

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ- „ПРОФ.Д-Р ПАРАСКЕВ СТОЯНОВ“ ВАРНА

**ФАКУЛТЕТ „МЕДИЦИНА“
КАТЕДРА ОНКОЛОГИЯ**

Д-Р АСЕН ИВАНОВ ЯНЧЕВ

**СРАВНИТЕЛЕН АНАЛИЗ МЕЖДУ СКРИНИНГ НА
НИВАТА НА ДИСТРЕС, ТРЕВОЖНОСТ, ДЕПРЕСИЯ,
ЧУВСТВО ЗА ГНЯВ И НУЖДА ОТ ПОМОЩ ПРИ БОЛНИ
СЪС СОЛИДНИ ТУМОРИ И ПРЕДСТОЯЩА
ХИМИОТЕРАПИЯ**

АВТОРЕФЕРАТ

НА ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД

за присъждане на образователна научна степен
„ДОКТОР“

НАУЧНА СПЕЦИАЛНОСТ:

„Онкология“

НАУЧЕН РЪКОВОДИТЕЛ:

Доц. д-р Елеонора Димитрова-Господинова, д.м.

ОФИЦИАЛНИ РЕЦЕНЗЕНТИ:

Проф. д-р Константа Тимчева, д.м.

Проф. д-р Галина Куртева, д.м.

Проф. д-р Жасмина Михаилова, д.м.

Варна, 2021 г

Дисертационният труд е в област на висшето образование „.....“ – код....., научно направление 7.1 „Медицина“, Научна специалност: „Онкология“. Същият е обсъден и предложен за защита от Катедрен съвет на Катедрата „Онкология“, Факултет „Медицина“ към Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ – Варна. Дисертационният труд съдържа 79 страници и е онагледен с 20 таблици и 19 фигури. Библиографската справка включва 97 литературни източника, от които 3 са на кирилица и 94 на латиница.

Защитата на дисертационния труд ще се състои на2021 г. отч. в зала, Варна.

Използвани съкращения

На български език:

ЦНС	Централна Нервна Система
ДНК	Дезоксирибонуклеинова киселина
ГТР	Генерализирано тревожно разстройство
СТР	Социално тревожно разстройство
ОКР	Обсесивно-компулсивно разстройство

На английски език:

ICCF	Международна когнитивна и онкологична комисия
DSMIV	Диагностично и статистическо ръководство за ментални разстройства - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
TNM	Международна класификация за стадиране на туморите
PS	Перформанс статус - Стандартизирани критерии за измерване на това, как болестта влияе на ежедневните способности на пациента
ECOG	Скала от 1 до 5 определяща перформанс статуса

ВЪВЕДЕНИЕ

Злокачествените тумори са широко разпространени патологични процеси и заемат висок относителен дял в човешката патология. След ограничаването на редица инфекциозни заболявания, поради успешното им лечение с антибактериални средства, основни проблеми в медицината и най-честа причина за смъртта остават сърдечносъдовите заболявания и злокачествените тумори. Според статистическите данни на Световната здравна организация в общата структура на смъртността в икономически развитите страни, туморите заемат второ място - от 15 до 22.% от починалите, като отстъпват на сърдечносъдовите заболявания. В медицинската литература се съобщава за непрекъснато прогресивно нарастване на честотата на злокачествените тумори. Това увеличение обаче има известен относителен характер. То може да се обясни с увеличената продължителност на живота, с по-широкото обхващане на населението с медицинска помощ и във връзка с това - по-пълната регистрация на заболелите и на починалите от злокачествени тумори. Независимо от това зачестяването на злокачествените новообразувания и нарастването на относителния дял на туморната патология са безспорен факт. Според статистическите данни всяка година от злокачествени новообразувания в света умират около 4,3 милиона и боледуват около 6,3 милиона жители на планетата. Честотата на заболелите и починалите от злокачествени тумори се различават, тъй като голяма част от заболелите се лекуват успешно. Това съотношение обаче между заболели и починали е много различно за отделните локализации и форми на неоплазмите. Така например сквамозният и базалноклетъчният карцином на кожата са чести тумори, но те обикновено се лекуват успешно и смъртността от тях фактически е нулева. Колоректалният карцином и карциномът на млечната жлеза и доста други локализации, през последните години също промениха преживяемостта си поради навлизането на нови методи и стандарти на лечение. Стандартизираната смъртност при мъжете в България е по-висока от средната за Европа (231.7 на 100 000 и 222.6 на 100 000, съответно), при жените е по-ниска (126.3 на 100 000 и 128.8 на 100 000, съответно). Петгодишната преживяемост при пациентите със злокачествени заболявания в България е по-ниска от средната за Европа – 39.7 % и 54.2 %, съответно.

