

УДК 616.5-06:616.89-008.44
DOI

В.С. КОМАР

РІВЕНЬ ТРИВОЖНОСТІ У ХВОРИХ ЯК НАСЛІДОК ХВОРОБЛИВОГО СТАНУ З ПРИВОДУ ПАТОЛОГІЇ ШКІРИ ТА ПІДШКІРНОЇ КЛІТКОВИНИ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

Мета: вивчити особливості психоемоційного стану хворих із патологією шкіри та підшкірної клітковини на час їх прибуття в санаторій для продовження лікування.

Матеріали і методи. Використано наступні методи: опитування, анкетування, кількісний та якісний аналіз результатів. Виходячи з мети дослідження обрано методіку визначення рівня реактивної і особистісної тривожності за допомогою запитальника Ч.Д. Спілбергера в обробці Ю.Л. Ханіна. Матеріалом дослідження слугували анкети хворих із захворюваннями шкіри, які перебували на лікуванні в ДП «Санаторій «Немирів» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця» у 2014–2015 роках.

Результати. При порівнянні параметрів тривожності у хворих із патологією шкіри при поступленні на лікування в санаторій спостерігається переважання високої особистісної та помірної реактивної тривожності. Достовірно вищий рівень реактивної та особистісної тривожності констатовано у хворих із тривалістю захворювання до одного року.

Висновки. У лікуванні хворих зі шкірною патологією в санаторно-курортних умовах необхідно враховувати фактор емоційних розладів і включати в алгоритм лікування корекцію психологічного статусу пацієнта.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: шкіра та підшкірна клітковина, тривожність, санаторій.

Тісний взаємозв'язок та взаємовплив соматичних і психічних розладів визначають високе теоретичне значення і практичну актуальність вивчення проблем психосоматичних взаємин [1]. Саме особливості людини виступають як фактор, що спричиняє неадаптивну поведінку вегетативних реакцій при психологічному напруженні [5]. У науковій літературі висвітлено результати досліджень психологічного стану хворих при багатьох патологічних станах, особливо при хворобах системи кровообігу [2;9;13;15] та шлунково-кишкового тракту [4;10].

Мета роботи: вивчити особливості психоемоційного стану хворих з патологією шкіри та підшкірної клітковини на час їх прибуття для продовження лікування у санаторних умовах.

Матеріали і методи. У дослідженні було використано наступні методи: опитування, анкетування, кількісний та якісний аналіз результатів. Виходячи з мети дослідження, було обрано методіку визначення рівня особистісної і ситуативної тривоги за допомогою запитальника Ч.Д. Спілбергера в обробці Ю.Л. Ханіна [6]. Матеріалом дослідження слугували анкети хворих із захворюваннями шкіри, які перебували на лікуванні в ДП «Санаторій «Немирів» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця» у 2014–2015 роках.

Результати дослідження та їх обговорення. В Україні щодня реєструються понад п'ять нових випадків захворювання шкіри та підшкірної клітковини, а рівень захворюваності на хвороби шкіри та підшкірної клітковини утримується в межах 5–6%

від загальної захворюваності населення. Ця патологія є однією з найбільш актуальних медичних та соціально-економічних проблем [3;12]. Незважаючи на велику кількість засобів та методів лікування цієї патології, досі не вивченим, недооціненим є значення психологічного стану хворих із цією патологією. А відсутність відповідної терапії даного стану значно знижує ефективність дерматологічного лікування і може бути одним із факторів подальшого переходу захворювання у хронічний перебіг [7;8;11].

Висвітлені в літературі дані дозволяють вважати, що вплив на стан здоров'я мають різні за характером особливості структури особистості, які можуть сприяти порушенню психологічного захисту, зміні емоційних реакцій і, зрештою, знижувати адаптаційні можливості людини до умов зовнішнього середовища. При цьому деякі форми порядку соціальної поведінки людини, виразна залежність особистості від оцінок інших призводять до збільшення відхилення вегетативної активності при стресовій ситуації [14]. А виникнення клінічних проявів впливає на дію емоційних і особистісних факторів та створює нові умови для взаємозв'язку між соматикою і психікою хворого.

