

---

**С. В. Мерліч, Л. П. Лебіга,**

Одеський національний медичний університет,  
кафедра соціальної допомоги, загальної та медичної психології, Одеса, Україна.

**S. V. Merlych, L. P. Lebyha,**

Odessa national medical university,  
department social helping, general and medical psychology, Odessa, Ukraine.

# ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ОПЕРАТИВНЕ ВТРУЧАННЯ З ФОРМУВАННЯМ КИШКОВОЇ СТОМИ

**ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ,  
ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО С ФОРМИРОВАНИЕМ КИШЕЧНОЙ СТОМЫ**

**INDIVIDUAL PSYCHOLOGICAL FEATURES OF PATIENTS HAVE TRANSFERRED PROMPTLY  
AND INTERVENTION ON THE FORMATION INTESTINAL STOM**

УДК 618.19-006.6-07-085

Статья поступила в редакцию 28.04.2015

---

## **Резюме**

В статті наведено клініко-психологічні особливості онкологічних пацієнтів, які перенесли оперативне втручання з формуванням кишкової стоми. Розроблено систему медико-психологічної допомоги даній категорії хворих на амбулаторному етапі лікування. Визначено особистісні риси, характерні для означених хворих, науково обґрунтовано, розроблено комплекс заходів медико-психологічної допомоги онкологічним хворим, які перенесли оперативне втручання з формуванням кишкової стоми, на амбулаторному етапі та оцінено його ефективність.

## **Ключові слова**

*індивідуально-психологічні особливості, колоректальний рак, кишкова стома.*

## **Резюме**

В статье приведены клинико-психологические особенности онкологических пациентов, перенесших оперативное вмешательство с формированием кишечной стомы. Разработана система медико-психологической помощи данной категории больных на амбулаторном этапе лечения. Определены личностные черты, характерные для указанных больных, научно обоснован, разработан комплекс мер медико-психологической помощи онкологическим больным, перенесшим оперативное вмешательство с формированием кишечной стомы на амбулаторном этапе и оценена его эффективность.

## **Ключевые слова**

*индивидуально-психологические особенности, околоректальный рак, кишечная стома.*

## **Resume**

In this article of clinical psychological features oncologic patients, transferred promptly and intervention with formation intestinal stom. The system is designed medical-assistance categories of patients at the outpatient stages of treatment, psychodiagnostic personality scientific studies, medical complex of measures is designed psychology oncologic assistance patients, transferred promptly and intervention with formation intestinal stom on ambulatory stages.

## **Keywords**

*individual-psychological features in cancer, intestinal stom.*

На сьогодні проблема онкологічних захворювань є глобальною і надзвичайно важливою [1 – 4]. Злоякісні новоутворення є провідною причиною смерті – на них припадає близько 13% всіх смертей у світі. Одним з наймолодших напрямів дослідження причин злоякісних новоутворень є проблема медико-психологічного супроводу онкологічного хворого на різних етапах лікування, яка є недостатньо розробленою в сучасній науці. Існують роботи, присвячені перед- та післяопераційному етапам терапії онкопациєнта, проте питанням організації амбулаторного етапу лікування зазвичай не приділяється достатня увага фахівців [2, 5, 6]. При цьому правильна організація етапу дистанційного медико-психологічного супроводу хворого на онкопатологію та його родини має важливе значення в процесі вилужання та підвищення якості життя онкологічного пацієнта [1, 2, 4, 7, 8].

#### **Матеріали дослідження.**

Загальну кількість досліджених можливо було умовно розділити на три групи: перша (Г1), найбільш численна група – хворі, які погодились на операцію одразу після встановлення діагнозу; друга (Г2) – пацієнти, які погодились на операцію через деякий час після встановлення діагнозу; третя (Г3) – хворі, яким було встановлено діагноз, проте вони відмовились від оперативного втручання та більш не звертались до нас по допомогу. Третю категорію хворих, яка була незначною за кількістю, не було включено до подальшого дослідження. Перша категорія хворих отримувала медичну допомогу, а саме оперативне втручання з формуванням кишкової стоми протягом місяця від моменту встановлення діагнозу. Друга категорія хворих, відмовляючись від оперативного втручання на етапі встановлення діагнозу, зверталась по допомогу повторно, як правило, не пізніше ніж у піврічний термін, при цьому з погіршенням стану хвороби у вигляді клінічно підтвердженого збільшення розмірів пухлини.