Експертите определят дистреса като многофакторно, неприятно изживяване с психологически (т.е. когнитивен, поведенчески, емоционален), социален, духовен и/или физически характер, който може да попречи на способността за ефективно справяне с рака, физическите му симптоми и неговото лечение. Дистресът се простира и варира от обикновени, нормални усещания за уязвимост, тъга и страхове до проблеми, които могат да доведат до неспособност, като депресия, безпокойство, паника, социална изолация и екзистенциална и духовна криза.

Всички пациенти изпитват известен дистрес, свързан с диагностицирането на рак, влиянието, което заболяването оказва и неговото лечение, независимо от стадия на болестта. Дистресът може да бъде породен от реакцията след диагностициране на рак и от различните периоди през хода на заболяването. Клинично значимите нива на стрес се наблюдават при част от пациентите, а идентифицирането и лечението на дистрес е от изключителна важност. В световен мащаб малко държави (а в тях и малък брой центрове) прилагат рутинно скрининг за дистрес, като използват валидиран инструмент. Анкета сред 1000 онколози в САЩ показва, че по-малко от една трета от тях (32.3%) са запознати с гайдлайните на NCCN относно скрининг за дистрес и само 14.3% в действителност извършват скрининг, използвайки валидиран инструмент за това. Във Великобритания само 10% от 226 лекари и медицински сестри са използвали валидиран инструмент за скрининг. Канадско проучване докладва, че 36.5% от медицинските специалисти са провеждали рутинно скрининг за дистрес. Обобщена информация за Източна Европа и България липсва. Като бариери за провеждане на рутинен скрининг са идентифицирани: ограниченото време, несистемното използване, липсата на ресурси за проследяване и липсата на ангажираност от страна на служителите, които влизат в контакт с болния.

Наличието на психически дистрес при отделните лица варира според вида и стадия на рака, както и според възрастта, пола и расата. Пациентите с повишен риск от среден или тежък дистрес са тези с анамнеза с психиатрично разстройство, депресия, злоупотреба с вещества, и такива с когнитивно увреждане, тежки коморбидни заболявания, неконтролирани симптоми, комуникационни бариери или социални проблеми. Рисковите фактори включват по-млада възраст, женски пол, живеене без партньор, малки деца и предишно физическо или сексуално насилие. Научаването за генетичен-фамилен риск от онкологично заболяване е също свързано с

дистрес. Ранната оценка и скрининг за дистрес водят до ранно и своевременно управление на психологическия дистрес, което на свой ред подобрява консервативното лечение.

Думите „психологически“, „психиатрични“ и „емоционални“ са стигматизиращи, както думата „рак“. Думата „дистрес“ е по-малко стигматизираща и е по-приемлива за пациентите и онкологите от тези термини, но психологическите проблеми остават стигматизирани дори в контекста на справяне с рака. Следователно, пациентите често не казват на своите лекари за своя дистрес и лекарите не питат пациентите си за техните психологически проблеми. Разпознаването на пациентите с дистрес е станало по-трудно, тъй като онкологичната помощ се насочва към амбулаторните прегледи, които често са кратки и прищпорени. Тези бариери не позволяват на дистреса да получи необходимото внимание, въпреки факта, че управлението на дистреса е критичен елемент от цялостната грижа за пациента с рак.