Для оцінки особистісної та реактивної тривожності нами обстежено хворих із патологією шкіри та підшкірної клітковини, які прибули для продовження лікування в санаторно-курортних умовах. В Україні допомога при цій патології надається переважно в санаторії «Немирів» Львівської області,

© В.С. Комар, 2015

природні фактори якого та лікувально-діагностична база, що обладнана сучасною медичною апаратурою, дозволяють застосовувати новітні медичні технології та методики.

Запитальник Спілбергера-Ханіна використовувався нами для дослідження рівня тривоги як стану, що характеризується суб'єктивно пережитими емоціями напруги, неспокою, стурбованості у відповідь на різні стреси, і рівня тривожності як властивості людини реагувати на зовнішні подразники станом тривоги, інтенсивність якої не відповідає об'єктивній небезпеці. Внаслідок того, що особистісна тривожність є фактором, що полегшує виникнення реакції тривоги, ці два фактори тісно взаємопов'язані і корелюють між собою.

Були сформовані дві групи пацієнтів: I група – хворі зі шкірною патологією (n=86) і II група контролю – здорові особи, які знаходилися в санаторії з метою оздоровлення та відпочинку (n=28). Вік осіб у I і II групах був у межах 24–50 років. Середній вік обстежених I групи становив $43,98 \pm 1,46$ року, II групи – $45,50 \pm 1,98$ року. Співвідношення кількості жінок і чоловіків в обох групах було майже однаковим: в I групі – 62,8% та 37,2% відповідно, в II групі – 60,71% та 39,29%.

Пацієнти I групи – 86 осіб з дерматологічними змінами – були розподілені за наступними підгрупами:

- A) з тривалістю захворювання до 1 року – 14 осіб;
- B) з тривалістю захворювання 1–3 роки – 30 хворих;
- C) з тривалістю захворювання понад 3 роки – 42 особи.

Заповнення запитальника Спілбергера-Ханіна усіма респондентами проводилось у комфортних умовах у перші три дні спостереження в санаторії у присутності середнього медичного персоналу.

Запитальник складається з 40 питань: 20 питань характеризують реактивну тривожність (частина A), 20 питань характеризують особистісну тривожність (частина B). Респондентам пропонувалося відповісти на запитання і відмітити, як вони себе почувають у даний момент (питання 1–20) і як себе почувають зазвичай (питання 21–40).

На кожне запитання респонденти давали один із чотирьох можливих варіантів відповіді залежно від ступеня інтенсивності реактивної тривожності і за частотою виразності особистісної тривожності. У відповідях на запитання «1» означає відсутність або легкий ступінь тривожності, а відмітка «4» означає високу тривожність.

Рівень реактивної тривожності вираховувався за формулою:

$$PT = \Sigma rp - \Sigma po + 50,$$

де PT – показник реактивної тривожності;

Σrp – сума балів за прямими запитаннями (3,4,6,7,9,12,14,15,17,18);

Σpo – сума балів за протилежно полярними запитаннями (1,2,5,8,10,11,13,16,19,20).

Для розрахунку рівня особистісної тривожності застосовувалась формула:

$$OT = \Sigma op - \Sigma oz + 35,$$

де OT – показник особистісної тривожності;

Σop – сума балів за прямими запитаннями (2,3,4,5,8,9,11,12,14,15,17,18,20);

Σoz – сума балів за протилежно полярними запитаннями (1,6,7,10,13,16,19).

Показник, який не досягав 30 балів, розглядався як такий, що вказував на низький рівень тривожності, від 31 до 45 балів – на помірний, більше 45 балів – на високий рівень.

У результаті проведеного дослідження встановлено, що рівень реактивної тривожності у хворих з патологією шкіри та у здорових практично не відрізнявся, високі рівні тривожності спостерігались, відповідно, у $26,74 \pm 4,77\%$ та $32,14 \pm 8,83\%$, а помірна тривожність – у $69,77 \pm 4,95\%$ та $67,86 \pm 8,83\%$ ($p > 0,05$). У 3 ($3,49 \pm 1,98\%$) осіб I групи спостерігався низький рівень реактивної тривожності, у групі здорових низького рівня тривожності не виявлено (рис. 1). Водночас рівень особистісної тривожності мав різко протилежні значення: у осіб I групи високий рівень спостерігався у $65,12 \pm 5,14\%$ осіб, у II групі практично здорових він спостерігався у утричі рідше ($21,43 \pm 7,75\%$, $p < 0,01$). Помірний рівень особистісної тривожності спостерігався відповідно у $29,07 \pm 4,90\%$ та $75,00 \pm 8,18\%$ опитаних ($p < 0,01$). Низький рівень тривожності виявлено у 5 ($5,81 \pm 2,52\%$) хворих та у одного здорового опитаного ($3,57 \pm 3,51\%$).

