для пациентов, имевших в черты психопата эпилептоидного круга или психопата возбудимого типа. Работать с такими больными трудно, к поддержке семьи многие из них относятся амбивалентно. Отношения должны быть официальными, строиться по принципу «взрослый — взрослый» [23].

Таким образом, в ситуации болезни изменяется не только соматическое, но и психическое состояние человека. При этом своеобразие реагирования на свое состояние отражается в изменении поведения, которое, в свою очередь, способствует смене характера взаимоотношений с окружающим миром[13].

ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

2.1. Описание методов исследования

База исследования Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.С.Карповича.

В исследовании приняли участие 20 пациентов с диагнозом инфаркт миокарда, 20 пациентов с диагнозом атеросклероз артерий нижних конечностей.

Методика «ТОБОЛ» - тип отношения к болезни.

**Цель методики «ТОБОЛ»:**  психологическая диагностика типов отношения к болезни.

**Описание методики «ТОБОЛ»:**  Опросник включает 12 тем: самочувствие, настроение, сон0, аппетит, отношение к болезни, отношение к лечению, отношение к медперсоналу, отношение к родственникам, отношение к работе, отношение к окру­жающим, отношение к одиночеству, отношение к будущему. Методика позволяет диагностировать следующие 12 типов отношения: сенситивный, тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический, неврастенический, эгоцентрический, паранойяльный, анозогнозический, дисфорический, эргопатический и гармоничный.

**Инструкция методики«ТОБОЛ»:** Испытуемому предъявляется бланк с 12 группами утверждений, от 10 до 16 утвержденй в каждой. В каждой группе он должен выбрать одно или максимум два утверждения, которые наиболее полно описывают его состояние. Если ни одно из утверждений не подходит, нужны выбрать последнее «Ни одно утверждение мне не походит». Все ответы делаются на специальном бланке. Время заполнения не ограничено.

### **Обработка данных методики«ТОБОЛ»:**

### Принципы подсчёта

1. При анализе используется бланк «Результаты обследования».
2. По таблице кода для каждого отмеченного в регистрационном листе утверждения определяются диагностические коэффициенты, которые заносятся в бланк «Результаты обследования».
3. Диагностические коэффициенты в каждом из столбцов, соответствующих 12 шкалам типов отношения к болезни, суммируются, значения 12-ти шкальных оценок, заносятся в графу, обозначенную «сумма».
4. Последний вариант ответа «Ни одно утверждение мне не походит» не имеет диагностического веса ни для одной шкалы.
5. Графически величины шкальных оценок изображают в виде профиля на бланке «Результаты обследования», где по горизонтали отмечены буквенные символы 12-ти шкал, а по вертикали – числовые значения шкальных оценок.
6. Если среди утверждений, выбранных испытуемым, встречается хотя бы одно, указанное в коде знаком (\*), то шкальная величина соответствующего этому знаку типа отношения к болезни (гармоничный, эргопатический, анозогнозический) приравнивается нулю, и такой тип не диагностируется.
7. Для диагностики типа находят шкалу (или шкалы) с максимальным значением суммы диагностических коэффициентов и определяют, есть ли в профиле такие шкалы, которые находятся в пределах диагностический зоны – оценки которых отставлены от максимальной в пределах 7 баллов. Если шкала с максимальной оценкой является единственной, и нет других шкал, оценки которых отличаются от максимальной не более чем на 7 баллов, то диагностируют только тип, соответствующий этой шкале.
8. Если в диагностический интервал, равный 7 баллам, помимо шкалы с максимальной оценкой попадают еще одна или две шкалы, то диагностируют смешанный тип, который обозначают соответственно названиям составляющих его шкал.
9. При смешанном типе, если в диагностическую зону наряду с другими шкалами попадает шкала гармоничного типа, то он исключается из рассмотрения как составляющий. Таким образом, гармоничный тип диагностируют только как «чистый», т.е. только в том случае, когда шкала этого типа, имеет максимальную оценку и нет других шкал, которые попадают в диагностический интервал.
10. Если в диагностический интервал, равный 7 баллам, попадает более трех шкал, то диагностируют диффузный тип.
11. Если среди утверждений, выбранных испытуемым, встречается, хотя бы одно, указанное в коде знаком (\*), при диагностике типа отношения к болезни необходимо использовать дополнительный профиль, отражающий скорректированные в соответствии с пунктом 5 шкальные оценки гармоничного, эргопатического, анозогнозического типов.
12. Графически правило диагностики сводится к тому, что на профиле выделяют максимальный пик и проводят горизонталь ниже его вершины на 7 баллов. Если эта горизонталь не пересекает ни один из других пиков профиля, то ставят диагноз «чистого» типа.
13. Если горизонталь помимо максимального пика пересекает или касается одного или двух пиков профиля, то ставят диагноз смешанного типа. Гармоничный тип, согласно пункту 8, не входит составляющим в смешанный тип.
14. Если горизонталь пересекает или касается более трех пиков профиля, диагностируют диффузный тип.

