

УДК 159.23:616.89+616-006.6]-036-07-08-084

*Т.П. Яворська***ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ СТОМОВАНИХ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ У ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ**

Харківська обласна клінічна лікарня, Харківська медична академія післядипломної освіти

Ключові слова: онкологічні пацієнти, стомовані хворі, якість життя, післяопераційний період

Лікування будь-якого онкологічного захворювання є тривалим та складним процесом, що сам по собі має ряд негативних наслідків для фізичного та психічного здоров'я, соціального функціонування [3, 7]. Пов'язаними з протипухлинною терапією проявами є поточні та віддалені ускладнення повторних курсів хіміотерапії (нейротоксичний вплив) і променевої терапії, хірургічного втручання (косметичні дефекти, обмеження функціональної спроможності систем органів, інвалідизація).

Так, зменшення фізичного ресурсу організму є невід'ємною ознакою будь-якого хронічного захворювання, в тому числі і онкологічного [2, 5 – 7]. Однак, варто зазначити, що онкопатологія суттєво обмежує не тільки фізичні резерви, але і прогноз життя, в наслідок продовження хвороби та/або виникнення рецидиву. Вплив на психічне здоров'я включає викликані хворобою психогенні і соматогенні реакції, клінічно виражені психічні порушення (розлад адаптації, депресія, тривожні розлади та ін.), порушення міжособистісних та сімейних відносин, тобто, увесь спектр переживань та впливів обумовлених онкологічним захворюванням. Наслідки лікування у різному ступені впливають і на соціальне функціонування, від тимчасового відсторонення від роботи (у зв'язку з терапією) до часткової чи повної втрати працездатності, обмеження контактів з оточуючими, зміни фінансового положення. Таким чином, онкологічне захворювання впливає на різні сфери життя людини, що відображається на якості її життя.

По своїй суті поняття якості життя виступає як інтегральний параметр благополуччя людини, що описується як об'єктивними так і суб'єктивними показниками на різних рівнях функціонування індивіда. Згідно з рекомендаціями ВООЗ, якість життя визначається як індивідуальне співвідношення положення індивідуума в житті суспільства з урахуванням культуральних особливостей і цінностей із цілями даного інди-

видуума, його планами, можливостями та ступенем дискомфорту.

Дослідження якості життя онкологічних хворих є актуальним у зв'язку зі ступенем впливу хвороби на фізичне, психічне та соціальне благополуччя людини та збільшенням тривалості життя онкологічних пацієнтів, тобто формування особливої групи хворих «виживших» («survivors»). У випадку виявлення онкологічного захворювання на ранній стадії для таких нозологій як рак молочної залози, рак простати, колоректальний рак, за останні роки зросла 5-річна виживаємість та збільшився термін вільних від хвороби років життя («disease-free survival») [2]. На сучасному етапі розвитку психонкології багато уваги приділяється вивченню питань тривалості життя після хвороби у поєднанні з якістю життя, «вільних від хвороби інтервалів» та «quality-adjusted life years» («роки життя з високим рівнем адаптації та якості життя»). Відповідно, дані пацієнти потребують як медичної реабілітації орієнтованої на відновлення фізичної функції (у рамках можливого), так і психореабілітації, психологічного консультування чи психологічного супроводу для поновлення психоемоційної рівноваги, повернення до активного соціального життя.

Варто зазначити, що сучасними дослідженнями наголошується на позитивному ефекті заходів психологічної допомоги, психоосвітніх програм для хворих та членів їх сім'ї саме на початкових етапах лікувального процесу – протягом діагностики, психологічної підготовки до оперативного втручання, початку хіміотерапії, післяопераційному періоді [1, 2, 5, 7]. Так, розмова та пояснення хворому на колоректальний рак в доступних поняттях на передопераційному періоді завдань оперативного втручання, необхідність формування стоми, та у післяопераційному – навчання навикам догляду за стомою у поєднанні з психологічним консультуванням/супроводом, дозволяє зменшити прояви психіч-

ного дистресу та підвищити якість життя хворого.

У дослідженнях якості життя онкологічних хворих з різними нозологіями виявлено відмінності, що пояснюються як характером самого захворювання (спричиненим хворобою соматичним дистресом) так і його лікуванням (вид операції, застосовані лікарські препарати) [4, 8, 9].