Проведене анкетування виявило, що рівень реактивної тривожності серед здорових чоловіків (II група) був більш виразним ($p > 0,05$), ніж у хворих осіб з I групи опитаних: високий рівень тривожності констатовано у $36,36 \pm 14,50\%$ проти $21,88 \pm 7,31\%$ відповідно (рис. 2). Водночас у $71,88 \pm 7,95\%$ осіб першої групи рівень реактивної тривожності був помірним, а у $6,25 \pm 4,28\%$ (2 особи) – низьким.

При порівнянні рівнів особистісної тривожності у чоловіків (рис. 2) встановлено, що цей показник був високим у понад половину опитаних I групи з патологією шкіри ($56,25 \pm 8,77\%$). Високий рівень особистісної тривожності серед здорових спостерігався удвічі рідше ($27,27 \pm 13,43\%$, $p > 0,05$). Також у опитаних I групи встановлено низький рівень особистісної тривожності ($15,62 \pm 6,42\%$), в II групі таких випадків ми не спостерігали ($p < 0,05$). Помірний рівень особистісної тривожності складав у чоловіків I групи $28,13 \pm 7,95\%$, а в II групі практично здорових – $72,73 \pm 13,43\%$ ($p < 0,05$).

У жінок рівень реактивної тривожності не мав відмінностей між групами (рис. 3). Високі рівні тривоги спостерігались у $29,63 \pm 6,21\%$ та $29,41 \pm 11,05\%$ респонденток відповідно, а помірна тривожність – у $68,52 \pm 6,32\%$ та $70,59 \pm 11,05\%$ ($p > 0,05$). Водночас рівень особистісної тривожності мав протилежні значення: жінкам I групи ($70,37 \pm 6,21\%$ осіб)

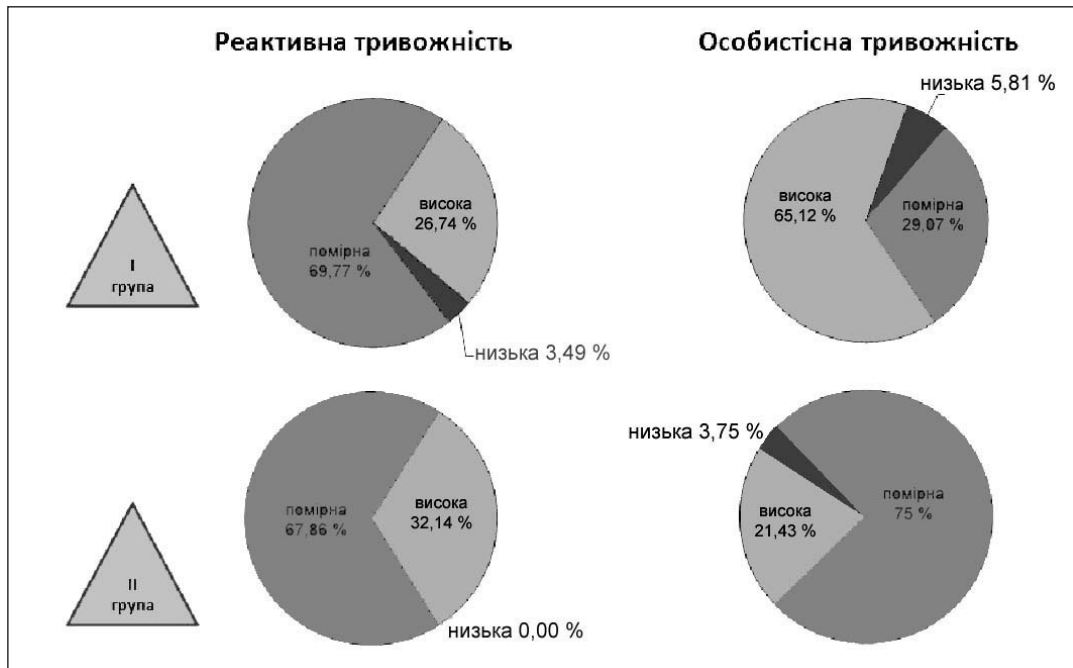


Рис. 1. Рівень реактивної та особистісної тривожності у хворих з патологією шкіри (I гр.) та практично здорових (II гр.) за методикою Спілбергера-Ханіна

