

**ОЦЕНКА НЕОБХОДИМОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ
ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В АРАМЦЬСКОЙ ГОРОДСКОЙ
БОЛЬНИЦЕ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ (ХОБЛ)**

В широком смысле психосоциальная работа понимается как направление социальной работы, основная цель которой – оказание первичной психологической помощи, социальной поддержки и содействия людям, находящимся в трудной жизненной ситуации, а также как организация комплекса условий для продуктивной адаптации человека в изменившихся условиях жизнедеятельности.

В узком понимании психосоциальная работа – это деятельность специалиста по социальной работе, направленная на восстановление утраченного психосоциального равновесия, на поиск ресурсов личности и ресурсов социальной среды для преодоления трудностей в жизненной ситуации.

Психосоциальный подход заключается в понимании личности человека целостно, в многообразии взаимоотношений его с миром, который его окружает, не разделяя понятия «внутренний мир» и «внешняя реальность». Психосоциальная работа проводится в тех случаях, когда требуется общественное или индивидуальное воздействие, цель которого – забота о здоровье, создание условий нормальной адаптации и социализации личности в социуме, коррекция, восстановление или компенсация утраченных функций поведения, общения, взаимодействия в процессе жизнедеятельности. Объект психосоциальной работы – та часть населения, которая находится в трудной жизненной ситуации. К основным функциям психосоциальной работы относятся информационная, диагностическая, консультативная, коррекционная, посредническая и терапевтическая. Формы оказания психосоциальной помощи: индивидуальные и групповые. Профилактическая психосоциальная работа заключается в просветительской деятельности или передаче знаний различным группам [4]. К одной из таких групп являются пациенты с обструктивными заболеваниями дыхательных путей.

Обструктивные заболевания дыхательных путей, к которым относятся бронхиальная астма (БА) и ХОБЛ, являются наиболее частыми

хроническими заболеваниями: около 5% нашего населения (почти 4 млн чел.) страдают бронхиальной астмой. В течение последних 20-30 лет существует отчетливая тенденция к увеличению распространенности БА. Сложность патогенеза БА, включающего психосоматические механизмы, увеличение частоты не поддающихся лечению форм, заставляет искать решение проблемы помощи этим пациентам специалистами медицинских, психологических и социальных служб [1].

В то же время, создание широкого арсенала эффективных средств, применяемых при БА, оттеснило на задний план проблему личности больного, его психику и значение «внутренней картины болезни» [2].

Одними из компонентов психологического фактора человека являются уровень тревожности и качество жизни (КЖ). КЖ оценивает компоненты, ассоциированные и неассоциированные с заболеванием, позволяет дифференцированно определить влияние болезни и лечения на психологическое, эмоциональное состояние больного, его социальный статус. Изучение КЖ позволяет объективно оценить динамику заболевания и осуществить мониторинг проводимого лечения. Вместе с тем, КЖ определяет успех лечения, прогноз заболевания и побуждает к разработке и усовершенствованию уже существующих методов лечения и социальной помощи [3].

Цель исследования: проследить в динамике качество жизни и уровень тревожности больных с обострением бронхиальной астмы и ХОБЛ в процессе терапии для оценки необходимости проведения психосоциальной работы.

Задачи исследования

1. Определить КЖ и уровень тревожности больных бронхиальной астмой и ХОБЛ в период обострения при поступлении в стационар и при выписке из стационара;
2. Сопоставить полученные данные с КЖ и уровнем тревожности людей, не имеющих хронических заболеваний;
3. По полученным результатам оценить необходимость проведения психосоциальных мероприятий в «Арамильской городской больнице».

Материалы и методы исследования. В исследовании участвовали 15 больных с обострением БА и ХОБЛ (8 пациентов с БА, 7 пациентов с ХОБЛ) в период с ноября 2012 г. по январь 2013 г., госпитализированных в терапевтическое отделение Арамильской городской больницы.

Соотношение мужчин и женщин среди пациентов – 1:4 (3 мужчин и 12 женщин). Средний возраст составил $52,13 \pm 11,27$; курят четверо. Средняя продолжительность лечения в стационаре составила 14-15 дней.