Лікування колоректального раку з формуванням стоми стає стресовою подією для хворого та супроводжується високим рівнем фізичного дискомфорту, інтенсивними психоемоційними переживаннями, несприятливим впливом на соціальне життя [1, 2, 5, 7, 10]. У порівняльному дослідженні якості життя онкологічних пацієнтів зі стомою та без неї виявлено, що особи з обох груп переживали психологічний, соціальний дистрес, були наявними проблеми у подружніх стосунках та сексуальних відносинах, однак, у стомованих хворих було виявлено більш виражені труднощі у психоемоційній сфері, обмеження соціального функціонування та сексуальної дисфункції [8].

Отже, враховуючи наслідки формування стоми у пацієнтів з колоректальним раком – фізичні, психологічні, психосоціальні, що впливають на якість життя хворого, актуальним та важливим завданням сучасної клінічної практики в психонкології та онкохірургії є формування програм психореабілітації та медико-психологічної допомоги для стомованих пацієнтів.

Метою дослідження було дослідити якість життя пацієнтів зі стомою на етапі стаціонарної допомоги у післяопераційному періоді.

Для досягнення поставленої мети на основі інформованої згоди на базі Харківської обласної клінічної лікарні протягом 2010 – 2011 років проведено анкетування та психодіагностичне обстеження 120 стомованих пацієнтів, з них 62 чоловіків – група 1 та 58 жінок – група 2, у післяопераційному періоді.

Для оцінки якості життя стомованих хворих було застосовано опитувальник Short Form «SF-36» [11], який використовується для групових порівнянь, з огляду на загальні концепції здоров'я або благополуччя, тобто ті параметри, які не є специфічними для різних вікових або нозологічних груп, а також груп, що отримують певне лікування. Він дозволяє оцінити суб'єктивну задоволеність хворого своїм фізичним і психічним станом, соціальним функціонуванням, а також відображає самооцінку ступеня вираженості больового синдрому. Пацієнтам було запропоновано заповнити опитувальник «SF-36» у перші

4 – 5 днів після оперативного втручання (табл. 1). При обробці отриманих даних відповіді були згруповані у 8 шкал:

- фізичне функціонування (PF) – відображає ступінь, при якому фізичний стан обмежує обсяг виконання фізичних навантажень (самообслуговування, ходьба, перенесення ваги ін.);
- фізичне обмеження рольових функцій (RP) – вплив фізичного стану на виконання повсякденної діяльності, включаючи домашню роботу та професійну діяльність;
- фізичний біль (BP) – інтенсивність болю та її вплив на здатність займатися повсякденною діяльністю, включаючи роботу по дому і поза домом;
- загальне здоров'я (GH) – оцінка хворим свого стану здоров'я в даний момент і перспектив лікування;
- життєва сила (VT) – характеризує сприйняття хворим повноти власних сил та життєвої енергії чи, навпаки, відчуття знесилення;
- соціальне функціонування (SF) – визначається ступенем, при якому фізичний або емоційний стан обмежує соціальну активність (спілкування);
- рольове функціонування, обумовлене емоційним станом (RE) – ступінь, в якій емоційний стан заважає виконанню роботи або іншій повсякденній діяльності (включаючи великі затрати часу, зменшення обсягу роботи, зниження її якості тощо);
- психічне здоров'я (MH) – характеризує настрій (наявність депресії, тривоги, а також загальний показник позитивних емоцій).

Так, шкали PF, RP, BP, GH відображали вплив захворювання на фізичний компонент здоров'я (PH), тоді як шкали VT, SF, RE, MH – його психічний компонент (MHg).

Аналіз результатів дослідження якості життя за опитувальником «SF – 36» виявив суттєве зниження показників фізичного та психічного здоров'я за всіма шкалами як у чоловіків (група 1) так і у жінок (група 2) (табл. 1).

У більшому ступені соматичний дистрес відображався на виконанні звичної повсякденної діяльності – домашня робота, професійна сфера (RP у обстежених групи 1 – 28,7 балів та групи 2 – 27,1 бала). Погане фізичне самопочуття у поєднанні з потребою у протипухлинній терапії, а відповідно госпіталізації, створювали підґрунтя для зміни звичного ритму життя – графіку роботи, перерозподілу побутових обов'язків між членами родини, надання переваги діяльності пов'язаної з лікуванням. Відсторонен-

ня або нездатність виконувати раніше доступну діяльність були додатковими психотравматичними чинниками для хворих. У чоловіків це у більшій мірі стосувалося професійної сфери, тоді як у жінок значимими були впливи на виконання сімейної ролі. Після проведення хірургічного втручання в фізичному аспекті факторами впливу були стан «виходу» з наркозу, післяопе-

раційний біль, сенсорні відчуття пов'язані з наявністю стоми. Відповідно, наявність даних симптомів приводила до обмеження фізичного навантаження (PF у осіб групи 1 - 40,6 балів та групи 2 - 38,4 бала), особливо у ранньому післяопераційному періоді. Фізичні обмеження зростали відповідно до віку та при наявності супутньої патології.