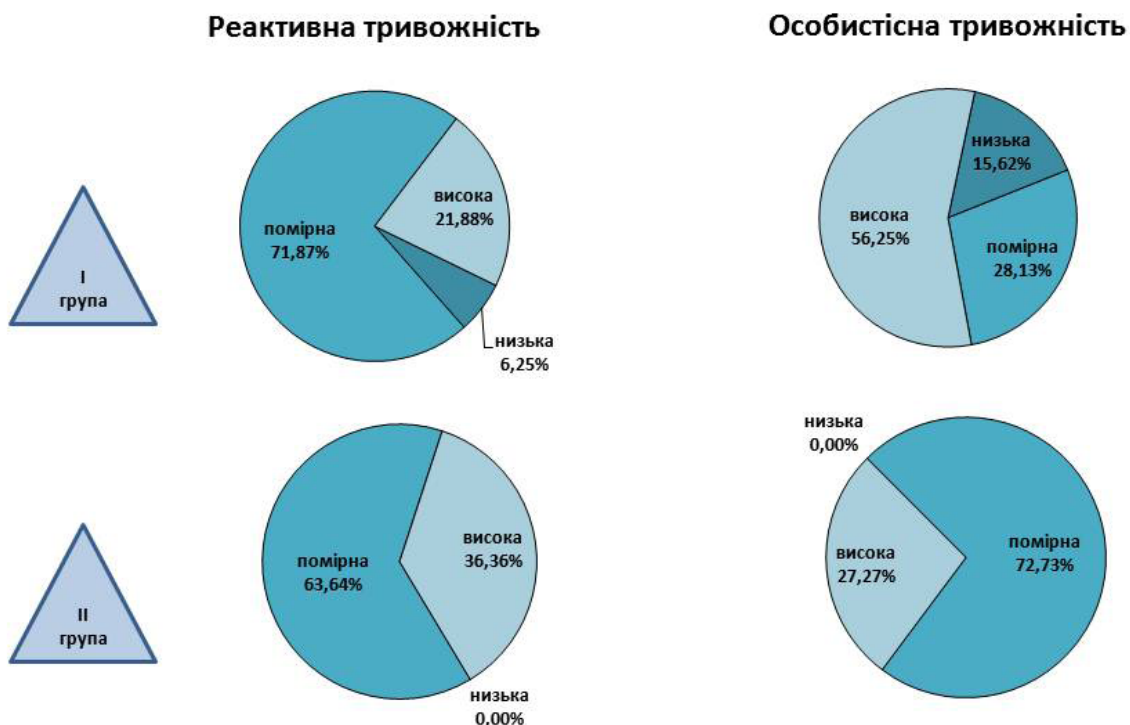


Рис. 2. Рівень реактивної та особистісної тривожності у чоловіків із патологією шкіри (I гр.) та практично здорових (II гр.) за методикою Спілбергера-Ханіна

був притаманний високий рівень тривожності, а у жінок II групи високий рівень тривожності спостерігався у чотири рази рідше ($17,65 \pm 9,25\%$, $p < 0,01$). Помірний рівень особистісної тривожності відмічений відповідно у $29,63 \pm 6,21\%$ та $76,47 \pm 10,29\%$ жінок.