### Интерпретация диагностированного типа отношения к болезни

* Если диагностируется «чистый» тип отношения к болезни, для раскрытия его психологического содержания используется клинико-психологическое описание соответствующего типа, которое представлено в разделе Классификация типов отношения к болезни.
* Если диагностируется «смешанный» тип отношения к болезни, интерпретация включает описания типов, являющихся его составляющими, из той же классификации.

При интерпретации типа реагирования на болезнь следует учитывать содержание выбранных больным утверждений, являющихся «зачетными» по отношению к диагностируемому типу, а также распределение этих утверждений по темам опросника («самочувствие», «отношение к лечению», «отношение к работе» и т.п.).

Дополнительно к раскрытию содержания выбранных испытуемым утверждений, относящихся к диагностируемому типу, необходимо обращать внимание на всю совокупность шкальных оценок, отражающих многомерность отношения к болезни, информация о которых наглядно представлена в профиле шкальных оценок.

Опросник SF-36

Цель опросника«SF- 36»: диагностика оценки качества жизни пациента.

**Описание** опросника «SF- 36»: SF-36 состоит из 36 вопросов, сгруппированных в восемь шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Показатели каждой шкалы составлены таким образом, что чем выше значение показателя (от 0 до 100), тем лучше оценка по избранной шкале. Из них формируют два параметра: психологический и физический компоненты здоровья.

**Инструкция** опросника«SF- 36»: Этот опросник содержит вопросы, касающиеся Ваших взглядов на свое здоровье. Предоставленная Вами информация поможет следить за тем, как Вы себя чувствуете, и насколько хорошо справляетесь со своими обычными нагрузками. Ответьте на каждый вопрос, помечая выбранный вами ответ, как это указано. Если Вы не уверены в том, как ответить на вопрос, пожалуйста, выберите такой ответ, который точнее сего отражает Ваше мнение.

**Обработка данных** опросника«SF- 36»: Результаты представляются в виде 8 шкал (более высокая оценка указывает на более высокий уровень качества жизни)

* физическое функционирование (PF);
* ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP);
* интенсивность боли (BP);
* общее состояние здоровья (GH);
* жизненная активность (VT);
* социальное функционирование (SF);
* ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE);
* психическое здоровье (MH).

Шкалы группируются в два показателя: PH («физический компонент здоровья») и MH («психологический компонент здоровья»):

1. Физический компонент здоровья (PH) Составляющие шкалы:

* физическое функционирование;
* ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием;
* интенсивность боли;
* общее состояние здоровья.

2. Психологический компонент здоровья (MH) Составляющие шкалы:

* психическое здоровье;
* ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием;
* социальное функционирование;
* жизненная активность.

2.2. Анализ полученных данных

Общие показатели душевного и физического благополучия здоровья пациентов перенесших ИМ снижены (рисунок 1). Низкие показатели наблюдаются по шкалам VT - жизненная активность и MN - психическое здоровье. Снижение по данным шкалам свидетельствует об утомлении пациентов перенесших инфаркт миокарда, снижении жизненной активности, о наличии депрессивных, тревожных переживаний, психическом неблагополучии.

 Таким образом, у пациентов, перенесших инфаркт миокарда, отмечается снижение показателей качества жизни, так как физическая и психологическая активность пациентов значительно ограничивается состоянием их здоровья.

Рисунок 1– Результаты исследования качества жизни пациентов перенесших ИМ «SF-36»

Общие показатели душевного и физического благополучия здоровья пациентов с атеросклерозом артерий нижних конечностей так же снижены (рисунок 2). Низкие показатели наблюдаются по шкалам PF – физическое функционирование и BP – интенсивность боли. Снижение по данным шкалам свидетельствует о том, что боль значительно ограничивает физическую активность пациентов.

 Таким образом, у пациентов, с атеросклерозом артерий нижних конечностей отмечается снижение показателей качества жизни, так как физическая и психологическая активность пациентов значительно ограничивается состоянием их здоровья.

Рисунок 2 – Результаты исследования качества жизни пациентов с ХОЗАНК «SF-36»

При анализе типов отношения к болезни у пациентов, перенесших инфаркт миокарда, выявлен тревожный тип отношения к болезни (рисунок 3), что свидетельствует о беспокойстве, мнительности в отношении неблагоприятного течения болезни, осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Такие пациенты постоянно находятся в поиске новых методов лечения, новой информации. У них постоянное тревожное состояние. Они опасаются возможных осложнений болезни, неудач лечения, других неудач.