Таблиця 1

Якість життя стомованих пацієнтів у післяопераційному періоді за SF-36

Шкали SF-36	Група 1, n=62	Група 2, n=58
	Бали, max=100	
Фізичне функціонування (PF)	40,6	38,4
Фізичне обмеження рольових функцій (RP)	28,7	27,1
Фізичний біль (BP)	34,5	33,9
Загальне здоров'я (GH)	29,6	27,6
Життєва сила (VT)	31,5	28,5
Соціальне функціонування (SF)	28,4	27,2
Емоційне обмеження рольових функцій (RE)	31,8	25,2
Психічне здоров'я (MH)	34,4	28,8
Фізичний компонент здоров'я (PH)	36,8	30,6
Психічний компонент здоров'я (MHg)	32,4	27,1

Таким чином, психологічний зміст впливу фізичного стану на якість життя був обумовлений факторами зменшення фізіологічних можливостей організму, скороченням обсягу виконаної діяльності і пов'язаних з цим винагород (фінансовий, соціальний статус, самореалізація),

Шкала фізичного болю BP відображала вплив больового синдрому на функціонування хворого, обмеження пов'язані з наявністю болю (34,5 бала у осіб з групи 1 та 33,9 бала – групи 2) – рухової активності, зміни настрою у вигляді гіпотимії, тривоги, «очікування болю». Так, біль сам по собі виступав як вкрай неприємне та обтяжливе сенсорне відчуття, що поєднувало власне фізичний (подразнення ноцицепторів – об'єктивна складова) і психоемоційний компоненти (індивідуальне сприйняття болю – суб'єктивна складова). Розрізнення даних складових у формуванні больового синдрому було важливим у сенсі планування та проведення заходів медико-психологічної допомоги, спрямованої на індивідуальне сприйняття болю.

Показники загального здоров'я (GH) виявили досить негативну самооцінку стану свого здо-

ров'я на даний момент часу (29,6 балів у обстежених групи 1 та 27,6 балів – групи 2), що логічно пов'язане з діагностуванням онкологічного захворювання, яке супроводжується високим рівнем соматичного дистресу, схильністю до прогресування, рецидивів, складністю діагностики і лікування, в тому числі оперативного втручання. Важливим аспектом на психологічному рівні виступав фактор відсутності гарантованого результату (видужання, тривалого безрецидивного перебігу чи прогресування) щодо проведеної протипухлинної терапії, «негативні» наслідки операції у вигляді формування стоми, що відображалося на оцінці пацієнтом перспектив лікування та подальшого життя.

Таким чином, за рахунок зниження показників за шкалами PF, RP, BP, GH в цілому спостерігалось зменшення фізичного компоненту здоров'я (PH у осіб групи 1 36,8 бала та групи 2 – 30,6 бала).

Також, було виявлено суттєве зниження психічного компоненту здоров'я (MHg) у обстежених обох груп (32,4 бала у осіб групи 1 та 27,1 бала – групи 2), що ґрунтувалося на погіршенні соціального функціонування (SF у групі 1 – 28,4

бала та групі 2 – 27,2 бала), життєвої сили (VT – 31,5 та 28,5 балів відповідно у хворих з групи 1 та 2), емоційного обмеження рольових функцій (RE 31,8 у групі 1 та 25,2 у групі 2), психічного здоров'я (MH у групі 1 та 2 відповідно 34,4 та 28,8 балів).

Зміни у психічному стані хворих були пов'язані з переживанням стресової та психотравмуючої ситуації, що відображалось на психоемоційному статусі та проявлялося різноманітними емоціями. У пацієнтів часто відзначалися такі емоції як здивування, відраза, презирство, почуття провини, тобто стеничні негативні емоції. Тоді як прояви радості були обмеженими та короткотривалими, що свідчило про зниження життєвої енергії та відчуття позитивного відношення до всього оточуючого, сприйняття світу та самого себе.

