



PECULIARITIES OF PSYCHO-EMOTIONAL DISORDERS IN CANCER PATIENTS DURING TREATMENT

This text is the abstract of the report of the Scientific and Practical Conference "War Trauma. Multimodal Approach in Inpatient Treatment", June 22 - 22, 2024, online and offline - Kyiv, 21 Akademika Zabolotnoho St., Clinical Hospital "Feofania" of the State Medical University.

Актуальність.

У сучасних умовах, захворювання на рак представляють значну медико-психосоціальну проблему. За даними НКРУ, в 2021р. в Україні було зареєстровано 120055 нових випадків захворювання та 53 009 смертей на злоякісні новоутворення.

Також повномасштабна війна на території України в 2022 році неодмінно відобразилася на функціонуванні численних онкологічних установ. За даними цих закладів кількість осіб, які отримували стаціонарну допомогу в онкологічних диспансерах різних регіонів, суттєво зменшилась, а занедбаність зареєстрованих в Україні випадків раку у 2022 році становила 22,4%, що на 1,4% більше, ніж у 2021 році. Онкологічне захворювання виступає потужним стресовим фактором, а дані статистики щодо злоякісних захворювань формують певне ставлення до хвороби загалом, що впливає на людину на різних етапах розвитку захворювання. Воно спричиняє широкий спектр психічних порушень, які з'являються на ранніх стадіях діагностики та розвиваються протягом тривалого лікування, а також викликає суттєві зміни у психоемоційному стані пацієнтів, що проявляються психопатологічною симптоматикою у вигляді депресивно-тривожних проявів. Оцінка психологічного стану та підтримка пацієнтів у паліативному лікуванні, включаючи зниження рівня стресу та підвищення психологічної стійкості, сприяють психологічному комфорту хворого.

у сучасному науковому просторі та реальній клінічній практиці за останні роки було проведено мало комплексних досліджень з питань вивчення особливостей психоемоційних станів, втоми, дистресу та їх впливу на якість життя у онкологічних хворих на етапі паліативного лікування. Умови війни можуть робити важчим доступ до психологічної допомоги і лікування для хворих. Багато людей можуть стикатися із стигмою та обмеженим доступом до медичних ресурсів. Це підкреслює необхідність комплексних досліджень у цій галузі із залученням сучасної психологічної, психіатричної та онкологічної науки.

Метою нашого дослідження є покращити медико-психологічну допомогу онкологічним пацієнтам на паліативному етапі лікування шляхом розробки психоосвітньої її складової на основі аналізу особливостей психоемоційних проявів в контексті соматичного дистресу.

Результати.

У дослідженні прийняло участь 30 осіб. З них 16 (53%) чоловіків та 14 (47%) жінок; загалом особи старшого та похилого віку (52 - 77 років). Ми поділили пацієнтів на дві групи. Перша група - складала 13 учасників, що оцінювались за шкалами, що використовується для

пацієнтів з проблемами комунікації, друга група складала – 17 учасників та оцінювалась за шкалами-самозвітами.

За Шкалою PHQ-9, середнє значення складало – 9,76. Депресія легкого ступеню складала (8, 47%), депресія помірною ступеню тяжкості (7, 41,2%), депресія середнього ступеню тяжкості (2, 11,8%), у досліджуваній групі не було жодного пацієнта що відповідав критерію – важка депресія. Депресивні прояви у хворих зазвичай пов'язувались з рядом соматовегетативних проявів онкології – слабкістю, втомлювальністю, безсонням, проблемами з концентрацією, але ми також можемо відмітити що у хворих відзначалась відсутність інтересу до подій, пригніченість, похмурість та песимістичність на фоні зниження їх працездатності, уявлень про незворотність порушень внутрішніх органів, рецидивуючого характеру симптомів.

За Шкалою оцінки афазичної депресії (ADRS)

– середнє значення досліджуваної групи становило 9,07. 7 (53,8%) респондентів без депресії, а 6 (46,2%) вказували на наявність депресії. При спостереженні за цією групою хворих нами було помічено що депресивні прояви часто проявлялись на фоні астенизації та тяжкості соматичного стану, їх мова була сповільненою, тихою, було помічено процес сповільнення та загальмованості психічних процесів.

За допомогою Опитувальника (GAD-7) ми визначили що середнє значення за шкалою у досліджуваної групи складало – 4,94. Більше половини пацієнтів 9/17 (53%) відповідали критеріям мінімальної тривоги, 6 (35,3%) пацієнтів мали легку тривогу а 2 (11,8%) мали помірне занепокоєння, у досліджуваній групі не було жодного пацієнта що відповідав б критерію – сильна тривога. Тривожні прояви переважно виражались через занепокоєння щодо свого стану, хворі відчували складність розслабитись та відволіктися від тривожних думок що породжувало внутрішню психоемоційну напругу.

За Шкалою оцінки поведінки внаслідок тривоги (ВОА) середнє значення досліджуваної групи становило 8,0. Отже, 2 (15, 4%) респондентів мали значущу тривогу, а інші 11 (84,6%) мали менші показники за показове значення по шкалі. Ми помітили, що пацієнти які скаржились на високу втомленість, відчували меншу тривогу, це може бути обґрунтовано тим, що за рахунок соматичної та психоемоційної втоми – у хворих не було «сил», «не вистачало енергії, життєвих ресурсів» на тривогу.

