УДК: 616.35-006-089.87:316.6

Особливості відношення до хвороби в пацієнтів з онкопатологією, які перенесли оперативне втручання з формуванням кишкової стоми

Мєрліч С. В.

Мєрліч С. В.

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

Резюме. В основі індивідуальних відмінностей в реакціях онкологічних пацієнтів на обставини, пов'язані із захворюванням, лежить взаємодія двох основних чинників: чинник особистості хворого і чинник хвороби. Для того, щоб правильно оцінити психічний стан хворого необхідно оцінити обидва ці чинники — у такому разі поведінка і думки пацієнта набувають клінічного сенсу і дозволяють визначити найбільш оптимальні підходи до полегшення емоційних і поведінкових порушень.

За умови інформованої згоди на базі Одеського обласного онкологічного диспансеру обстежено 311 осіб, які перенесли оперативне втручання з формуванням кишкової стоми, у віці від 32 до 63 років. Метою дослідження було вивчення типу відношення до хвороби в пацієнтів, які перенесли оперативне втручання з формуванням кишкової стоми. Визначено, що серед хворих на онкопатологію найчастіше зустрічаються тривожний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолічний, апатичний та сенситивний типи відношення до хвороби. Гармонійного типу відношення до хвороби в виборці не виявлено.

Ключові слова: внутрішня картина хвороби, тип відношення до хвороби, онкологічне захворювання, оперативне втручаня з формуванням кишкової стоми.

Features of attitude toward illness in cancer patients who underwent surgery with forming of intestinal stoma

Merlych S.V.

Odesskiy National Medical University, Odessa, Ukraine

Resume. In basis of individual distinctions in the reactions of oncologic patients on the circumstances related to the disease, co-operation of two basic factors lies: factor of personality of patient and factor of illness. In order that it is correct to estimate the mental condition of patient it is necessary to estimate both these factors — at that rate the conduct and opinions of patient acquire clinical sense and allow to define наиболее optimum approaches to facilitation of emotional and поведенческих violations.

On condition of the informed consent on the base of the Odessa regional oncologic dispensary a 311 patient is inspected, all from which carried operative interference with forming of intestinal стомы, in age from 32 to 63 years. The study was a research purpose as attitude toward illness at patients which carried operative interference with forming of intestinal стомы. It is certain that among the cancer patients more frequent than all meet anxious, hypochondria, neurasthenic, melancholy, apathetical and sensitive types of attitude toward illness. The harmonious type of attitude toward illness in a selection not is discovered.

Key words: internal picture of disease, the type of relationship to disease, cancer, surgery of intestinal stoma formation.

Вступ

Концепція «внутрішньої картини хвороби» (ВКХ) виходить з того факту, що будь-яка хвороба (реальна або тільки уявна) не є нейтральною подією в житті людини, як новий компонент реальності вона вбудовується в діяльність суб'єкта, в систему його відносин. ВКХ є динамічною системою, в якій можливі взаємні переходи як в напрямі від пов'язаних з хворобою відчуттів до сенсу, так і від смислових утворень до відчуттів [2].

В процесі формування ВКХ спостерігається певна «міфологізація» свого стану на підставі існуючих побутових уявлень про рак, що сприяє розвитку у хворого часто неправомірних уявлень про безнадійність ситуації [1]. Існує мало хвороб, що несуть таке ж могутнє стресуюче навантаження, як злоякісна пухлина. Структура ВКХ має тісний зв'язок з особливостями реакції пацієнта на онкологічну патологію.

У основі індивідуальних відмінностей в реакціях онкологічних пацієнтів на обставини, пов'язані із захворюванням, лежить взаємодія двох основних чинників: чинник особистості хворого (що сформувалася задовго до встановлення онкологічного діагнозу) і чинник хвороби (темп прогресування, тяжкість симптомів і ускладнень, терапія, прогноз) [3].

Для того, щоб правильно оцінити психічний стан хворого необхідно оцінити обидва ці чинники — у такому разі поведінка і думки пацієнта набувають клінічного сенсу і дозволяють визначити

найбільш оптимальні підходи до полегшення емоційних і поведінкових порушень [3].

Ще один аспект, який необхідно відзначити — «неодномоментність» виникнення ВКХ, або просто реакції на хворобу: виявляються виразні відмінності психогенних реакцій на різних етапах діагностики і лікування онкологічного захворювання [4].

Метою даного дослідження було вивчення типу відношення до хвороби в пацієнтів, які перенесли оперативне втручання з формуванням кишкової стоми.

Контингенти і методи

За умови інформованої згоди на базі Одеського обласного онкологічного диспансеру обстежено 311 осіб, які перенесли оперативне втручання з формуванням кишкової стоми, у віці від 32 до 63 років, з яких було сформовано дві групи дослідження за статевою належністю (154 чоловіка — Г1 та 157 жінок — Г2). Відношення до хвороби в групах досліджених вивчали за допомогою опитувальника ЛОБІ (Ленінградський опитувальник Бєхтєрєвського інституту).