Емоції гніву були пов'язані з почуттям фізичної і психологічної несвободи, втрати контролю над подіями та власним життям, зламом життєвого плану, різкою зміною життєвого укладу. Гнів спрямовувався на оточуючих (звинувачення у невчасній діагностиці, помилках у лікуванні, конфліктах у родині) або самого себе (самозвинувачення). Відраза була орієнтована як назовні – лікарняна атмосфера та оточуючі (близькі, інші пацієнти), так і на самих себе – фізіологічні прояви, вимушеність ситуації.

Невизначеність ситуації (відсутність гарантій щодо видужання) та наявність великого об'єму нової інформації провокували появу тривоги та страху, що були відповіддю на відчуття загрози для внутрішньої та тілесної цілісності особистості. Страху стосувалися подальшого перебігу захворювання та стану здоров'я, впливу на життя, майбутнє. Переживання тривоги та страху супроводжується почуттям невпевненості, беззахисності, непідконтрольності ситуації.

Також у пацієнтів виникало таке почуття як сором. Сором характеризувався підвищенням самоусвідомлення та відображав усвідомлення власної нездатності та неадекватності. Поріг емоції сорому напряму пов'язаний з тим, наскільки людина чутлива по відношенню до себе і думки значимих для неї інших людей. Надмірна та прискіплива увага, спрямована на власне «Я», призводила до усвідомлення внутрішнього неспівпадіння та до болісного зниження самооцінки. Варто звернути увагу на той факт, що наслідком операції було формування стоми. Так як стома була неприродним вивідним отвором та не мала сфінктерів, що дозволяють довільно керувати актом випорожнення кишечку виникав ряд гігієнічних аспектів (дотримання чистоти шкірних покривів, неконтрольоване виділення кишкових газів), які могли впливати на ставлення оточуючих до хворого – бути прийнятим або відразливим для інших людей.

У актуальному психоемоційному стані було присутнім почуття провини, самозвинувачення (за невчасне звернення до лікаря, «неправильний» спосіб життя), відчуття себе тягарем для родини.

Обстежені відзначали загальну втрату життєвого тону, виснаженість, зниження прояву позитивних емоцій на відміну від зростання негативних, що відображалось на спілкуванні з оточуючими, виконанні повсякденної роботи, яка займала набагато більше часу та мала меншу продуктивність.

Таким чином, у обох групах (і чоловіків і жінок) було визначено суттєве погіршення якості життя (рис. 1 та 2), що було обумовлено наявністю соматичного дистресу, спричиненого онкологічним захворюванням, перенесеним оперативним втручанням (післяопераційний стрес) та формуванням стоми.

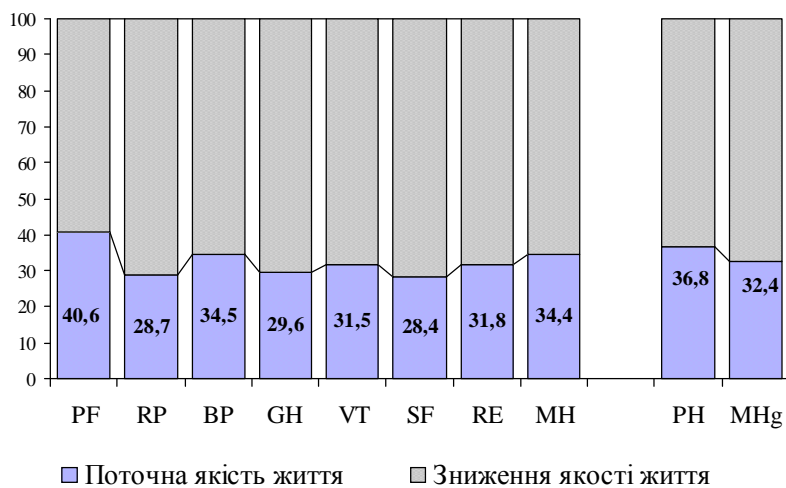


Рис. 1. Зниження показників якості життя у групі 1 стомованих онкохворих у післяопераційному періоді