Рисунок 3 – Результаты исследования отношения к болезни пациентов, перенесших ИМ «ТОБОЛ»

При анализе типов отношения к болезни у пациентов с атеросклерозом артерий нижних конечностей выявлен гармоничный и неврастенический типы реагирования на болезнь (рисунок 4). У таких пациентов происходит трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть и без основания видеть все в мрачном свете, но и без недооценки тяжести болезни. Они стремятся активно содействовать врачу в процессе лечения. Не желают обременять других тяготами ухода за собой. У таких пациентов наблюдаются вспышки раздражения, особенно при болях, неприятных ощущениях. Раздражение изливается на первого попавшегося и завершается раскаянием, часто слезами.

Рисунок 4 – Результаты исследования отношения к болезни пациентов с атеросклерозом нижних конечностей «ТОБОЛ»

Результаты исследования типов отношения к болезни пациентов, перенесших ИМ, в сравнении с пациентами ХОЗАНК

При анализе типов отношения к болезни пациентов, перенесших инфаркт миокарда, в сравнении с пациентами ХОЗАНК выявлены существенные различия. По данным рисунка 5, можно сделать вывод, что пациенты с атеросклерозом артерий нижних конечностей относятся к первому блоку типов отношения к болезни, который включает в себя гармоничный тип реагирования. Таким образом, у данной группы пациентов психическая и социальная адаптация существенно не нарушается. При гармоничном типе реагирования больные, адекватно оценивают свое состояние, активно участвуют в лечении заболевания, соблюдают назначенный врачом режим, и в то же время характеризуются стремлением преодолеть заболевание. Тогда как пациенты перенесшие инфаркт миокарда относятся ко второму блоку типов отношения к болезни, который включает в себя тревожный тип реагирования. Для данной группы пациентов характерна интрапсихическая направленность личностного реагирования на болезнь, обуславливающая нарушения социальной адаптации больных.

Рисунок 5 – Отношения к болезни пациентов, перенесших ИМ, в сравнении с пациентами ХОЗАНК

Результаты исследования качества жизни пациентов, перенесших ИМ, в сравнении с пациентами ХОЗАНК

Сравнивая показатели качества жизни пациентов, перенесших инфаркт миокарда, и пациентов с атеросклерозом артерий нижних конечностей выявлены существенные различия (рисунок 6). У пациентов, перенесших инфаркт миокарда, низкие показатели наблюдаются по шкалам VT - жизненная активность и MN - психическое здоровье. Снижение по данным шкалам свидетельствует об утомлении пациентов перенесших инфаркт миокарда, снижении жизненной активности, о наличии депрессивных, тревожных переживаний, психическом неблагополучии. Тогда как у пациентов с атеросклерозом артерий нижних конечностей низкие показатели наблюдаются по шкалам PF – физическое функционирование и BP – интенсивность боли. Снижение по данным шкалам свидетельствует о том, что боль значительно ограничивает физическую активность пациентов.

Рисунок 6 – Качество жизни пациентов, перенесших ИМ, в сравнении с пациентами ХОЗАНК

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

## В настоящее время все большее внимание стало уделяться изучению качества жизни в медицине, что позволило глубже вникнуть в проблему отношения больного к своему здоровью.

## В последние годы во всем мире термин «качество жизни» используется чрезвычайно широко. В индустриальных странах рост интереса к качеству жизни является показателем стремления к развитию целостного взгляда на индивида в медицине и в социальных науках.

Отношение пациента к своей болезни представляет собой важный уровень системы отношений пациента в социальной ситуации развития его заболевания.

В ситуации болезни изменяется не только соматическое, но и психическое состояние человека. При этом своеобразие реагирования на свое состояние отражается в изменении поведения, которое, в свою очередь, способствует смене характера взаимоотношений с окружающим миром.

В данной курсовой работе были изучены качество жизни и отношение к болезни пациентов с сердечно – сосудистой патологией.

В результате проведенного исследования было установлено, что качество жизни у пациентов, перенесших инфаркт миокарда и пациентов с атеросклерозом артеерий нижних конечностей, носит низкий характер. Это говорит о том, что данные пациенты ограничены в выполнении повседневной работы, что обусловлено ухудшением эмоционального состояния. Они характеризуются наличием депрессивных, тревожных переживаний, так как физическая и психологическая активность пациентов значительно ограничивается состоянием их здоровья.

Также было выявлено, что пациенты с атеросклерозом аретрий нижних конечностей относятся к первому блоку типов отношения к болезни, который включает в себя гармоничный тип реагирования. Это говорит о том, что, у данной группы пациентов психическая и социальная адаптация существенно не нарушается. При гармоничном типе реагирования больные, адекватно оценивают свое состояние, активно участвуют в лечении заболевания, соблюдают назначенный врачом режим, и в то же время характеризуются стремлением преодолеть заболевание. Тогда как пациенты перенесшие инфаркт миокарда относятся ко второму блоку типов отношения к болезни, который включает в себя тревожный тип реагирования. Для данной группы пациентов характерна интрапсихическая направленность личностного реагирования на болезнь, обуславливающая нарушения социальной адаптации больных.

