

ПСИХІАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

С.О. Галныкина

В статье рассмотрены некоторые психиатрические аспекты в дерматологической практике, в частности описаны клинические проявления дерматологических артефактов, патомимий, синдрома тактильного галлюциноза.

Ключевые слова: психосоматические заболевания кожи, дерматологические артефакты, патомимии, синдром тактильного галлюциноза.

PSYCHIATRIC ASPECTS OF DERMATOLOGICAL PRACTICE

S. Halnykina

The article discusses some aspects of psychiatric practice in dermatology, in particular, clinical manifestations of dermatological artefacts, patomimias, syndrome of tactil hallucinosis are described.

Key words: pshychosomatic skin diseases, dermatological artefacts, patomimias, syndrome of tactil hallicinosis.

УДК: 616.35-006-089.87:316.6

С.В. Мерліч

ВПЛИВ ОНКОЛОГІЧНОЇ ХВОРОБИ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

У статті наведено емпіричне дослідження якості життя пацієнтів з онкологічним захворюванням, які перенесли оперативне втручання з формуванням кишкової стоми. В дослідженні взяли участь 311 осіб віком від 32 до 63 років, яких було опитано за допомогою методики SF-36. У результаті дослідження зроблено наступні висновки. В осіб, хворих на онкопатологію, які перенесли оперативне втручання з формуванням кишкової стоми, виявлено ознаки зниження загальної якості життя. Показники фізичного компонента здоров'я онкологічних пацієнтів мають низькі значення за всіма складовими: рольове функціонування, обумовлене фізичним станом; інтенсивність болю; загальний стан здоров'я. Шкали, які визначають психічний компонент здоров'я пацієнтів, дозволяють констатувати, що онкологічна хвороба негативно впливає на психоемоційний стан онкохворого: виявлено наявність депресивних, тривожних тенденцій, порушення соціального функціонування, життєвої активності та загальне психологічне неблагополуччя.

Ключові слова: онкологічна хвороба, якість життя.

Постановка проблеми. Інтенсивний вплив онкологічної патології не лише відображається на рівні фізичного здоров'я людини, а й містить психотравмуючу складову, яка поєднує наявність високого рівня соматичного та психоемоційного дистресу, зниження адаптивності хворої людини, усвідомлення загрози порушення соціального функціонування та зниження якості життя загалом [2, 4]. Актуальність та важливість даної проблеми обумовлена медичними, психологічними та психосоціальними наслідками онкологічного захворювання для пацієнта, а також необхідністю створення та втілення комплексних терапевтичних програм, які б не тільки враховували медичну складову проблеми, але й дозволяли корегувати порушен-

ня в клініко-психологічній, індивідуально-психологічній, а також у сфері соціального функціонування хворого на онкопатологію [1-3]. Вищенаведене й обумовило логіку та організацію нашого дослідження.

Матеріали та методи дослідження

На базі Одеського обласного онкологічного диспансеру за умови інформованої згоди обстежено 324 особи, які перенесли оперативне втручання з формуванням кишкової стоми.

Серед загальної кількості обстежених було відібрано 311 осіб у віці від 32 до 63 років, з яких було сформовано дві групи дослідження за статевою належністю (154 чоловіки – Г1 та 157 жінок – Г2).

Для оцінки якості життя пацієнтів використовували опитувальник SF-36 (The Short Form-36). Опитувальник дозволяє визначити загальний рівень благополуччя і ступінь задоволеності тими сторонами життєдіяльності людини, на які впливає стан здоров'я.

Модель, яка лежить в основі конструкції шкал і сумарних вимірювань опитувальника SF-36, має три рівні: I рівень – 36 питань; II рівень – 8 шкал, сформованих з 2-10 питань; III рівень – 2 сумарних вимірювання, якими об'єднуються шкали (рис. 1).