Особистісна тривожність характеризує конституційні особливості людини, що зумовлюють схильність сприймати загрози у широкому діапазоні ситуацій. У жінок із патологією шкіри під час

прибуття на лікування в санаторій висока особистісна тривожність спостерігалась у 1,25 рази частіше, ніж у чоловіків. При високій особистісній тривожності висока реактивна тривожність у жінок проявилась у $34,21\%$, серед чоловіків таке спостерігалось у $27,78\%$. Водночас висока реактивна тривожність спостерігалась лише у 5 ($21,74\%$) осіб, які не проявляли при поступленні високу особистісну тривогу. З них таке спостерігалось у 2 ($28,57\%$) чоловіків та 3 ($18,75\%$) жінок. Це вказує

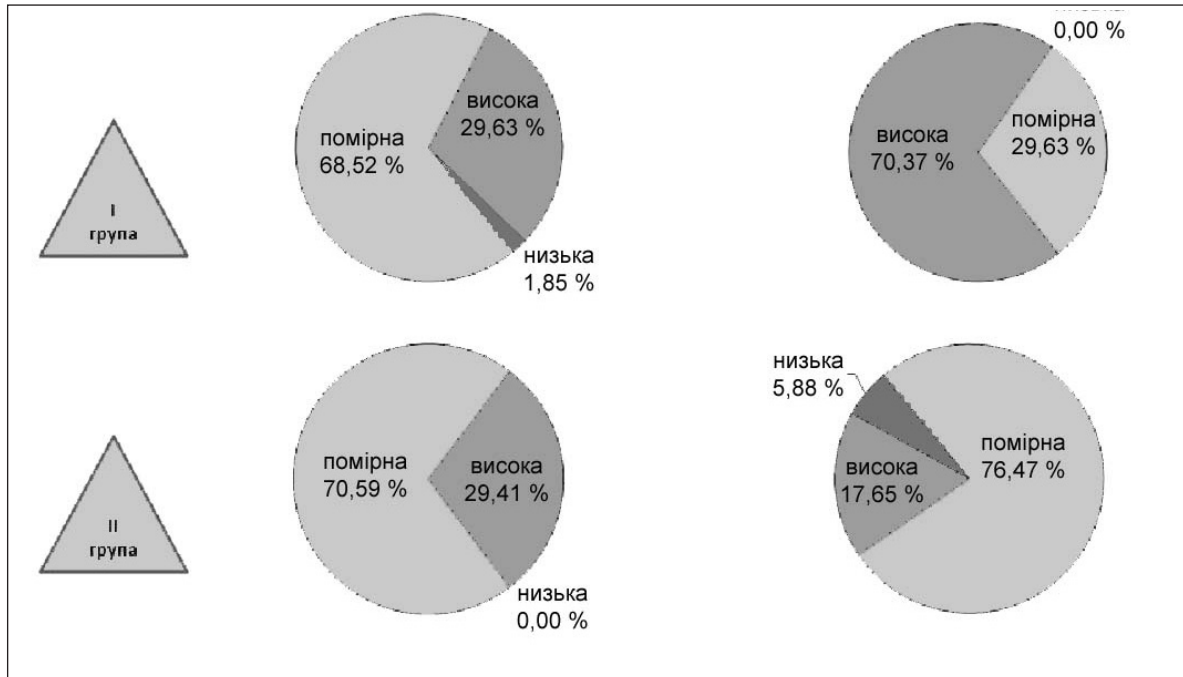


Рис. 3. Рівень реактивної та особистісної тривожності у жінок з патологією шкіри (I гр.) та практично здорових (II гр.) за методикою Спілберґера–Ханіна

на те, що саме прибуття в санаторій для продовження лікування не мало виразного стресового впливу на осіб з патологією шкіри і не викликало у них додаткової тривоги. Високий показник реактивної тривожності непрямо свідчить про виразну психоемоційну напругу пацієнта і є показником для вирішення питання про необхідність психотерапевтичної корекції.

При порівнянні параметрів особистісної та реактивної тривожності необхідно констатувати переважання у хворих із патологією шкіри при поступленні на лікування в санаторій високої особистісної та помірної реактивної тривожності (рис. 4).

Середні показники результатів опитування здорових (II-а група) і хворих (I-а група та за підгрупами А, В, С) наведені у таблиці.