На першому етапі клініко-психологічної діагностики було вивчено індивідуально-психологічні дезадаптаційні особливості хворих на онкопатологію з метою використання отриманих даних в процесі підготовки програм комплексного супроводу хворих, які перенесли оперативне втручання з приводу онкопатології. Враховувався також гендерний аспект дезадаптації онкохворих, в зв'язку з чим, як вже згадувалось, хворих було розділено на 2 групи за статевою належністю (Г1 – чоловіки, Г2 - жінки).

#### **Результати дослідження, їх обговорення.**

Першою групою психологічних характеристик, які вивчали на даному етапі, були психоемоційні особливості онкопациєнтів, а саме рівень тривожності, відчуття самотності та наявність депресивних тенденцій .

**Таб. 1.** Розподіл досліджених за рівнями тривожності

Рівень тривожності	Г1, n = 154		Г2, n = 157	
	n	%±m	n	%±m
Дуже високий	19	12,34±2,65	23	14,65±2,82
Високий	32	20,78±3,27	44	28,03±3,58
Середній (з тенденцією до високого)	80	51,95±4,03	73	46,50±3,98
Середній (з тенденцією до низького)	17	11,04±2,53	13	8,28±2,20
Низький	6	3,90±1,56	4	2,55±1,26

Дані таблиці свідчать про значне превалювання в хворих на онкопатологію чоловіків та жінок середнього з тенденцією до високого рівня тривожності (Г1 – 51,95%; Г2 – 46,50%). Високий та дуже високий рівні тривожності частіше зустрічались у жінок Г2 (42,68%) у порівнянні з групою чоловіків (Г1 – 33,12%). Рівень відчуття самотності, як один з факторів, що негативно впливає як на рівень життя онкохворого, так і на процес видужування, вивчали за допомогою опитувальника Расела – Фергюсона.

**Таб. 2.** Розподіл досліджених за рівнями відчуття самотності

Рівень самотності	Г1, n = 154		Г2, n = 157	
	n	%±m	n	%±m
Високий	34	22,08±3,34	39	24,84±3,45
Середній	113	73,38±3,56	110	70,06±3,66
Низький	7	4,55±1,68	8	5,10±1,76

Для більшості хворих Г1 та Г2 притаманним був середній рівень відчуття самотності (відповідно 73,38% та 70,06%). Проте високий рівень відчуття самотності зустрічався в достатньо значній кількості досліджених (Г1 – 22,08%; Г2 – 24,84%). Низький рівень відчуття самотності відзначався в поодиноких випадках (Г1 – 4,55%; Г2 – 5,10%). Таким чином не можна стверджувати, що для осіб, які перенесли оперативне втручання з приводу онкопатології, характерним є високий рівень відчуття самотності, але спостерігається явна тенденція до його підвищення.

Наступною вивченою характеристикою емоційної сфери досліджених був рівень депресії.

**Таб. 3.** Розподіл досліджених за рівнями депресії

Рівень депресії	Г1, n = 154		Г2, n = 157	
	n	%±m	n	%±m
Немає депресії	3	1,95±1,11	2	1,27±0,90
Легкий рівень	61	39,61±3,94	58	36,94±3,85
Субдепресія	52	33,77±3,81	56	35,67±3,82
Дійсний депресивний стан	38	24,68±3,47	41	26,11±3,51

За даними табл. 3, стан без депресії діагностувався лише у 1,95% досліджених Г1 та у 1,27% осіб Г2. В більшості хворих відмічався той чи інший рівень виразності депресивних тенденцій. Так, легкий ступінь депресії визначено у 39,61% досліджених Г1 та у 36,94% осіб Г2. Субдепресивний стан або маскована депресія характеризувала 33,77% хворих Г1, в Г2 відповідний рівень депресії зустрічався в 35,67% випадків. Досить часто в досліджених групах визначались характеристики дійсного депресивного стану: 24,68% випадків в Г1 та 26,11% – в Г2.

**Таб. 4.** 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*
Паранояльний	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%;  $p \leq 0,05$ ) характерними були 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%);  $p \leq 0,05$ . В таких осіб спостерігались спалахи роздратування, агресії, особливо за 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 приписувати їм байдуже ставлення.

Сенситивний (С) тип відношення до хвороби спостерігався в Г1 – у 14 осіб (9,09%); в Г2 – у 22 осіб (14,01%);  $p \leq 0,05$ . 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.