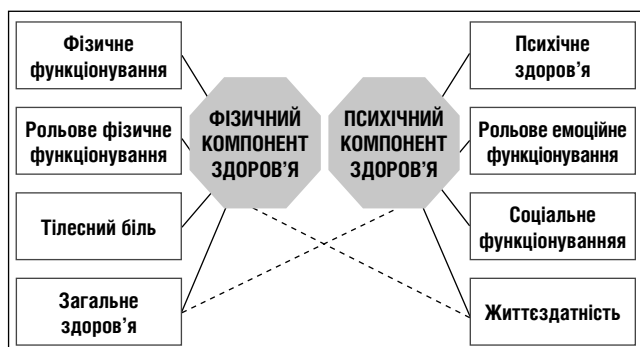


Рис. 1. Модель оцінювання якості життя

Таким чином, всі 8 шкал опитувальника групуються в два показники: РН («Фізичний компонент здоров'я») і МН («Психологічний компонент здоров'я»):

1. Шкали фізичного компонента здоров'я (Physical health – РН) фізичне функціонування;

- рольове функціонування, обумовлене фізичним станом;
- інтенсивність болю;
- загальний стан здоров'я.

2. Шкали психологічного компонента здоров'я (Mental Health – МН):

- психічне здоров'я;
- рольове функціонування, обумовлене емоційним станом;
- соціальне функціонування;
- життєва активність.

Результати та їх обговорення

Результати дослідження осіб, які входили до складу Г1 та Г2, за допомогою опитувальника SF-36 наведено на рис. 2–3.

Рівень якості життя всіх обстежених був значно зниженим за всіма показниками фізичного та психічного компонентів здоров'я.

Середнє значення за шкалою РН у чоловіків дорівнювало 40,50 бала; у жінок – 41,72 бала. Обстежувані відмічали обмеженість фізичної активності, такі як труднощі з самообслуговуванням, неприємні та больові відчуття при ходьбі, труднощі при підйомі по сходах, неможливість виконання прийнятних до хвороби фізичних навантажень.

Показники за шкалою РР, яка показує роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності, досягали низьких значень в обох групах обстежених (19,75 бала в Г1; 18,64 бала в Г2). Пацієнти відмічали, що стан їхнього здоров'я лімітує виконання звичайної діяльності, обмежує виконання роботи або повсякденних обов'язків.

Шкала ВР оцінювала інтенсивність больового синдрому онкохворих і його вплив на здатність займатися повсякденною діяльністю. Низькі значення, отримані

за даною шкалою в Г1 та Г2 (36,75 бала в Г1; 34,85 бала в Г2) свідчать про те, що больові відчуття значно обмежували фізичну активність обстежуваних.

За показником загального здоров'я GH хворі Г1 та Г2 отримали низькі бали: 33,33 бала – чоловіки; 31,43 бала – жінки. Такі дані свідчать про досить негативну оцінку власного стану здоров'я, перспектив лікування і здатності опиратись хворобі.

Рисунок 3 демонструє результати оцінювання обстеженими психічного компонента власного здоров'я. Шкала VT оцінювала відчуття пацієнтом повноти сил і енергії. Низькі бали, отримані в групах дослідження за даною шкалою (36,75 бала в Г1; 34,66 бала в Г2), свідчать про стан загального стомлення та виснаження обстежуваних, зниження їх життєвої активності.

Про незадоволеність рівнем власної соціальної активності, а також обмеженість можливостей спілкування, проведення часу з друзями, сім'єю, сусідами, в колективі, свідчили показники, отримані за шкалою SF (44,45 бала в Г1; 41,23 бала в Г2).

Значно зниженим в Г1 та Г2 був показник рольового емоційного функціонування (RE), який визначає, в якій мірі емоційний стан пацієнта заважає виконанню роботи або іншої звичайної повсякденної діяльності, включаючи великі витрати часу на їх виконання, зменшення об'єму зробленої роботи, зниження її якості. За даними дослідження, середній показник за шкалою RE в Г1 досягав значення 29,04 бала; в Г2 – 27,13 бала; що свідчить про емоційне виснаження пацієнтів, яке негативно впливає на якість життя обстежених. Деяко зниженими в групах обстежених виявились і значення за показником «Психічне здоров'я» (шкала МН) (46,50 бала в Г1; 42,31 бала в Г2). Низькі значення за даним показником свідчили про наявність у пацієнтів депресивних, тривожних станів та загальне психологічне неблагополуччя.