При поступлении в стационар проводился опрос с помощью авторской анкеты «Качество жизни при поступлении в стационар», при выписке из стационара – с помощью авторской анкеты «Качество жизни при выписке из стационара» (ответы давались в баллах, оценка – в процентах). Уровень ситуативной тревожности при поступлении в стационар и выписке определялся при помощи теста на тревожность Спилбергера-Ханина (оценка полученных данных производилась в баллах). Также оценивалась удовлетворенность пациентов условиями стационара с помощью анкеты «Удовлетворенность условиями стационара» (ответы давались в баллах, оценка – в процентах). У всех пациентов при выписке из стационара были достигнуты критерии качества лечения в соответствии с медико-экономическими стандартами.

Аналогичное анкетирование было проведено в контрольной группе из 15-ти сотрудников Арамильской больницы, прошедших диспансерный осмотр, не выявивший у них какой-либо хронической патологии. Соотношение мужчин и женщин составило 1:3 (4 мужчин и 11 женщин). Средний возраст составил $46,15 \pm 9,44$; курят пятеро.

Различие по возрасту, полу и частоте курящих между группой больных с бронхо-легочной патологией и контрольной группой недостоверно. Статистическую обработку данных проводили с использованием среднего значения и критерия Стьюдента в программе Microsoft Excel.

Результаты исследования и их обсуждение. В ходе анализа полученных данных было выявлено достоверное снижение качества жизни пациентов с обострением БА и ХОБЛ в сравнении с показателем КЖ в контрольной группе на 14,84%. В процессе купирования обострения заболевания КЖ пациентов достоверно повысилось на 9,8%, и было не достоверно ниже уровня КЖ контрольной группы на 5%.

Уровень ситуативной тревожности пациентов с обострением БА и ХОБЛ имел средние значения и был на 0,55 балла достоверно выше уровня ситуативной тревожности контрольной группы, где он имел низкие значения. При выписке из стационара уровень тревожности недостоверно снизился на 0,22 балла и остался на средних цифрах, достоверно отличаясь от аналогичного показателя в контрольной группе на 0,33 балла.

Выводы:

1. Качество жизни пациентов с БА и ХОБЛ в значительной степени зависит от состояния здоровья, о чем свидетельствует повышение уровня данного показателя и приближение его к показателю уровня качества жизни практически здоровых лиц по мере купирования симптомов обострения этих заболеваний.

2. Уровень ситуативной тревожности у пациентов БА в ХОБЛ также зависит от фазы заболевания, но при купировании обострения не достигает уровня практически здоровых лиц и остается средним.

3. Для повышения КЖ и снижения уровня ситуативной тревожности пациентам с БА и ХОБЛ необходимо оказывать индивидуальную и групповую психосоциальную поддержку – как в период обострения, так и в период ремиссии заболевания.

4. По полученным результатам исследования больным БА и ХОБЛ можно рекомендовать узнавать о своем заболевании больше информации, придерживаться назначенной врачом терапии, соблюдать определенный режим дня, питания, физических и эмоциональных нагрузок, ежедневно пристально следить за проявлениями заболевания (вести дневник). Необходимо ответственно и педантично относиться к собственному здоровью.

5. Администрации лечебно-профилактического учреждения можно порекомендовать обратить внимание на психосоциальную работу, создать в городе Арамиле астма-школу либо выделить в штате сотрудников должность специалиста по данному аспекту – клинического психолога и социального работника.

Библиографический список

1. Бауэр К., Прейссер А. Бронхиальная астма и хроническая обструктивная болезнь легких. М., 2010.
2. Ребров А.П., Кароли Н.А. Особенности психологического статуса больных бронхиальной астмой // Аллергология. 2002. № 2.
3. Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Новикова И.А. Психосоматическая медицина: Руководство для врачей. М., 2006.
4. Хохлов А.Л., Жилина А.Н., Буйдина Т.А. Взаимосвязь показателей качества жизни и особенностей психологического статуса с клиническими проявлениями метаболического синдрома // Качественная клиническая практика. 2006. № 2.