Таким образом, можно сделать вывод, что цель курсовой работы достигнута, это подтверждено эмпирико-статистическим исследованием, в ходе которого была подтверждена гипотеза о том, что показатели качества жизни и тип отношения к болезни у пациентов, перенесших инфаркт миокарда, будут существенно отличаться по сравнению с пациентами ХОЗАНК.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

* 1. Айвазян, Т.А. Оценка качества жизни больных гипертонической болезнью / Т.А. Айвазян, В.П. Зайцев //Кардиология, 1989.- Т.29, N9.- С.43-46.
	2. Андреева, Г.Ф. Изучение качества жизни у больных гипертонической болезнью / Г.Ф. Андреева, Р.Г. Оганов // Тер. архив.- 2002.-Т.74, N1.- С.8-16.
	3. Ардашев, В.Н. Качество жизни и трудоспособность больных после аортокоронарного шунтирования / В.Н. Ардашев, Ю.Н. Замотаев, И.Н.Антошина // Воен.-мед. журн., 2003.- Т.324, N6.- С.48-53.
	4. Аронов, Д.М. Методика оценки качества жизни больных с сердечнососудистыми заболеваниями / Д.М. Аронов, В.П. Зайцев // Кардиология.-2002.- T.42,N5.- С.92-95.
	5. Аронов, Д.М. Методология реабилитации больных инфарктом миокарда: первый (госпитальный) этап / Д.М. Аронов // Сердце.- 2003.- Т.2, N2.- С.62-67.
	6. Анзорова, З.З. Особенности качества жизни больных, перенесших инфаркт миокарда / 3.3. Анзорова, А.М. Инарокова, З.Т. Анзоров и др. // Журн. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2009. - № 8 (6). - Прил. 1.-С. 12-13.
	7. Безболевая ишемическая болезнь сердца при хронической артериальной недостаточности нижних конечностей / С.А. Калинина, Е.Г. Одиянков, А.А.Киршин и др. // Кардиология.- 2003.- Т.43,N7.- С.85-86.
	8. Беленков, Ю.Н. Определение качества жизни у больных с хронической сердечной недостаточностью / Ю.Н. Беленков // Кардиология.- 1993.- Т.ЗЗ, N2.- С.85-88.
	9. Беленков, Ю.Н. Результаты международного исследования качества жизни пациентов со стабильной стенокардией на фоне терапии нитратами (IQOLAN) / Ю.Н. Беленков, И.Е. Чазова, Л.Г. Ратова // Кардиология.- 2003.- 1743,N9.-С.4-7.
	10. Белоусов, Ю.Б. Клоперкутен: гипотензивный эффект и влияние на качество жизни у больных гипертонической болезнью стабильного течения / Ю.Б.Белоусов, E.M. Маношкина, A.A. Упницкий // Кардиология.- 1997.- Т.37, N8.-С. 14-17.
	11. Бобков, В.Н. Качество жизни: концепция и измерение / В.Н. Бобков, П.С.Масловский-Мстиславский.- М.: Всероссийский центр уровня жизни, 1998.-С.5.
	12. Булашова, О.В. Мультифокальный атеросклероз у больных ишемической болезнью сердца / О.В. Булашова, И.М. Игнатьев, P.A. Бредихин // Клин, медицина.- 2003.- T.81.N12.- С.32-36.
	13. Булычев, А.Б. Выживаемость и качество жизни у больных, перенесших инфаркт миокарда. Автореф. дис. . докт. мед. наук: 14.00.06, 14.00.44 / А.Б.Булычев.- СПб.: ВМедА, 2000- 32 с.
	14. Баканова И.В., Зейгарник Б.В., Николаева В.В., Шефтелевич О.С. Отношение к болезни как условие формирования осознаваемых и неосознаваемых мотивов деятельности./ Бессознательное. Природа, функции и методы исследования. Тбилиси, 1978. - Т.2. С.458-463.
	15. Верткин, A.JI. Конкор (бисопролол) качественная жизнь кардиологических больных / A.JI. Верткин // Конкор. Опыт применения в клинической практике: Сборн. научн.-практич. статей.- М.: РКИ Соверо пресс, 2002.- С.26-31.
	16. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В. Психологическая диагностика типов отношения к болезни при психосоматических и нервно-психических расстройствах: Метод, рекомендации. СПб, 1991. - 23 с.
	17. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни: методические рекомендации. Л., 1987. - 27 с.
	18. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. Психологическая диагностика отношения к болезни. Пособие для врачей, СПб: НИПНИ им. Бехтерева, 2005. 25с.
	19. Власова, A.B. Качество жизни и факторы, его определяющие, у больных с хронической сердечной недостаточностью, развившейся после перенесенного инфаркта миокарда / A.B. Власова, Н.П. Лямина V/ Журн. сердечная недостаточность.- 2002.- Т.З, N5.- С.226-228.
	20. Гельцер, Б.И. Современные подходы к оценке качества жизни кардиологических больных / Б.И. Гельцер, М.В. Фрисман // Kjihh. медицина.-2002.- Т.80, N9.-C.4-9.
	21. Грибов А.Д., Калмыков E.JL, Камолов А.Н. Ампутации нижних конечностей при их хронической критической ишемии // Кардиология и сердечно — сосудистая хирургия. 2008. - № 4. - С. 40-46.
	22. Гурплова, М.Э. Критерии качества жизни в медицине и кардиологии / М.Э. Гурплова, М.В. Журавлева, Г.Н. Агеева // Русский медицинский журнал. 2006. - Т. 14. - № ю. - С. 761-764.
	23. Депрессия при инфаркте миокарда фактор или маркер риска? / Ю.А. Васюк, А.В. Лебедев, С.В. Иванова и др. // Российский медицинский журнал. - 2006. - № 3. - С. 47-49.
	24. Зайцев, В.П. Определение качества жизни у больных инфарктом миокарда / В.П. Зайцев // Кардиология. 1986. - № 3. - С. 42.
	25. Методика оценки качества жизни больных и инвалидов : метод. рекомендации / сост. А. Л. Пушка- рев, Н. Г. Аринчина. – Минск, 2000. – 16 с.