Результати, їх обговорення

В переважній більшості випадків серед хворих обох груп дослідження зустрічались тривожний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолічний, апатичний та сенситивний типи відношення до хвороби (рис. 1-2).

Дані рис. 1. свідчать про те, що у всіх чоловіків, хворих на онкопатологію, зустрічались дисгармонійні типи відношення до хвороби, гармонійного типу в даній чоловічій виборці не було виявлено.

За даними рис. 2., серед жінок, хворих на онкопатологію, не зустрічалось гармонійного та ергопатичного типів відношення до хвороби.

Узагальнені дані щодо типів відношення до хвороби в обох групах наведено в табл. 1.

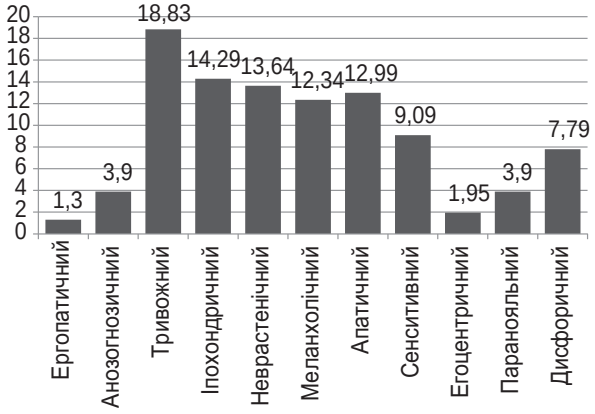

Рис. 1
Типи відношення до хвороби в Г-1 (чоловіки)

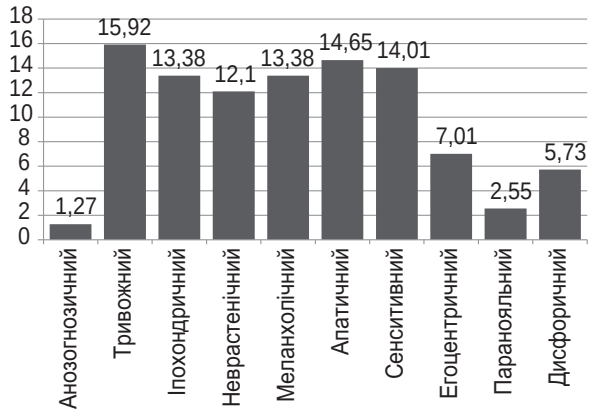

Рис. 2
Типи відношення до хвороби в Г-2 (жінки)

Таблиця 1
Розподіл хворих на онкопатологію за типами відношення до хвороби

Типи відношення до хвороби	Г1, n = 154		Г2, n = 157	
	n	%±m	n	%±m
Гармонійний	0	0,00±0,00	0	0,00±0,00
Ергопатичний	2	1,30±0,91	0	0,00±0,00
Анозогнозичний	6	3,90±1,56	2	1,27±0,90
Тривожний	29	18,83±3,15	25	15,92±2,92
Іпохондричний	22	14,29±2,82	21	13,38±2,72
Неврастенічний	21	13,64±2,77	19	12,10±2,60
Меланхолічний	19	12,34±2,65	21	13,38±2,72
Апатичний	20	12,99±2,71	23	14,65±2,82
Сенситивний	14	9,09±2,32	22	14,01±2,77
Егоцентричний	3	1,95±1,11	11	7,01±2,04*
Парануояльний	6	3,90±1,56	4	2,55±1,26
Дисфоричний	12	7,79±2,16	9	5,73±1,86

*Примітки: * — різниця достовірна (p<0,05).*

Для хворих з тривожним типом відношення до хвороби (Г1 — 29 осіб — 18,83%; Г2 — 25 осіб — 15,92%; p>0,05) характерними були та впевненість у несприятливому перебігу хвороби, занепокоєння щодо можливих ускладнень, віра в неефективність і лікування, постійний пошук нових способів терапії, загальний тривожний стан.

Неврастенічний (Н) тип відношення до хвороби був властивий в Г1 — 21 особі (13,64%); в Г2 — 19 особам (12,10%); p>0,05). В таких осіб спостерігались спалахи роздратування, агресії, особливо при наявності неприємних відчуттів або у випадках неефективності лікування. Хворі з даним типом відношення до хвороби схильні були звинувачувати інших осіб у виникненні захворювання, а також приписування їм байдужого ставлення.

Сенситивний (С) тип відношення до хвороби спостерігався в Г1 — у 14 осіб (9,09%); в Г2 — у 22 осіб (14,01%); p>0,05). Він проявлявся в надмірному хвилюванні щодо несприятливого враження, яке можуть справити на оточуючих відомості про хворобу; побоювання, що оточуючі стануть уникати хворого, вважати неповноцінним, зневажливо або з побоюванням ставитися, розпускати несприятливі чутки про причину і природу захворювання.

Достатньо часто серед пацієнтів з онкопатологією зустрічався апатичний (А) тип відношення до хвороби (Г1 — 20 осіб — 12,99%; Г2 — 23 особи — 14,65%; p>0,05). При цьому мала місце повна байдужість до своєї долі, до ускладнень в перебігу хвороби, до результатів лікування. Наявною була тенденція до пасивного підпорядкування процедурам і лікуванню при наполегливому спонуканні зі сторони, втрата інтересів, апатія.