Середні дані результатів дослідження показали, що рівні реактивної тривожності осіб із патологією шкіри та здорових не мали достовірної різниці ($p > 0,05$). Проте значно підвищений її рівень спостерігався у хворих підгрупи А, що включала пацієнтів із тривалістю захворювання до 1 року: $48,64 \pm 1,25$ бала проти $43,07 \pm 0,95$ у групі практично здорових ($p < 0,01$). Порівняно з хворими підгруп В та С із тривалістю захворювання 1–3 роки та понад 3 роки рівень реактивної тривожності в групі А

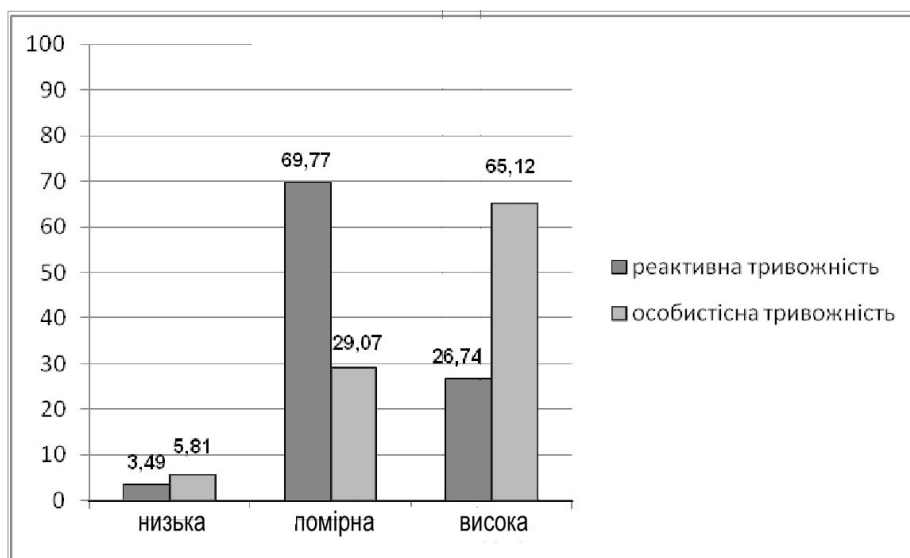


Рис. 4. Порівняльні результати за параметрами особистісної та реактивної тривожності за методикою Спілберґера–Ханіна у хворих із патологією шкіри при поступленні на лікування в санаторій (%)

Таблиця. Рівень реактивної та особистісної тривожності у практично здорових осіб та хворих із патологією шкіри та підшкірної клітковини (за даними запитальника Спілберґера–Ханіна), балів, M±m

Група досліджуваних	Рівень тривожності	
	Реактивна	Особистісна
Хворі (I група)	41,44±0,76	46,98±0,79
Хворі (підгрупа А)	48,64±1,25	50,43±0,96
Хворі (підгрупа В)	41,43±1,09	48,83±1,34
Хворі (підгрупа С)	39,05±1,04	44,50±1,17
Практично здорові (II група)	43,07±0,95	40,96±1,33

також був достовірно вищим ($p < 0,01$). Тенденцію до зменшення рівня реактивної тривожності за тривалістю захворювання можна обґрунтувати адаптацією хворих до свого стану здоров'я, а також наявністю повторних курсів санаторно-курортного лікування. Це, в свою чергу, є важливим аргументом позитивного впливу такого етапу лікування на психоемоційний стан хворих.

Аналіз середніх даних результатів дослідження показав також, що рівень особистісної тривожності осіб із патологією шкіри значно підвищений ($p < 0,01$) у хворих першої групи і має тенденцію до зменшення з часом від початку захворювання пацієнта ($p < 0,05$), що також може бути пояснено зменшенням проявів захворювання. Найвищого значення рівень особистісної тривожності в середньому досягав у підгрупі А хворих з тривалістю захворювання до 1 року (50,43±0,96 бала). Також високий показник особистісної тривожності реєструвався у підгрупі В хворих із тривалістю захворювання 1–3 роки (48,83±1,34), з тією різницею, що рівень тривожності був всього на 3,17% ($p > 0,05$) нижчий, ніж у хворих підгрупи А, на 8,87% ($p < 0,01$) вищий, ніж у хворих підгрупи С, та на 16,12% ($p < 0,01$) вищий, ніж у здорових.