Визначення інтенсивності втоми за Візуально-аналоговою шкалою втоми встановило середнє значення за шкалою – 6,4. 2 пацієнти (6,7%) – оцінили втомлювальність у 2 бали, наступні 2 (6,7%) у 3 бали, 3 (10%) у 5 балів, 4 (13,3%) у 6 балів, 9 (30%) у 7 балів, 10 (33,3%) пацієнтів у 8 балів.

76,6% пацієнтів визначити рівень втоми вище 5 балів.

За шкалою якості життя (О.С. Чабана) Середнє значення за шкалою складало – 60,9. Вкрай низьку якість життя мали 7 (23,3%) хворих, низьку – 12 (40%), середню 9 (30%), високу – лише 2(6,7%) пацієнта. Дуже високої якості життя не спостерігалось у жодного хворого.

Скринінг інтенсивності дистресу у 30 респондентів проводився за Термометром дистресу NCCN. Середнє значення за шкалою – 6,2. 2 пацієнти (6,7%) – оцінили дистрес у 3 бали, наступні 2 (6,7%) у 4 бали, 7 (23,3%) у 5 балів, 4 (13,3%) у 6 балів, 8(26,7%) у 7 балів, 7 (23,3%) пацієнтів у 8 балів.

Було визначено основі скарги, що сформували певну картину дистресу. Я перелічунайбільш

поширені скарги - 14 (46,7%) пацієнтів скаржились на «задишку», 3 (10%) «тахікардію», 9 (30%) вказували на «зміни в сечовипусканні», 12 (40%) «проблеми з переміщенням», 15 (50%) «слабкість», 9 (30%) «біль», 13 (43,3%) «нудота», 6 (20%) «блювання», 15 (50%) «порушення сну», 12 (40%) «зниження пам'яті/концентрації уваги», 9 (30%) «зміни апетиту», 2 (6,7%) «виразки в роті», 9 (30%) «проблеми з диханням», 2 (6,7%) - «діарею», 3 (10%) «відчуття набрякості», 2 (6,7%) «закреп», 6 (20%) «порушення травлення», 1 (3,3%) «сухість/свербіння шкіри».

Кореляційний аналіз показав: Збільшення соматичного дистресу корелювало з вищими показниками депресії ($r_1=0,83$ та $r_2=0,83$), втоми ($r_1=0,81$ та $r_2=0,73$) та зниженням якості життя ($r_1=-0,88$ та $r_2=-0,89$).

Вищі рівні депресивних проявів корелювали з нижчими показниками якості життя ($r_1=-0,85$ та $r_2=-0,88$) та вищими втоми ($r_1=0,82$).

Нами були описані особливості діагностики даної групи хворих, що були визначені на основі особистих спостережень протягом роботи з ними, з допомогою яких лікар-психолог може забезпечити більш ефективну та зручну психодіагностику для пацієнтів, що сприятиме забезпеченню необхідної психологічної підтримки та допомоги онкохворим на паліативному етапі лікування.

Враховуючи особливості які ми виявили в ході дослідження, основною метою розробки практичних рекомендацій та психоосвітнього буклету є покращення психоемоційного стану хворих шляхом підбору матеріалу що може бути використаний ними для самопомоги, та бути корисним у використанні в роботі лікаря-психолога.

1. Розробка буклету базувалась на роботі з психоемоційним станом пацієнтів що потребують підтримки та емоційної регуляції. Створювалась з урахуванням основних потреб які ми виявили в ході дослідження, спостереження, інтерв'ю та особистих прохань.
2. Використані техніки базуються на загально визнаних доказових методах терапії, є достатньо простими для використання пацієнтом, через що можуть забезпечити відчуття успіху та надії та сприяти початковому покращенню психоемоційного стану.
3. Були вибрані наступні техніки: Психологічна навичка «Тілесне сканування», Дихання за квадратом, Самомасаж рук, «Трамвай», «Створюємо простір», Заземлення під час стресу «5-4-3-2-1».

Висновки.

Отже, результати емпіричного дослідження показали, що психоемоційний стан онкологічних пацієнтів характеризується наявністю психопатологічних проявів у вигляді депресивних - 46,2% (ADRS) та тривожних станів - 15,4% (BOA). Вищі рівні депресивних проявів корелюють з нижчими показниками якості життя ($r_1=-0,85$ та $r_2=-0,88$) та вищими втоми ($r_1=0,82$). Соматичний дистрес суттєво впливає на психоемоційний стан онкологічних пацієнтів на паліативному етапі лікування: збільшення соматичного дистресу корелює з вищими показниками депресії ($r_1=0,83$ та $r_2=0,83$), втоми ($r_1=0,81$ та $r_2=0,73$) та зниженням якості життя ($r_1=-0,88$ та $r_2=-0,89$).

Розроблені психоосвітні матеріали та практичні вправи у вигляді інформаційної брошури «Емоційна рівновага: Психоосвіта для онкопацієнтів» дозволили покращити психоемоційний стан та якість життя пацієнтів, удосконалити психологічний супровід в процесі отримання паліативної допомоги.