

14. Perfect, M. M. Cognitive-behavioral therapy and hypnotic relaxation to treat sleep problems in an adolescent with diabetes [Text] / M. M. Perfect, G. R. Elkins // Journal of Clinical Psychology. – 2010. – Vol. 66, Issue 11. – P. 1205–1215. doi: 10.1002/jclp.20732

15. Gentili, P. Personality variables and compliance with insulin therapy in Type 2 diabetic subjects [Text] / P. Gentili, A. Maldonato, D. Bloise, F. Burla, G. Coronel, T. Di Paolantonio // Diabetes, nutrition & metabolism. – 2000. – Vol. 13, Issue 1. – P. 1–6.

*Рекомендовано до публікації д-р мед. наук, професор Чугунов В. В.
Дата надходження рукопису 13.01.2017*

Ткаченко Ольга Віталіївна, кандидат медичних наук, асистент, кафедра терапії, клінічної фармакології та ендокринології, ДЗ “Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України”, бул. Вінтера, 20, м. Запоріжжя, Україна, 69096

УДК 616.8-009:616.89-052

DOI: 10.15587/2519-4798.2017.91010

РОЛЬ САМОВІДНОШЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ ЛІКАРЯ-КОСМЕТОЛОГА

© М. А. Юдін

Самовідношення жінок із зниженою самооцінкою, які зверталися до лікаря-косметолога, було дисгармонічним та характеризувалося високим рівнем неприйняття себе, зниженою самоповагою і саморозумінням, відчуженням суб'єктивно негативних рис, перебільшенням недоліків, гострою самокритикою. У жінок із завищеною самооцінкою порушення гармонійності самовідношення проявлялося високим рівнем самоприйняття, перебільшенням позитивних якостей та некритичністю до негативних, зниженою само-рефлексією

Ключові слова: самооцінка, самовідношення, пацієнти в косметології, зовнішність, медико-психологічна допомога, психодерматологія, косметологічна медицина

1. Вступ

Ставлення до себе та самооцінка – це важливі складові у структурі особистості, які визначають поведінку індивіда. Самовідношення виконує важливі психологічні функції, а саме, відображення себе, самовираження, самореалізацію, збереження внутрішньої стабільності та континуальності Я, саморегуляцію, самоконтроль, психологічного захисту, внутрішньої комунікації.

Самовідношення має прояви у трьох вимірах – біологічному, психологічному та соціальному. На біологічному рівні відношення до себе виявляється у ставленні до власної зовнішності, анатомічних особливостей, функціонально-фізіологічних можливостей, на психологічному – до сенсомоторних, інтелектуальних, емоційних, вольових властивостей, результатів діяльності, відчутті самоідентичності, на соціальному – до соціального статусу, очікувань та відношення оточення [1]. Тобто самовідношення має важливе значення для оцінки власної зовнішності, відчуття фізичного, психологічного та психосоціального благополуччя.

2. Обґрунтування дослідження

Спеціалісти-косметологи у своїй практиці зіштовхуються з ситуаціями, коли клієнту не подобається отриманий результат. І часто в основі подібних скарг криються психологічні причини [2–4]. Одним

зі специфічних психічних станів у пацієнтів косметологів, який пов'язаний з хронічною незадоволеністю власною зовнішністю є дисморфічний синдром [5]. Близько 6–17,4 % пацієнтів пластичних хірургів та 12 % хворих лікарів-дерматологів мають дисморфічний розлад [6–8]. На психологічному рівні відчуття «некраси» пов'язане з порушеннями образу тіла. Образ тіла виступає як інтегроване психологічне утворення, що складається з уявлень і відчуттів про тіло та тілесність і має соціальну детермінацію, тобто формується під впливом культурних стереотипів та стандартів, які диктують певні соціальні норми, навіть не зважаючи на загрозу саморуїнування [9]. Порушення, викликані зміною зовнішності мають негативні особистісні та психосоціальні наслідки, які втілюються у відчутті неповноцінності, зниженій самооцінці, труднощах міжособистісної взаємодії, неадекватній самопрезентації, відчутті непривабливості, соціальних страхах, уникненні контактів з іншими людьми [10, 11].

Виявлення взаємозв'язків зовнішності та самовідношення у пацієнтів косметологічного профілю може надати важливу інформацію щодо їх психологічного стану та способів його корекції.