Найвищі середні рівні і реактивної, і особистісної тривожності спостерігалися у хворих підгрупи А з тривалістю лікування з приводу дерматологічної патології до одного року – 48,64±1,25 та 50,43±0,96 бала відповідно. Це пояснюється тим, що особистісна тривожність є фактором, що полегшує виникнення реакції тривоги, а ці два показники тісно взаємопов'язані та корелюють між собою. При високому показнику особистісної тривожності є підстава припускати у хворого появу тривожності у різноманітних ситуаціях, особливо коли вони стосуються оцінки його зовнішнього вигляду, тілесного стану, компетенції та престижу. Це зазвичай вимагає підвищеної уваги з боку психотерапевта.

Висновки

Проведення оцінки особистісної та реактивної тривожності у хворих із патологією шкіри за допомогою запитальника самооцінки Спілберґера–Ханіна дозволяє встановити ступінь виразності вегетативних і психологічних порушень, що позитивно корелює з тривалістю перебігу дерматозів і рекомендується нами до включення в протокол санаторно-курортного та реабілітаційного лікування хворих із патологією шкіри та підшкірної клітковини.

Проведені дослідження дозволяють припустити, що частка такої властивості особистості, як тривожність, у структурі особистості здорової людини і хворого з дерматологічною патологією має різну величину. При більш тривалому періоді захворювання реактивна тривожність значно зменшується, а особистісна тривожність практично залишається одним з безпосередніх факторів хронізації патологічних порушень, через те, що формує жорсткий психоемоційний стереотип особи хворого (у нашому випадку з патологією шкіри), що не притаманне здоровим людям.

Перспективи подальших досліджень полягають у подальшому дослідженні ефективності санаторно-курортного етапу лікування на психоемоційний стан хворих із патологією шкіри та підшкірної клітковини для визначення та побудови лікувальних алгоритмів.

Список літератури

1. Гиндикин В. Я. Соматогенные и соматоформные психические расстройства: Справочник / В. Я. Гиндикин. – Москва : Триада-Х, 2000. – 256 с.
2. Индукаева Е. В. Медико-социальные и организационные аспекты профилактики артериальной гипертензии у работников угольных разрезов: автореф. дис. ... канд. мед. наук : специальность 14.02.03 / Е. В. Индукаева. – Кемерово, 2013. – 23 с.
3. Комар В. С. Патологія шкіри та підшкірної клітковини: динаміка захворюваності, поширеності і смертності в Україні / В. С. Комар, О. В. Любінець // Практична медицина. – 2012. – № 3. – С. 131–137.
4. Косинская С. В. Объективизация тревожно-депрессивных расстройств и обоснование назначения их коррекции у больных гастроэнтерологического профиля / С. В. Косинская // Гастроэнтерология. – 2013. – № 4 (50). – С. 13–17.
5. Матяш М. М. Український синдром: особливості посттравматичного стресового розладу в учасників антитерористичної операції / М. М. Матяш, Л. І. Худенко // Український мед. часопис. – 2014. – № 6 (104). – С. 124–127.
6. Методика діагностики самооценки тривожності Ч. Д. Спілберґера, Ю. Л. Ханіна [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://brunner.kgu.edu.ua/index.php/psy-metodiks/20/157-spielberg-hanin>. – Названіе с екрана.
7. Перспективы изучения патогенеза воспаления и зуда при атопическом дерматите и псориазе / А. Н. Львов, О. Р. Катунина, Л. Ф. Знаменская [и др.] // Вестник дерматол. и венерол. – 2012. – № 3. – С. 22–29.
8. Псориаз и псориатический артрит / В. А. Молочков [и др.]. – Москва, 2007. – 300 с.
9. Сарвир И. Н. Сравнительные данные экспериментально-психологического исследования личности больных гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца с анксиозными состояниями / И. Н. Сарвир // Медицинские исследования. – 2001. – Т. 1, вып. 1. – С. 41–43.