Іпохондричний (І) тип зустрічався в Г1 — у 22 осіб (14,29%); в Г2 — у 21 особи (13,38%); p>0,05) та проявлявся в надмірному зосередженні на суб'єктивних та інших неприємних відчуттях, прагненні постійно розповідати оточуючим про симптоми хвороби.

Меланхолічний (М) тип відношення до хвороби характеризував в Г1 — 19 осіб (12,34%); в Г2 — 21 особу (13,38%); p>0,05). В таких пацієнтів спостерігались пригніченість хворобою, невіра в одужання, в можливість покращення і ефект лікування, депресивні висловлювання, невіра в успіх лікування, навіть при наявності об'єктивних ознак покращення.

В значній кількості випадків в досліджених групах відмічався дисфоричний тип відношення до власного захворювання (в Г1 — у 12 осіб (7,79%); в Г2 — у 9 осіб (5,73%); p>0,05). В даному випадку в пацієнтів домінував похмуро-агресивний настрій, негативне ставлення до здорових оточуючих, спалахи крайньої розлюченості зі схильністю звинувачувати у своїй хворобі інших, вимога особливої уваги до себе, підозрілість до процедур і лікування, деспотичне ставлення до близьких з вимаганням у всьому догоджати хворому.

Достовірність відмінностей між групами спостерігалась в єдиному випадку — в Г2 достовірно частіше зустрічався егоцентричний тип відношення до хвороби (11 осіб — 7,01%) на відміну від Г1, в якій даний тип був притаманним лише 3 особам (1,95%). При егоцентричному (Я) типі у хворих спостерігався своєрідний «відхід у хворобу», а саме виставлення напоказ близьким та оточуючим своїх страждань і переживань з метою повністю заволодіти їх увагою; вимога виключної турботи про себе, постійне бажання показати іншим своє особливе положення, винятковість свого хворобливого стану.

В поодиноких випадках в Г1 та Г2 зустрічались анозогнозичний (в Г1 — у 6 осіб (3,90%); в Г2 — у 2 осіб (1,27%); p>0,05), та паранояльний (в Г1 — у 6 осіб (3,90%); в Г2 — у 4 осіб (2,55%); p>0,05) типи відношення до хвороби. Анозогнозичний (З) тип проявлявся в активному відкиданні думок про хворобу та про її можливі наслідки. Спостерігались приписування проявів хвороби випадковим обставинам, відмова від обстеження і лікування, зневага до порад лікарів та медичного персоналу, легковажне ставлення до хвороби і лікування.

Для хворих з паранойяльним (П) типом відношення до хвороби характерною була впевненість у тому факті, що хвороба — це результат чийогось наміру. Також спостерігалась крайня підозрілість до ліків і процедур, прагнення приписувати можливі ускладнення та побічні дії ліків недбалості або злому наміру лікарів і персоналу, звинувачення і вимогання покарання у зв'язку з цим.

Ергопатичний тип зустрічався виключно в Г1 у 2 осіб (1,30%). Ергопатичний (Р) тип характеризувався занадто відповідальним, одержимим ставленням до роботи, вибірковим ставлення до обстеження та лікування, обумовленим прагненням зберегти можливість продовження активної трудової діяльності.

Гармонійного типу відношення до хвороби в даній виборці не спостерігалось.

Висновки

1. В основі індивідуальних відмінностей в реакціях онкологічних пацієнтів на обставини, пов'язані із захворюванням, лежить взаємодія двох основних чинників: чинник особистості хворого і чинник хвороби. Для того, щоб правильно оцінити психічний

стан хворого необхідно оцінити обидва ці чинники — у такому разі поведінка і думки пацієнта набувають клінічного сенсу і дозволяють визначити найбільш оптимальні підходи до полегшення емоційних і поведінкових порушень.

2. Серед хворих на онкопатологію найчастіше зустрічаються тривожний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолічний, апатичний та сенситивний типи відношення до хвороби.
3. Гармонійного типу відношення до хвороби в даній виборці не спостерігалось.

Література

1. Герасименко В.Н. Вопросы деонтологии в восстановительном лечении онкологических больных / В.Н. Герасименко, Ю.В. Артюшенко, А.Ш.Тхостов // Вопросы онкологии. — 1982. — Т. 28. — № 2. — С. 48-52.
2. Гнездилов А.В. Психические изменения у онкологических больных / А.В. Гнездилов // Практическая онкология. — 2001. — № 1. — С. 5–11.
3. Монтгомери Ч. Психоонкология: достижение зрелости / Ч. Монтгомери // Psychiatric Bulletin.— 1999.— Vol. 23.— P. 431-435.
4. Approaching difficult communication tasks in oncology / A. L. Back, R. M. Arnold, W. F. Baile// CA CancerJ. Clin.— 2005.— Vol. 55.— P. 164–177.