 ПРИЛОЖЕНИЕ А

ОПРОСНИК SF-36 (русскоязычная версия, созданная и рекомендованная МЦИКЖ).

Ф. и. о.

Дата заполнения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. В целом Вы бы оценили состояние Вашего здоровья

(обведите одну цифру)

Отличное 1

Очень хорошее 2

Хорошее 3

Посредственное 4

Плохое 5

2.Как бы Вы в целом оценили свое здоровье *сейчас* по сравнению с тем, что было *год назад.*

(обведите одну цифру)

Значительно лучше, чем год назад…... 1

Несколько лучше, чем год назад ……..2

Примерно так же, как год назад……...3

Несколько хуже, чем год назад……….4

Гораздо хуже, чем год назад…………5

3. Следующие вопросы касаются физических нагрузок, с которыми Вы, возможно, сталкиваетесь в течение свое­го обычного дня. Ограничивает ли Вас состояние Вашего здоровья в настоящее время в выполнении перечисленных ниже физических нагрузок? Если да, то в какой степени?

(обведите одну цифру в каждой строке)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Да, значительно огра­ничивает | Да, немного ограничива­ет | Нет, совсем не ограни­чивает |
| A. Тяжелые физические нагрузки, такие как бег, поднятие тяжестей, занятие силовыми видами спорта. | 1 | 2 | 3 |
| Б. Умеренные физические нагрузки, такие как передвинуть стол, поработать с пылесосом, собирать грибы или ягоды. | 1 | 2 | 3 |
| В. Поднять или нести сумку с продуктами. | 1 | 2 | 3 |
| Г. Подняться пешком по лестнице на несколько пролетов. | 1 | 2 | 3 |
| Д. Подняться пешком по лестнице на один пролет. | 1 | 2 | 3 |
| Е. Наклониться, встать на колени, присесть на корточки. | 1 | 2 | 3 |
| Ж. Пройти расстояние более одного километра. | 1 | 2 | 3 |
| З. Пройти расстояние в несколько кварталов. | 1 | 2 | 3 |
| И. Пройти расстояние в один квартал. | 1 | 2 | 3 |
| К. Самостоятельно вымыться, одеться.  | 1 | 2 | 3 |

4. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше физи­ческое состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего:

(обведите одну цифру в каждой строке)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Да  | Нет  |
| А. Пришлось сократить *количество* *времени,* затрачиваемое на работу или другие дела. | 1 | 2 |
| Б. *Выполнили меньше,* чем хотели. | 1 | 2 |
| В. Вы были ограничены в выполнении какого-либо *определенного вида* работ или другой деятельности. | 1 | 2 |
| Г. Были *трудности* при выполнении своей работы или других дел (например, они потребовали дополнительных усилий). | 1 | 2 |

5. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше эмоци­ональное состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего

(обведите одну цифру в каждой строке)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Да  | Нет |
| А. Пришлось сократить *количество времени,* затрачиваемого на работу или другие дела. | 1 | 2 |
| Б. *Выполнили меньше,* чем хотели. | 1 | 2 |
| В. Выполняли свою работу или другие. Дела не так *аккуратно,* как обычно | 1 | 2 |

6.Насколько Ваше физическое и эмоциональное состо­яние в течение *последних 4 недель* мешало Вам проводить время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе?