Висновки

1. В осіб, хворих на онкопатологію, які перенесли оперативне втручання з формуванням кишкової стоми, виявлено ознаки зниження загальної якості життя.

2. Показники фізичного компонента здоров'я онкологічних пацієнтів досягають низьких значень за всіма складовими: рольове функціонування, обумовлене фізичним станом; інтенсивність болю; загальний стан здоров'я.

3. Шкали, що визначають психічний компонент здоров'я пацієнтів, дозволяють констатувати, що онкологічна хвороба негативно впливає на психоемоційний стан онкохворого: наявність депресивних, тривожних тенденцій, порушення соціального функціонування, життєвої активності та загальне психологічне неблагополуччя.

Список використаної літератури

1. Гнездилов А. В. Психические изменения у онкологических больных / А. В. Гнездилов // Практическая онкология. – 2001. – № 1. – С. 5–11.
2. Максименко С. Д. Психологічна допомога тяжким соматично-хворим: навч. посіб. для студ. вищих навч. закладів / С. Д. Максименко, Н. Ф. Шевченко. – К.: Ніжин Міланік, 2007. – 115 с.
3. Саймонтон К. Психотерапія рака / К. Саймонтон, С. Саймонтон. – СПб.: Питер, 2001. – 227 с.
4. Тарабрина Н. В. Практикум по психології посттравматического стресса / Н. В.Тарабрина. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.

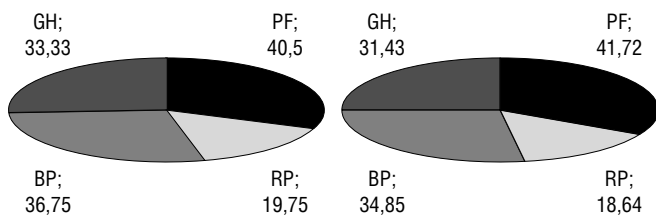


Рис. 2. Показники фізичного компонента здоров'я в групах дослідження

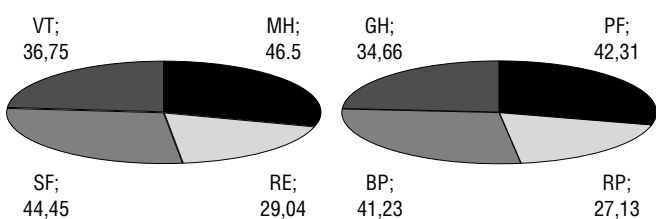


Рис. 3. Показники психічного компонента здоров'я в групах дослідження

ВЛИЯНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ

С.В. Мерлич

В статье приводится эмпирическое исследование качества жизни онкологических пациентов, перенесших оперативное вмешательство с формированием кишечной стомы. В исследовании приняли участие 311 человек в возрасте от 32 до 63 лет, тестируемые с помощью методики SF-36. В результате исследования сделаны следующие выводы. У лиц, страдающих онкопатологией, перенесших оперативное вмешательство с формированием кишечной стомы, выявлены признаки снижения общего качества жизни. Показатели физического компонента здоровья онкологических пациентов достигают низких значений по всем составляющим: ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; интенсивность боли; общее состояние здоровья. Шкалы, определяющие психический компонент здоровья пациентов, позволяют констатировать, что онкопатология оказывает негативное влияние на психоэмоциональное состояние больного: установлено наличие депрессивных, тревожных тенденций, нарушение социального функционирования, жизненной активности и общее психологическое неблагополучие.

Ключевые слова: онкологическое заболевание, качество жизни.