Дистрес термометърът служи за приблизителен инструмент-въпросник за скрининг, който идентифицира дистрес, идващ от произволен източник, дори може да не е свързан с рак. Рецепционистът може да го даде на пациента в чакалнята. Разработен от NCCN той сега е добре известен инструмент за първоначален скрининг, който е подобен на успешната скала за оценяване, използвана за измерване на болката: от 0 (без дистрес) до 10 (изключителен дистрес). Думата „дистрес“ е избрана, както е описано по-горе, защото е по-малко стигматизираща и е по-приемлива за пациентите и онкологите, отколкото други термини като психиатричен, психосоциален или емоционален. Използването на тази нестигматизираща дума намалява опасенията на клиницистите, че пациентът ще се смути или обиди от тези въпроси. Задаването на обективен въпрос като „Как ще оцените болката си днес по скалата от 0 до 10?“ улеснява и помага на обслужващия персонал да научи за болката на пациентите. По същия начин, задаването на въпроса „Как ще оцените дистреса си днес по скалата от 0 до 10?“ започва диалог с онколога или относно емоциите, който е по-приемлив.

Пациентът поставя оценка по скалата на дистрес термометъра в отговор на следния въпрос: „Как ще оцените дистреса през последната седмица по скалата от 0 до 10?“ Оценка 4 или по-висока предполага ниво на дистрес с клинично значение: Ако нивото на дистрес на пациента е леко (оценка < 4 по дистрес термометъра), първичният онкологичен екип може да избере да управлява

проблемите с обичайните поддържащи клинични грижи. Ако нивото на дистрес на пациента е 4 или по-високо, член на онкологичния екип разглежда списъка с проблемите (вж. по-долу), за да идентифицира ключовите проблеми и задава допълнителни въпроси, за да определи най-добрите ресурси (психично здраве, социална работа и консултиране, професионални капелани) и да помогне на пациента да се справи с тревогите си.

Списъкът с проблеми изисква от пациентите да посочат проблемите си в пет различни категории - практическа, семейна, емоционална, духовна/религиозна и физическа. Екипът отбелязва, че списъкът с проблеми може да бъде променен, за да отговори на нуждите на местното население. Анализ на дистрес термометъра и списъка с проблеми, включващ анализ на основния компонент, логистичната регресия и класификацията и регресионните анализи, показват одобрението на елементите от Списъка с проблеми, свързани с емоциите (напр. тъга, тревога, депресия, страх, нервност, сън), физическа функция; (напр. придвижване, къпане, обличане, дишане, умора, разходка, памет / концентрация, болка) и подкрепа (напр. духовни/религиозни проблеми, застраховане/финанси, отношения с партньора), са значително свързани със среден или тежък стрес ($P < 001$, $P = 003$, $P = 013$).

Първичен преглед-препоръчва се преди клиничните прегледи всички пациенти да бъдат оценени с помощта на прост инструмент за скрининг. Тъй като има няколко вида инструменти за скрининг, препоръчва се с помощта на Дистрес Термометър и приложения списък с проблеми да се определи нивото на стреса и да се идентифицират причините. В случай, че дистресът на пациента е умерен или тежък (стойност на термометъра ≥ 4) екипът от онколози трябва да прецени тази стойност като предпоставка за изпращане към второ ниво въпроси, включващи клинични наблюдения и/или одобрени схеми/проследяване за напрегнатост и депресия. Едно правилно наблюдение може да даде направление към специалист по психично здраве, социален работник или духовно лице, в зависимост от проблемите, поставени в списъка с проблеми. Общите симптоми, които изискват допълнителна оценка са: прекалена тревога и страхове, прекалена тъга, нетрезво мислене, отчаяност и безнадеждност, сериозни семейни проблеми, социални проблеми и духовни и религиозни интереси. Всички нерешени физически симптоми трябва да се третират според спецификата на заболяването.

Психо-социалните интервенции са ефективни при намаляване на дистреса и подобряване като цяло качеството на живот на пациентите с ракови заболявания.