(обведите одну цифру)

Совсем не мешало 1

Немного 2

Умеренно 3

Сильно 4

Очень сильно 5

7. Насколько сильную физическую боль Вы испытывали за последние 4 недели?

(обведите одну цифру)

Совсем не испытывал(а)…..1

Очень слабую …....2

Слабую ……3

Умеренную ……4

Сильную ……5

Очень сильную……………..6

8. В какой степени боль *в течение последних 4 недель* мешала Вам заниматься Вашей нормальной работой (вклю­чая работу вне дома или по дому)?

(обведите одну цифру)

Совсем не мешала 1

Немного 2

Умеренно 3

Сильно 4

Очень сильно 5

9.Следующие вопросы касаются того, как Вы себя чув­ствовали и каким было Ваше настроение в течение послед­них 4 недель. Пожалуйста, на каждый вопрос дайте один ответ, который наиболее соответствует Вашим ощущениям.

(обведите одну цифру)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Все время | Большую часть времени | Часто | Иногда | Редко | Ни разу |
| А. Вы чувствовали себя бодрым (ой)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Б. Вы сильно нервничали? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| В. Вы чувствовали себя таким(ой) по­давленным (ой) что ничто не могло Вас взбодрить? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Г. Вы чувствовали себя спокойным(ой) и умиротворенным (ой)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Д. Вы чувствовали себя полным (ой) сил и энергии? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Е. Вы чувствовали себя упавшим(ой) духом и печальным(ой)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Ж. Вы чувствовали себя измучен­ным(ой)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| З. Вы чувствовали себя счастливым(ой)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| И. Вы чувствовали себя уставшим(ей)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

10. Как часто за последние 4 недели Ваше физическое или эмоциональное состояние мешало Вам активно общаться с людьми (навещать друзей, родственников и т. п.)?

(обведите одну цифру)

Все время ………………….1

Большую часть времени….2

Иногда……………………..3

Редко………………………4

Ни разу …..5

1. Насколько ВЕРНЫМ или НЕВЕРНЫМ представ­ляются по отношению к Вам каждое из ниже перечислен­ных утверждений?

(обведите одну цифру в каждой строке)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Опре­делен­но вер­но | В основ­ном верно | Не знаю | В основ­ном не­верно | Опреде­лен­но не­верно |
| а. Мне кажется, что я более склонен к бо­лезням, чем другие | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| б. Мое здоровье не хуже, чем у большин­ства моих знакомых | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| в. Я ожидаю, что мое здоровье ухудшится | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| г. У меня отличное здоровье | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Опросник имеет следующие шкалы:

1. Физическое функционирование (PF).
2. Ролевое (физическое) функционирование (RР).
3. Боль (P).
4. Общее здоровье (GH).
5. Жизнеспособность (VT).
6. Социальное функционирование (SF).
7. Эмоциональное функционирование (RE).
8. Психологическое здоровье (MH).

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Таблица 1 – Результаты исследования качества жизни пациентов перенесших ИМ «SF-36»

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | PF | RF | BP | GH | VT | SF | RE | MN | PH | MH |
| 1 | 80 | 50 | 62 | 82 | 65 | 50 | 0 | 52 | 49,7 | 33.0 |
| 2 | 85 | 75 | 20 | 65 | 70 | 87,5 | 66,6 | 68 | 45,0 | 48,5 |
| 3 | 85 | 75 | 100 | 67 | 75 | 75 | 100 | 80 | 53,4 | 54,2 |
| 4 | 60 | 25 | 51 | 25 | 30 | 75 | 100 | 60 | 33,9 | 45,0 |
| 5 | 50 | 100 | 51 | 85 | 85 | 100 | 100 | 84 | 47,6 | 61,0 |
| 6 | 45 | 25 | 41 | 55 | 45 | 62,5 | 66,6 | 68 | 34,4 | 44,7 |
| 7 | 55 | 0 | 22 | 35 | 35 | 50 | 66,6 | 44 | 29,5 | 35,9 |
| 8 | 50 | 42 | 62 | 75 | 75 | 87 | 100 | 68 | 43,8 | 57,3 |
| 9 | 10 | 0 | 10 | 25 | 30 | 25 | 0 | 32 | 21,4 | 23,8 |
| 10 | 55 | 25 | 41 | 65 | 45 | 87,5 | 33,3 | 64 | 38,6 | 42,5 |
| 11 | 65 | 100 | 62 | 55 | 40 | 40 | 66,6 | 76 | 45,7 | 44,6 |
| 12 | 55 | 50 | 41 | 72 | 45 | 87,5 | 87,7 | 72 | 41,9 | 40,0 |
| 13 | 45 | 0 | 41 | 85 | 80 | 87,7 | 100 | 84 | 36,5 | 59,9 |
| 14 | 75 | 25 | 41 | 55 | 55 | 75 | 66,6 | 80 | 39,1 | 48,7 |
| 15 | 75 | 100 | 51 | 87 | 70 | 87,7 | 100 | 84 | 50,4 | 56,9 |
| 16 | 60 | 100 | 51 | 80 | 65 | 87,5 | 100 | 76 | 47,6 | 54,9 |
| 17 | 65 | 50 | 41 | 72 | 45 | 87,7 | 33,3 | 64 | 42,9 | 42,1 |
| 18 | 45 | 25 | 51 | 85 | 55 | 75 | 87,5 | 74 | 47,7 | 60,0 |
| 19 | 55 | 50 | 41 | 55 | 50 | 87,7 | 33,3 | 72 | 39,5 | 44,5 |
| 20 | 60 | 25 | 51 | 55 | 35 | 75 | 87,7 | 60 | 35,9 | 44,7 |