Досить часто серед пацієнтів з онкопатологією зустрічався апатичний (А) тип відношення до хвороби (Г1 – 20 осіб – 12,99%; Г2 – 23 особи – 14,65%;  $p \leq 0,05$ ). При цьому мала місце повна байдужість до своєї долі, до ускладнень в перебігу хвороби, до результатів лікування. Наявною була тенденція до пасивного підпорядкування процедур 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%);  $p \leq 0,05$  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%);  $p \leq 0,05$ . В таких пацієнтів спостерігались пригніченість хворобою, невіра в одужання, в ефект 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%);  $p \leq 0,05$ ). 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, підозрлість 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%);  $p \leq 0,05$ ), та паранояльний (в Г1 – у 6 осіб (3,90%); в Г2 – у 4 осіб (2,55%);  $p \leq 0,05$ ) 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.

Хворим з паранояльним (П) типом відношення до хвороби характерною була впевненість у тому факті, що хвороба – це результат чийогось наміру. Також спостерігалась крайня підозрлість до ліків і процедур, прагнення приписувати можливі ускладнення та побічні дії ліків недбалості або злому наміру лікарів і персоналу, звинувачення і вимагання 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 ставленням до обстеження та лікування, обумовленим прагненням зберегти можливість продовження активної трудової діяльності.

Гармонійного типу відношення до хвороби в даній виборці не спостерігалось.

## **ВИСНОВКИ**

1. Традиційно онкологічна патологія відноситься до сфери однієї з найбільш психотравмуючих. Постановлення діагнозу, що шокує, необхідність звернення до спеціалізованих медичних установ, труднощі спілкування з оточуючими – стають для багатьох пацієнтів перешкодою на шляху до відновлення здоров'я.
2. Для більшості хворих Г1 та Г2 притаманним був середній рівень відчуття самотності (відповідно 73,38% та 70,06%). Проте високий рівень відчуття самотності зустрічався в достатньо значній кількості досліджених (Г1 – 22,08%; Г2 – 24,84%).
3. Низький рівень відчуття самотності відзначався в поодиноких випадках (Г1 – 4,55%; Г2 – 5,10%). Таким чином не можна стверджувати, що для осіб, які перенесли оперативне втручання з приводу онкопатології, характерним є високий рівень відчуття самотності, але спостерігається явна тенденція до його підвищення.

## **СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Алфимов А. Е. Статистика и клинические исследования в онкологии / А. Е. Алфимов // Материалы 7-го Всерос. онкол. конгр. – М.: Издат. Группа ОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, 2003. – С. 11 – 14.
2. Андрищенко А. В. Особенности внутренней картины болезни у онкологических больных / А. В. Андрищенко // Журнал клинической психоонкологии. – 2006. – Вып. 1 (9). – С. 3 – 13.
3. Гнездилов А. В. Проблемы социальной психологии в зеркале хосписной службы. / А. В. Гнездилов // Социальная психология: Практика. Теория. Эксперимент Практика. – Ярославль, 2000. – Т. I. – С. 148 – 151.
4. Cavanagh J. Inflammation and its relevance to psychiatry / J. Cavanagh, C. Mathias // *Advan. Psychiatr. Treat.* – 2008. – Vol. 14. – P. 248 – 255.
5. Блинов Н. Н. Роль психоонкологии в лечении онкологических больных / Н. Н. Блинов, В. А. Чулкова // *Вопр. онкол.* – 1996. – №5. – С. 86 – 89.
6. Лукьянова И. Е. Реабилитационная помощь лицам с ограничениями жизнедеятельности (стомированным пациентам) / И. Е. Лукьянова, В. Г. Суханов, Е. А. Сигида // Социальная работа в учреждениях здравоохранения: Материалы межрегиональной практической конференции. – Курск: ГОУ ВПО КГМУ Росздрава, 2008. – С. 67 – 88.
7. Бондаренко А. Ф. Психологическая помощь: теория и практика: уч. пос. для студ. ст. курсов психол. фак. и отд-ний ун-тов / А. Ф. Бондаренко. – М.: Класс, 2001. – С. 46 – 58.
8. Approaching difficult communication tasks in oncology/ A. L. Back, R. M. Arnold, W. F. Baile [et al.] // *CA Cancer J. Clin.* – 2005. – Vol. 55. – P. 164 – 177.