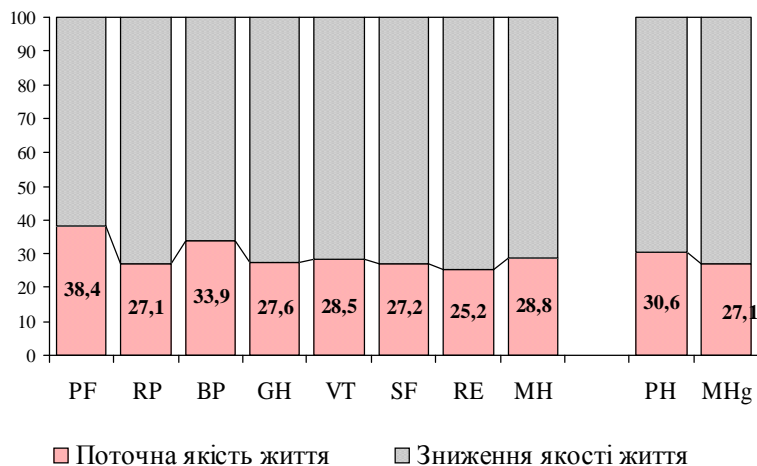


Рис. 2. Зниження показників якості життя у групі 2 стомованих онкохворих у післяопераційному періоді

Вираженість та характер переживань пацієнтів у післяопераційному періоді у значному ступені залежали від особистісного реагування на наявність стоми і потребою догляду за нею.

Для виявлення особливостей психоемоційного стану, пов'язаного власне зі стомою, обстеженим було запропоновано відповісти на запитання анкети. Запитання анкети були розділені на

діагностичні блоки, які дозволяли оцінювати вплив наявності стоми на загальний емоційний стан, переживань безпосередньо відносно стоми, засобів догляду за нею (калоприймачів), впливу на міжособистісні відносини. Інтенсивність переживань можна було ранжувати, а саме, 1 – ніколи, 2 – рідко, 3 – часто, 4 – завжди. У табл. 2 наведено результати вибором відповіді 3 та 4.

Таблиця 2

Результати анкетування стомованих хворих у групах 1 та 2

Параметри	Група 1, n=62	Група 2, n=58
	%	
Переживання наявності неприємного запаху, звуків	100	100
Страх переповнення або відклеювання калоприймача	77,4	87,9
Переживання бути тягарем для близьких та родини	82,3	87,9
Незручності догляду за стомою (зміни) на роботі, під час подорожей, перебування в гостях	77,4	82,6
Занепокоєння з приводу того, що калоприймач буде видно під одягом	35,5	58,6
Труднощі у спілкуванні з іншими людьми	38,7	65,5
Відчуття себе сексуально непривабливим для партнера	46,7	48,3
Уникнення фізичних контактів	24,2	43,1

На емоційному рівні у стомованих хворих були присутні переживання пов'язані з наявністю стоми, а саме, неприємний запах, страх переповнення калоприймача та його протікання, гігієнічні аспекти, а також, з її впливом на сфе-

ру міжособистісних відносин – страх бути неприємним (відразливим) іншим людям, інтимні стосунки. Фізичний дискомфорт був пов'язаний з порушеннями звичного пасажу по кишечнику, подразненням шкіри навколо стоми, потребою

в дотриманні дієти та постійного догляду за сто-мою. У зв'язку зі страхами неприємного запаху, протікання калоприймача, відсутності пристосо-ваних приміщень для його зміни поза домом, за-гальним прогресуванням хвороби і тяжкістю ста-ну, виникали обмеження у включеності до сусп-ільного життя (робота, спілкування). Тобто, у пацієнтів поряд зі зростанням загального психо-емоційного напруження виникали суто спе-цифічні переживання, пов'язані з наявністю сто-ми, що відображалось на якості життя хворих.

Так, відносно стоми та необхідності викори-стовувати калоприймачі, хворих найбільше не-покоїли питання догляду за стомою (страх пе-реповнення або відклеювання калоприймача, неприємний запах, звуки, видимість під одягом), доступність умов зміни калоприймача (наявність туалету, незручність заміни у гостях чи під час подорожі). В наслідок подібних переживань па-цієнти відмічали виникнення труднощів у вста-новленні контактів з іншими людьми, спілку-ванні з оточуючими, відчували себе сексуально

непривабливими для партнера, сторонилися фізичних контактів (обійми), вважали себе тя-гарем для родини (табл. 2).