Таблица 2 – Результаты исследования качества жизни пациентов с ХОЗАНК «SF-36»

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | PF | RF | BP | GH | VT | SF | RE | MN | PH | MH |
| 1 | 50 | 75 | 72 | 85 | 65 | 100 | 100 | 84 | 47,1 | 58,9 |
| 2 | 83 | 75 | 22 | 60 | 75 | 87,5 | 66,6 | 62 | 43,1 | 44,9 |
| 3 | 75 | 65 | 100 | 69 | 80 | 80 | 100 | 80 | 59,9 | 56,7 |
| 4 | 65 | 55 | 65 | 75 | 60 | 75 | 100 | 60 | 41,9 | 43,1 |
| 5 | 70 | 100 | 71 | 85 | 85 | 100 | 100 | 84 | 75,5 | 71,0 |
| 6 | 65 | 65 | 72 | 65 | 55 | 62,5 | 66,6 | 75 | 49,3 | 50,7 |
| 7 | 75 | 100 | 85 | 85 | 75 | 100 | 66,6 | 85 | 59,5 | 60,9 |
| 8 | 60 | 45 | 62 | 75 | 75 | 87 | 100 | 68 | 45,8 | 57,9 |
| 9 | 80 | 80 | 75 | 85 | 80 | 100 | 100 | 85 | 72,2 | 73,4 |
| 10 | 75 | 55 | 60 | 65 | 45 | 87,5 | 33,3 | 64 | 55,3 | 60,5 |
| 11 | 65 | 100 | 62 | 55 | 40 | 40 | 66,6 | 76 | 45,7 | 44,6 |
| 12 | 55 | 50 | 41 | 72 | 45 | 87,5 | 87,7 | 72 | 41,9 | 40,0 |
| 13 | 65 | 100 | 71 | 85 | 80 | 87,7 | 100 | 84 | 53,6 | 59,4 |
| 14 | 75 | 75 | 60 | 55 | 65 | 85 | 66,6 | 80 | 49,5 | 48,3 |
| 15 | 75 | 100 | 51 | 87 | 70 | 87,7 | 100 | 84 | 50,4 | 56,9 |
| 16 | 70 | 100 | 60 | 80 | 75 | 87,7 | 100 | 65 | 49,4 | 57,6 |
| 17 | 65 | 40 | 50 | 60 | 45 | 87,7 | 33,3 | 64 | 40,3 | 42,1 |
| 18 | 50 | 45 | 65 | 85 | 55 | 60 | 87,5 | 65 | 43,1 | 50,0 |
| 19 | 65 | 55 | 50 | 75 | 50 | 87,7 | 100 | 72 | 49,7 | 48,3 |
| 20 | 85 | 75 | 80 | 75 | 85 | 100 | 100 | 85 | 55,9 | 72,6 |

Таблица 3 – Результаты исследования типов отношения к болезни пациентов, перенесших ИМ «ТОБОЛ»