3. Мета дослідження

Виявити особливості самовідношення у пацієнтів косметологічного профілю.

4. Контингент та методи дослідження

Дослідження проводилося на базі медичного центру «СА-КЛІНІК» (м. Київ) протягом 2014–2016 років. У тестуванні прийняло участь 286 жінок, які звернулися за косметологічною допомогою. Опитуваних було поділено на групи в залежності від рівня самооцінки: групу 1 склали особи з заниженою (Г1, n=108), групу 2 – завищеною (Г2, n=82) та групу порівняння – жінки з нормальною самооцінкою (ГП, n=96).

Психодіагностичний інструментарій – опитувальник самовідношення В. В. Століна та С. Р. Панталеєва. Статистична обробка проводилася у MS Excel v.8.0.3., застосовано параметричний t-критерій Стьюдента для виявлення різниці досліджуваних показників у групах. Результати дослідження представлені у вигляді середнє значення ± середнє-квадратичне відхилення.

5. Результати дослідження

В табл. 1 представлені дані дослідження трьох рівнів ставлення до себе: загального самовідношення, відношення, диференційованого за самоповагою, аутосимпатією, самоінтересом та очікуванням ставлення до себе, а також вираженістю та готовністю до конкретних дій щодо свого Я.

Таблиця 1
Вираженість параметрів самовідношення, $\bar{x} \pm \sigma$ (бали)

Шкали	Параметри	Г1, n=108	ГП, n=96	Г2, n=82
S	Глобальне самовідношення	42,0±14,5*	83,1±6,0	89,1±7,8!
I	Шкала самоповаги	38,0±12,2*	76,3±4,6	87,8±6,2!
II	Шкала аутосимпатії	36,9±13,9*	79,2±7,6	88,2±7,7!
III	Шкала очікуваного відношення	40,7±11,1*	58,8±11,8	49,6±11,0!
IV	Шкала самоінтересу	63,1±11,7*	85,3±10,0	88,6±9,9!!
	Самовпевненість	49,1±8,10*	76,3±8,5	86,4±8,4!
2	Відношення інших	40,2±13,0*	63,7±20,0	53,2±14,1!
3	Самоприйняття	35,3±14,1*	70,3±15,8	89,7±9,8!
4	Самопослідовність	40,9±11,7*	69,4±13,1	55,2±12,7!
5	Самозвинувачення	51,7±19,7**	46,7±9,6	25,8±14,0!
6	Самоінтерес	43,7±10,2*	74,7±10,3	76,7±10,3
7	Саморозуміння	49,2±14,3*	81,1±7,9	66,3±11,1!

Примітка. * – достовірність різниці між Г1 та ГП на рівні $p < 0,001$, ** – $p < 0,05$, ! – достовірність різниці між Г2 та ГП на рівні $p < 0,001$, !! – $p < 0,05$, за критерієм Стьюдента

На рис. 1 зображені профілі самовідношення у жінок, які зверталися за допомогою до лікаря-косметолога.

Профілі самовідношення косметологічних пацієнтів мали суттєві відмінності у вираженості па-

раметрів, які характеризували ставлення до себе, що мало важливе клінічне значення у наданні медико-психологічної допомоги.