В цілому якість життя стомованих хворих – фізичний та психічний компоненти здоров'я, – на післяопераційному етапі були низькими. На-слідком формування стоми була поява специфі-чних переживань, що при високій їх інтенсив-ності мали дезадаптивний характер. Саме тому ідентифікація основних психологічних проблем, особливостей психоемоційного стану хворого, виокремлення факторів, що чинять вплив на якість життя стомованих пацієнтів, відобража-ються на психосоціальному функціонуванні стає підґрунтям для визначення основних мішеней медико-психологічного впливу і відповідно доз-воляє ефективно та прицільно надавати психо-логічну допомогу хворому, що має реалізується у вигляді «Школи стомованого хворого», індив-ідуальній психокорекції, групах психологічної підтримки, психологічного консультування ро-дини пацієнта.

Т. П. Яворская

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СТОМИРОВАННЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Харьковская областная клиническая больница, Харьковская медицинская академия
последипломного образования

На базе Харьковской областной клинической больницы было проведено исследование качества жизни пациентов со стомой в послеоперационном периоде. Качество жизни стомированных больных - физический и психический компоненты здоровья, - на послеоперационном этапе определены как низкие. Следствием формирования стомы было появление специфических переживаний, что при высокой их интенсивности имели дезадаптивный характер. Идентификация факторов, оказавших влияние на качество жизни стомированных пациентов, отражающихся на психосоциальном функционировании была основой для определения основных мишеней медико-психологического воздействия и соответственно организации психологической помощи больному и психологического консультирования семьи пациента. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2012. — № 2 (29). — С. 96-102).

T.P. Yavorskaya

QUALITY OF LIFE CANCER PATIENTS WITH A STOMA IN POSTOPERATIVE PERIOD

Kharkiv Regional Clinical Hospital, Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

On the basis of the Kharkov Regional Clinical Hospital was conducted research above quality of life of patients with a stoma in the postoperative period. Quality of life patients with a stoma - physical and mental components of health - at the postoperative stage, defined as low. As a result of stoma formation was appearance of specific experiences that at high intensity it had maladaptive character. Identification of factors that do influence on the quality of life patients with a stoma was the basis for identifying key targets psychological impact and therefore the organization of psychological help to the patient and their family. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 2 (29). — P. 96-102).

Література

1. Black P. K. Psychological, sexual and cultural issues for patients with a stoma / P. K. Black // Br. J. Nurs. — 2004. - Vol. 13(12). P. 692 – 697.
2. Brown H. Living with a stoma: a review of the literature / H. Brown, J. Randle // J Clin Nurs. — 2005. — Vol. 14(1). — P. 74 – 81.
3. Cancer Statistics / A. Jemal, T. Murray, E. Ward [et al.] // CA Cancer J. Clin. — 2005. — Vol. 55. — P. 10 – 30.
4. Health-related quality of life among long-term rectal cancer survivors with an ostomy: Manifestations by sex / R. S. Krouse, L. J. Herrinton, M. Grant [et al.] // J Clin Oncol. — 2009. — Vol. 27. — P. 4664 – 4670.
5. Hurny C. Psychosocial sequelae of ostomies in cancer patients

- / C. Hurny, J. Holland // CA: A Cancer Journal for Clinicians. — 1985. — Vol. 35. — Issue 3. — P. 170 – 183.
6. Nichols T. R. The impact of stabilizing forces on postsurgical recovery in ostomy patients / T. R. Nichols, M. Riemer // J. Wound Ostomy Continence Nurs. — 2008. — Vol. 35(3). — P. 316 – 320.
7. Psycho-Oncology / Ed. Holland J. C., Breitbart W.S., Jacobsen P. B. [et oth]. — Oxford University press, 2010. — P. 712.
8. Quality of life in colorectal cancer Stoma vs. nonstoma patients / M. A. G. Sprangers, B. G. Taal, N. K. Aaronson [et al.] // Diseases of the Colon & Rectum. — Vol. 38. — № 4. — P. 361 – 369.
9. Quality of life outcomes in 599 cancer and non-cancer patients with colostomies / R. Krouse, M. Grant, B. Ferrell [et al.] // J. Surg.

Res. – 2007. – Vol. 138(1). – P. 79 – 87.

10. Stoma surgery for colorectal cancer: a population-based study of patient concerns / B. M. Lynch, A. L. Hawkes, S. K. Steginga [et al.] // J. Wound Ostomy Continence Nurs. – 2008. – Vol. 35(4). – PP.

424 – 428.

11. Ware J. Overview of the SF-36 Health Survey and the International anality of Life Assessment (IQOLA) / J. Ware, B. Gandek // Projekt J. Clin. Epidemiology. – 1998. – Vol. 11. – P. 903 – 912.

Поступила в редакцию 19.05.2012