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Г | Р | З | Т | И | Н | М | А | С | Э | П | Д |
| 1 | 10 | 17 | 0 | 28 | 7 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| 2 | 26 | 4 | 10 | 14 | 0 | 3 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| 3 | 10 | 14 | 3 | 11 | 4 | 13 | 4 | 4 | 13 | 5 | 7 | 8 |
| 4 | 18 | 11 | 16 | 8 | 9 | 7 | 8 | 6 | 8 | 5 | 3 | 0 |
| 5 | 10 | 12 | 13 | 20 | 0 | 3 | 0 | 0 | 4 | 0 | 2 | 0 |
| 6 | 23 | 15 | 19 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 8 | 5 | 0 | 0 |
| 7 | 11 | 15 | 13 | 4 | 4 | 4 | 0 | 0 | 16 | 0 | 3 | 0 |
| 8 | 4 | 24 | 11 | 34 | 0 | 0 | 0 | 0 | 12 | 0 | 0 | 0 |
| 9 | 20 | 17 | 7 | 9 | 8 | 3 | 8 | 3 | 12 | 3 | 0 | 0 |
| 10 | 8 | 8 | 0 | 21 | 16 | 14 | 20 | 14 | 12 | 9 | 0 | 0 |
| 11 | 17 | 13 | 8 | 28 | 4 | 0 | 0 | 0 | 9 | 5 | 0 | 0 |
| 12 | 24 | 21 | 11 | 8 | 4 | 0 | 0 | 4 | 20 | 5 | 0 | 0 |
| 13 | 17 | 15 | 7 | 13 | 13 | 6 | 9 | 0 | 14 | 9 | 0 | 0 |
| 14 | 17 | 13 | 8 | 21 | 0 | 0 | 0 | 0 | 9 | 5 | 0 | 0 |
| 15 | 12 | 14 | 7 | 11 | 4 | 12 | 4 | 4 | 12 | 9 | 10 | 15 |
| 16 | 20 | 11 | 8 | 15 | 9 | 8 | 9 | 6 | 8 | 8 | 3 | 0 |
| 17 | 25 | 20 | 7 | 8 | 4 | 0 | 0 | 0 | 18 | 5 | 4 | 3 |
| 18 | 10 | 12 | 7 | 21 | 7 | 0 | 0 | 3 | 4 | 5 | 0 | 0 |
| 19 | 26 | 19 | 7 | 8 | 3 | 5 | 4 | 3 | 22 | 2 | 0 | 0 |
| 20 | 21 | 17 | 5 | 6 | 3 | 3 | 3 | 4 | 18 | 2 | 3 | 0 |

Таблица 4 – Результаты исследования типов отношения к болезни пациентов с атеросклерозом нижних конечностей «ТОБОЛ»

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Г | Р | З | Т | И | Н | М | А | С | Э | П | Д |
| 1 | 24 | 7 | 0 | 8 | 4 | 0 | 3 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| 2 | 17 | 4 | 10 | 7 | 0 | 3 | 0 | 0 | 3 | 0 | 7 | 0 |
| 3 | 12 | 7 | 3 | 0 | 0 | 23 | 0 | 0 | 3 | 5 | 2 | 4 |
| 4 | 7 | 4 | 4 | 16 | 0 | 3 | 8 | 6 | 18 | 5 | 3 | 4 |
| 5 | 4 | 7 | 9 | 3 | 0 | 17 | 0 | 3 | 3 | 3 | 2 | 4 |
| 6 | 23 | 5 | 9 | 0 | 4 | 0 | 7 | 0 | 0 | 5 | 0 | 4 |
| 7 | 18 | 5 | 3 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 3 | 7 |
| 8 | 7 | 4 | 9 | 0 | 0 | 22 | 0 | 7 | 12 | 0 | 4 | 4 |
| 9 | 24 | 7 | 0 | 4 | 7 | 0 | 8 | 4 | 10 | 3 | 4 | 4 |
| 10 | 7 | 12 | 3 | 14 | 0 | 7 | 0 | 8 | 4 | 3 | 3 | 0 |
| 11 | 12 | 9 | 3 | 7 | 0 | 24 | 0 | 3 | 9 | 5 | 4 | 4 |
| 12 | 22 | 11 | 0 | 8 | 4 | 0 | 7 | 4 | 7 | 5 | 0 | 3 |
| 13 | 7 | 4 | 3 | 12 | 5 | 6 | 9 | 0 | 4 | 9 | 0 | 3 |
| 14 | 19 | 9 | 8 | 7 | 4 | 0 | 4 | 0 | 0 | 5 | 0 | 11 |
| 15 | 9 | 14 | 7 | 4 | 17 | 12 | 0 | 4 | 16 | 9 | 4 | 0 |
| 16 | 0 | 10 | 7 | 5 | 9 | 18 | 4 | 6 | 0 | 8 | 3 | 4 |
| 17 | 25 | 12 | 7 | 12 | 4 | 4 | 0 | 0 | 8 | 5 | 7 | 3 |
| 18 | 30 | 11 | 4 | 9 | 0 | 7 | 0 | 3 | 4 | 0 | 4 | 0 |
| 19 | 9 | 7 | 4 | 0 | 3 | 26 | 4 | 3 | 13 | 7 | 0 | 4 |
| 20 | 4 | 7 | 0 | 6 | 4 | 15 | 3 | 4 | 0 | 2 | 3 | 0 |