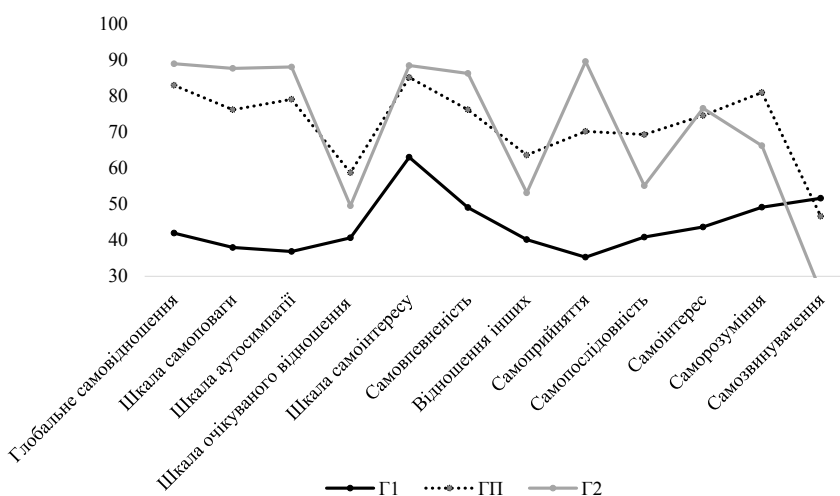


Рис. 1. Профілі самовідношення

6. Обговорення результатів

Виявлено, що у жінок із заниженою самооцінкою показник загального самовідношення був значно нижчим у порівнянні з опитуваними з нормальною самооцінкою (42,0±14,5 балів у Г1 проти 83,1±6,0 балів у ГП, $p < 0,001$), табл. 1. Також різко відрізнялися рівні самоповаги (38,0±12,2 балів у Г1 проти 76,3±4,6 балів у ГП), аутосимпатії (36,9±13,9 балів проти 79,2±7,6 балів), самоінтересу (63,1±11,7 балів проти 85,3±10,0 балів) та очікуваного відношення інших (40,7±11,1 балів проти 58,8±11,8 балів), $p < 0,001$, які були більш низькими у жінок з Г1. У опитуваних із заниженою самооцінкою менш вираженими були показники самовпевненості (49,1±8,10 балів у Г1 проти 76,3±8,5 балів у ГП), готовності до самоприйняття (35,3±14,1 балів проти 70,3±15,8 балів), самоінтересу (43,7±10,2 балів проти 74,7±10,3 балів), саморозуміння (49,2±14,3 балів проти 81,1±7,9 балів) та самокерування (40,9±11,7 балів проти 69,4±13,1 балів), відчуття доброзичливого ставлення оточуючих (40,2±13,0 балів проти 63,7±20,0 балів) з $p < 0,001$, та більш представленими прояви самозвинувачення (51,7±19,7 балів проти 46,7±9,6 балів, $p < 0,05$).

У жінок із завищеною самооцінкою були вищими показники глобального самовідношення (89,1±7,8 балів у Г2 проти 83,1±6,0 балів у ГП), самоповаги (87,8±6,2 балів проти 76,3±4,6 балів), аутосимпатії (88,2±7,7 балів проти 79,2±7,6 балів), самовпевненості (86,4±8,4 балів проти 76,3±8,5 балів), самоприйняття (89,7±9,8 балів проти 70,3±15,8 балів), з $p < 0,0001$, самоінтересу (88,6±9,9 балів проти 85,3±10,0 балів, $p < 0,05$), в опитуваних з нормальною самооцінкою – загального очікуваного відношення інших (49,6±11,0 балів проти 58,8±11,8 балів) та установки готовності до дій в адрес свого Я (53,2±14,1 балів проти 63,7±20,0 балів), самопослідовності (55,2±12,7 балів проти 69,4±13,1 балів), самозвинувачення (25,8±

±14,0 балів проти 46,7±9,6 балів), саморозуміння (66,3±11,1 балів проти 81,1±7,9 балів), $p < 0,0001$. Вираженість готовності реалізації самоінтересу стосовно себе суттєво не відрізнялася (76,7±10,3 балів у Г2 та 74,7±10,3 балів у ГП).

У самотавленні жінки із заниженою самооцінкою проявляли негативні емоції по відношенню до власного Я, невпевненість у власних якостях та здібностях, міжособистісній привабливості, доброзичливому і приязному відношенні оточуючих. Вони недовіряли собі, відчували відчуженість, несхожість з оточуючими людьми, не приймали власні негативні риси, мали зниження самоконтролю, приписували собі гірші якості в порівнянні з іншими та бачили в першу чергу власні недоліки, були самокритичними, схильними до самозвинувачень, виказували гостре бажання змінити себе. В цілому самовідношення у даній групі було незбалансованим та дисгармонічним, спостерігалася виражене неприйняття себе, жорстке неприйняття негативних аспектів власного Я, перебільшення недоліків і сконцентрованість на них.

Профіль самовідношення у жінок із завищеною самооцінкою характеризувався самовпевненістю, відчуттям бездоганності, самолюбіванням, уявленнями про високу власну привабливість та особистісні якості, прийняттям себе, некритичністю до своїх недоліків, самодовірою, самоповагою, жорсткою конфронтацією у відповідь на посягання чи сумніви щодо їх особистості зі сторони оточення. Самовідношення у жінок з Г2 було дисгармонічним, висока оцінка позитивних якостей поєднувалася зі заниженою саморефлексією.