THE ONCOLOGICAL DISORDER INFLUENCE ON PATIENTS' QUALITY OF LIFE

S. Merlich

This article provides an empirical study on the cancer patients' quality of life undergoing surgery with the formation of intestinal stoma. The study involved 311 people aged from 32 to 63 years tested using the method of SF-36. The study reached the following conclusions. Individuals suffering from cancer pathology undergoing surgery with the formation of intestinal stoma, showed signs of lowering the overall quality of life. Indicators of physical health component of cancer patients reach low values in all components: role functioning due to physical condition, the intensity of pain, and general health. Scale defining mental health component of patients lead to the conclusion that cancer has a negative impact on the emotional state of the patient: the presence of depressive, anxiety tendencies, impaired social functioning, vitality and general psychological disadvantage.

Key words: cancer pathology, quality of life.

УДК: 616.517:616.89-008

І.В. Онищенко

ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ХВОРИХ НА ПСОРИАЗ

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

Ключові слова: псоріаз, емоційна сфера, тривожність, депресія, відчуття самотності, самопочуття, агресія.

У статті наведені результати дослідження емоційної сфери хворих на псоріаз. Багато авторів вказують на те, що одним із основних етіологічних факторів дерматологічних захворювань є безпосередній вплив психоемоційного стану хворого. Псоріаз супроводжується значними змінами зовнішності, небажаною реакцією навколишніх людей, тривалим лікуванням, частими рецидивами та зривами лікувального процесу, що, в свою чергу, може спричинити пригнічення емоційного стану хворого. Це може значним чином впливати на ефективність лікування.

Постановка проблеми. Значення емоційного тригерного фактора в етіопатогенезі і клінічному перебігу псоріазу у більшості дослідників не викликає сумніву. Сьогодні необхідність комплексного мультифакторного підходу до вивчення дерматологічних захворювань стала особливо актуальною [4].

Вплив хвороби на психіку різниться залежно від наслідків, які захворювання спричиняє у житті людини. Наявність дерматологічного захворювання супроводжується інтенсивною психотравмуючою складовою, яка поєднує наявність високого рівня соматичного та психоемоційного дистресу, зниження адаптивності хворої людини, усвідомлення загрози порушення соціального функціонування та зниження якості життя пацієнта в цілому [7]. Унаслідок певних обмежень, пов'язаних з лікуванням і впливом на спосіб життя, низької самооцінки, труднощів у спілкуванні, тобто ознак, притаманних хворим на псоріаз, у деяких осіб формується емоційний захист. Хворі відмовляються виявляти свої почуття й уникають міжособистісних контактів [8]. Попри те, що псоріаз може призводити до тривожних станів і депресії, дерматологи й психіатри не повинні недооцінювати психологічних проблем, які передують власне захворюванню на псоріаз. Часом складно визначити, чи депре-

сія або тривожність виникла як первинна патологія, чи як наслідок псоріазу [3, 5].

Матеріали та методи дослідження

За умови інформованої згоди на базі Одеського міського шкірно-венерологічного диспансеру обстежено 183 хворих, які мали соматичний діагноз псоріаз. Серед загальної кількості обстежених для участі в подальшій роботі було відібрано 114 осіб – основна група (ОГ). Дані 69 респондентів були вилучені з наступної статистичної обробки з метою формування репрезентативної за стажем роботи, віком та статтю вибірки. В якості контрольної групи (КГ) було відібрано 62 умовно здорових досліджених відповідного віку та статі. В дослідженні використовували психодіагностичний метод. Для вивчення стану емоційно-вольової сфери пацієнтів, які страждали на псоріаз, використано наступні психодіагностичні

Таблиця 1. Розподіл досліджених за рівнем особистісної та ситуативної тривожності

Рівень	Особистісна тривожність				Ситуативна тривожність			
	ОГ, n=114		КГ, n=62		ОГ, n=114		КГ, n=62	
	n	%±m	n	±m	n	%±m	n	%±m
Високий	88	77,19±3,93	3	4,84±2,73*	92	80,70±3,70	5	8,06±3,46*
Середній	22	19,30±3,70	14	22,58±5,31	19	16,67±3,49	15	24,19±5,44
Низький	4	3,51±1,72	45	72,58±5,67*	3	2,63±1,50	42	67,74±5,94*

Примітка: * – різниця достовірна (p<0,05).