10. Скрипник І. М. Місце психосоматичних порушень організму в патогенезі пептичної виразки [Електронний ресурс] / І. М. Скрипник, О. Ф. Гопко. – Режим доступу : <http://www.mif-ua.com/archive/article/20538>. – Назва з екрану.
11. Шаповалов Р. Г. Наличие тревожно-депрессивного синдрома у больных псориазом как результат хронического рецидивирующего системного заболевания [Електронний ресурс] / Р. Г. Шаповалов, Л. В. Силина, Н. Г. Филиппенко // *Дерматология*. – Режим доступу : <http://www.dermatology.ru/collections/nalichie-trevozhno-depressivnogo-sindroma-u-bolnykh-psoriazom-kak-rezultat-khronicheskogo>. – Назва з екрану.
12. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2014 рік / за ред. Квіташвілі О.; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2015. – 460 с.
13. Eaker Elaine. House Husbands at Greater Risk of Heart Attack than Workers. Study for the American Heart Association, 2002 [Electronic resource]. – URL : <http://www.telegraph.co.uk/news/worldnews/northamerica/usa/1392187/House-husbands-at-greater-risk-of-heart-attack-than-workers.html>. – Title from screen.
14. Garcia Vera M. P. Psychological changes accompanying and mediating stress-management training for essential hypertension / M. P. Garcia-Vera, J. Sanz, F. J. Labrador // *Appl. Psychophysiol. Biofeedback*. – 1998. – Vol. 23, № 3. – P. 159–178.
15. Jonas B. S. Negative affect as a prospective risk factor for hypertension / B. S. Jonas, J. F. Lando // *Psychosom. Med.* – 2000. – Vol. 62, № 2. – P. 188–196.

УРОВЕНЬ ТРЕВОЖНОСТИ У БОЛЬНЫХ КАК СЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕННОГО СОСТОЯНИЯ ПО ПОВОДУ ПАТОЛОГИИ КОЖИ И ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ

В.С. Комар

Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого, Украина
ГУ «Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины», г. Киев, Украина

Цель: изучить особенности психоэмоционального состояния больных с патологией кожи и подкожной клетчатки на время их поступления в санаторий для продолжения лечения.

Материал и методы. Использованы следующие методы: опрос, анкетирование, количественный и качественный анализ результатов. Исходя из цели исследования избрано методика определения уровня реактивной и личностной тревожности с помощью опросника Ч. Д. Спилбергера в обработке Ю. Л. Ханина. Материалом исследования послужили анкеты больных с заболеваниями кожи, которые находились на лечении в ДП «Санаторий «Немиров» ЧАО «Укрпрофздоровниця» в 2014–2015 годах.

Результаты. При сравнении параметров тревожности у больных с патологией кожи при поступлении на лечение в санаторий наблюдается преобладание высокой личностной и умеренной реактивной тревожности. Достоверно более высокий уровень реактивной и личностной тревожности констатирован у больных с длительностью заболевания до года.

Выводы. В лечении больных с кожной патологией в санаторно-курортных условиях необходимо учитывать фактор эмоциональных расстройств и включать в алгоритм лечения коррекцию психологического статуса пациента.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **кожа и подкожная клетчатка, тревожность, санаторий.**

THE LEVEL OF PATIENTS' ANXIETY AS A RESULT OF SICKLY CONDITION CAUSED BY SKIN AND SUBCUTANEOUS TISSUE DISORDERS

V.S. Komar

Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Ukraine
Public establishmet "Ukrainian Institute of Strategic Researches MHC of Ukraine", Kyiv

Purpose. To explore the features of emotional condition of the patients who suffer from skin and subcutaneous tissue disorders during their admission to the sanatorium for further treatment.

Materials and methods. The following methods were used: surveys, questionnaires, qualitative analysis and quantitative results. The method of determining the level of reactive and personal anxiety was chosen based on the research purpose. Research materials are the results of a survey, completed by patients who suffer from skin diseases and were treated at the state enterprise "Sanatorium "Nemiroff" PJSC "Ukrprofozdorovnytsia" in 2014–2015.

Results. When comparing the level of anxiety of patients who suffer from skin diseases and are on admission to the sanatorium for further treatment there is a high prevalence of moderate personal and reactive anxiety. Significantly higher levels of reactive and personal anxiety stated in patients with disease duration of 1 year.

Conclusion. During the treatment of patients who suffer from skin disorders in sanatorium conditions it is important to take the emotional disorders into account and to include a correction of psychological condition of the patient into the treatment algorithm.

KEY WORDS: **skin, subcutaneous tissue, anxiety, sanatorium.**

Рукопис надійшов до редакції 21.01.2016 р.

Відомості про автора

Комар Володимир Степанович – пошукувач ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»;
тел.: +38 (044) 576-41-16.