Жінки із нормальним рівнем самооцінки позитивно оцінювали свої фізичні та психологічні властивості, сприймали власну особистість у єдності позитивних та негативних якостей, були більш

толерантними до власних слабкостей, впевненими у персональній компетентності та внутрішніх посилах, вважали себе привабливими для інших людей. Самовідношення опитуваних у ГП було гармонічним, характеризувалося позитивним ставленням до себе, цілісністю сприйняття власних особистісних особливостей, самоприйняттям.

Присутність негативних особливостей самовідношення у жінок зі зниженою чи завищеною самооцінкою, які зверталися за косметологічною допомогою та послугами, вказувало на необхідність психокорекції особистісного самотавлення як предиктору психологічної та психосоціальної дезадаптації.

7. Висновки

1. Жінки із заниженою самооцінкою оцінювали власні особистісні та зовнішні якості негативно, перебільшували значення недоліків, були схильними до самозвинувачень та виказували гостре бажання змінити себе. Самовідношення у пацієнок із заниженою самооцінкою було дисгармонічним та характеризувалося високим рівнем неприйняття себе, зниженням самоповаги і саморозуміння.

2. Жінки із завищеною самооцінкою були самовпевненими, не піддавали сумніву психологічні риси та фізичні параметри, вважали себе привабливими, вартими уваги та захоплення оточення. Дисгармонійність у самовідношенні пацієнок із завищеною самооцінкою проявлялася поєднанням високого рівня самоприйняття із заниженою саморефлексією, некритичністю до власних недоліків.

3. Косметологічні пацієнти, які мають занижену чи завищену самооцінку, складають окрему категорію клієнтів та потребують застосування медико-психологічних заходів спрямованих на гармонізацію самовідношення.

Література

1. Сарджвеладзе, Н. И. Личность и ее взаимодействие с социальной средой [Текст] / Н. И. Сарджвеладзе. – Тбилиси: Мецниереба, 1989. – 112 с.
2. Александров, А. А. Психологические характеристики женщин с косметическими дефектами кожи лица [Текст] / А. А. Александров, Е. С. Багненко // Вестник психотерапии. – 2012. – Т. 41, № 46. – С. 52–66.
3. Боднар, Л. А. Клініко-психопатологічні та патофизиологічні характеристики пацієнтів, які зверталися до пластичних хірургів для проведення ринопластики [Текст] / Л. А. Боднар // Психічне здоров'я. – 2011. – Т. 1-2, № 30-31. – С. 4–7.
4. Sharma, P. Psychiatric evaluation in dermatology: an overview [Text] / P. Sharma, K. Sreejayan, S. Ghosh, R. Behere // Indian Journal of Dermatology. – 2013. – Vol. 58, Issue 1. – P. 39–43. doi: 10.4103/0019-5154.105286
5. Filakovic, P. Comorbidity of depressive and dermatologic disorders – therapeutic aspects [Text] / P. Filakovic, A. Petek, O. Koic, L. Radanovic-Grguric, D. Degmecic // Psychiatria Danubina. – 2009. – Vol. 21, Issue 3. – P. 401–410.
6. Conrado, L. A. Body dysmorphic disorder among dermatologic patients: Prevalence and clinical features [Text] / L. A. Conrado, A. G. Hounie, J. B. Diniz, V. Fossaluzza, A. R. Torres, E. C. Miguel, E. A. Rivitti // Journal of American Academic Dermatology. – 2010. – Vol. 63, Issue 2. – P. 235–243. doi: 10.1016/j.jaad.2009.09.017
7. Петрова, Н. Н. Дисторфобия в клинике эстетической хирургии [Текст] / Н. Н. Петрова, О. М. Грибова // Психические расстройства в общей медицине. – 2014. – № 1. – С. 26–30.
8. Мороз, С. М. Дисторфобия и дисторфомания: зеркало обманывает [Текст] / С. М. Мороз, И. Яворская // Косметолог. – 2015. – Т. 6, № 74. – С. 108–110.
9. Томпсон, А. Р. Образ тела в дерматологии [Текст] / А. Р. Томпсон // Психические расстройства в общей медицине. – 2013. – № 2. – С. 36–39.
10. Сац, Е. А. Особенности самосознания у женщин-клиентов косметологических услуг [Электронный ресурс] / Е. А. Сац, И. М. Слободчиков // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 1. doi: 10.17513/spno.121-18589

11. Тхостов, А. Ш. Психологические аспекты патологических телесных ощущений при психических расстройствах, реализующихся в пространстве кожного покрова [Текст] / А. Ш. Тхостов, М. Г. Виноградова, А. А. Ермушева, Д. В. Романов // Психические расстройства в общей медицине. – 2014. – № 1. – С. 14–25.

*Рекомендовано до публікації д-р мед. наук, професор Маркова М. В.
Дата надходження рукопису 22.12.2016*

Юдін Михайло Анатолійович, кандидат медичних наук, Медичний центр «СА-КЛІНІК», вул. Кловський узвіз, 10, м. Київ, Україна, 01021
E-mail: 672233383@ukr.net

УДК:616.132.2-036.11-06:616.127-005.4]-008.9:616.153.915:612.015.32
DOI: 10.15587/2519-4798.2017.91269

ПЕРЕДУМОВИ ВИНИКНЕННЯ ГОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ПОКАЗНИКІВ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ

© В. В. Вагага

В даній статті представлено ретроспективний аналіз медичних карт хворих з гострим коронарним синдромом (ГКС) з визначенням частоти виникнення ГКС на тлі нормальних показників ліпідного обміну, а також порівняльну характеристику найбільш поширених традиційних факторів ризику (ФР) серцево-судинних захворювань (ССЗ), таких як стать, вік, артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, ожиріння, гіподинамія, стрес та паління, у пацієнтів з ГКС в залежності від показників ліпідного обміну

Ключові слова: гострий коронарний синдром, дисліпідемія, фактори ризику серцево-судинних захворювань, ішемічна хвороба серця

1. Вступ

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я Україна посідає перше місце в Європі за кількістю ССЗ і як наслідок – смертей від відповідних захворювань. За даними Державної служби статистики за 2014 рік кількість уперше зареєстрованих випадків серцево-судинних захворювань (ССЗ) склала 1880 тис. серед усього населення України (без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополя та частини зони проведення антитерористичної операції) [1].

Найчастіше ССЗ розвиваються у людей працездатного віку, особливо осіб чоловічої статі. Одне з лідируючих місць у структурі захворюваності дорослого населення на ССЗ займає ішемічна хвороба серця (ІХС), яка може почати розвиватися задовго до появи перших клінічних симптомів. Хворі часто вмирають раптово, не отримуючи належної медичної допомоги [2, 3].

Особливу небезпеку для життя несе загострення ІХС та визначається поняттям – ГКС, який включає в себе нестабільну стенокардію (НС), інфаркт міокарда (ІМ) з елевацією сегмента ST та ІМ без елевації сегмента ST [2, 3].

До найбільш поширених традиційних ФР ГКС відносять немодифіковані (стать, вік, обтяжений сімейний анамнез) та модифіковані (дисліпідемія (ДЛП), артеріальна гіпертензія (АГ), надлишкова маса тіла та ожиріння, цукровий діабет (ЦД), паління, психосоціальні фактори тощо) [2, 4].

Доведеним етіологічним фактором виникнення атеросклерозу та, як наслідок, ІХС є ДЛП, що самостійно або в поєднанні з іншими ФР ССЗ призводять до тяжких ускладнень з боку серцево-судинної системи [2, 5]. В той же час, за даними літератури частка осіб, у яких ГКС розвинувся на фоні нормальних показників ліпідного обміну складає біля 50 %, причому вони здебільшого відносяться до груп низького та помірного серцево-судинного ризику за шкалою SCORE [3, 6, 7], тобто на первинній ланці медико-санітарної допомоги такий контингент осіб часто залишається без належної уваги та не отримує первинної профілактики. Для визначення частоти виникнення ГКС у хворих без ДЛП та аналізу особливостей ФР ССЗ серед цих хворих в порівнянні з пацієнтами, що мали порушення ліпідного обміну було проведено ретроспективний аналіз медичних карт пацієнтів з ГКС, які лікувались у відділенні інтенсивної терапії Київського обласного кардіологічного диспансеру з січня по грудень 2013 року.

2. Обґрунтування дослідження

Згідно останніх Європейських та вітчизняних рекомендацій серцево-судинний ризик розглядається як можливість розвитку атеросклеротичних серцево-судинних подій (ССЗ, зумовлених атеросклерозом) протягом певного періоду часу у конкретної людини [4, 5]. Для оцінки серцево-судинного ризику найчастіше використовується система SCORE. Вона оцінює 10-річний ризик розвитку першої фатальної