Прегледът изследва различните интервенции (психологични, социални и фармакологични) и техния отпечатък върху всеки аспект от качеството на живота, симптоми или оцеляване. Разширеният преглед различни клинични тествания, систематични прегледи и метаанализи, подкрепящи заключението, че психо-социалните аспекти трябва да бъдат включени в ежедневните грижи за лечение на рака. Последните метаанализи доведоха до подобни заключения, въпреки обективната необходимост от повече изследвания.

Психо-социалната грижа все повече се приема като неразделна част от клиничното обслужване на раково болни. Лекуването на дистреса при рака е в помощ на пациентите, техните семейства, обслужващия персонал и лекуващия персонал, и помага за подобряване на ефективността от клиничното обслужване. За болните от рак въвеждането на ментално, здравно и медицинско обслужване е жизнено важно. Спиритуализмът и религията също играят важна роля за много пациенти болни от рак за справянето с диагнозата и заболяването.

Тревожност

Тревожността е нарушение на психиката. Тя се характеризира като продължително безпокойство и ирационално усещане за заплахата, което води до чувството за непрестанен страх и несигурност. Тревожното разстройство е неконтролируемо за страдащите от него и може да парализира напълно активността им, въвличайки ги в пълно бездействие и изолация. Това прави заболяването много опасно, тъй като видимо се отразява на качеството на живот.

Причини за тревожното разстройство

Основната причина за възникване на тревожното разстройство е стресът в ежедневието - в семейната или работната среда. Стресовите ситуации са част от живота на почти всеки човек, но хората, които не успяват да се справят с тях, развиват тревожност. Различни травматични събития също

могат да събудят състоянието. Например смърт на близък човек, загубата на дома, развод или уволнение.

Генетичното предразположение също се оказва фактор при развитието на заболяването, понеже е установено, че пациенти, чиито родители са страдали от тревожност, са по-предразположени към нарушение на психичното равновесие. Причина за поява на заболяването може да бъде и биологичната предразположеност към тревога и безпокойство.

Изострената чувствителност е свързана с реакцията на организма при отделянето на адреналин, когато липсва нужното количество невротрансмитери – молекули, които предават информация към централната нервна система. Тогава не се създава нужния баланс и чувството за страх и тревога се засилва повече от нормалното. Няколко проучвания доказаха как емоциите могат да повлияят изхода на заболяването. Някои автори смятат, че наличието на тревожност е сурогат на сигнификантни нива на дистрес. Нашите резултати в съответствие с други проучвания показваха, че пациентите с високи нива на дистрес имат по-висок риск от развитие на инсомния и значим болков синдром.

Симптоми на тревожното разстройство

Типичните симптоми за тревожност са ирационален страх, пристъпи на паника, силна раздразнителност, слаба концентрация, безпокойство и непрестанна напрегнатост. При различните хора тези симптоми има различни степени на проявление.

Освен на психическо ниво симптомите на тревожното разстройство се появява и във физически аспект чрез силно сърцебиене, изпотяване, високо кръвно налягане, главоболие, учестено дишане, сухота в устата, замайване и напрежение в мускулите.

Тези симптоми могат да се появят едновременно, а понякога и като комбинация. Нелекуваната тревожност често е първата стъпка към развитие на депресия. Освен това хората, които страдат от това тревожно разстройство, са по-податливи към зависимост от алкохол и наркотични вещества.

Видове тревожно разстройство

- Генерализирано тревожно разстройство – тази тревожност е характерна с дълъг период на мъчително безпокойство и силно напрежение, причинени от конкретно събитие. Определено събитие, най-често отнасящо се до бъдещето, кара хората, страдащи от заболяването, да виждат възможно най-лошия развой на това, което очакват. Генерализираното тревожно разстройство се диагностицира по неконтролируемото безпокойство и напрегнатост, когато стане дума за значимото за тях събитие. Във физически аспект симптомите се проявяват чрез сухота в устата, лепкави ръце, замайване и силно изпотяване.
- Паническо разстройство – докато генерализираното тревожно разстройство е дълготрайно състояние, при паническото разстройство атаките траят не повече от 10 минути. При него тревогата се появява най-често при жени, които усещат стягане в областта на гърлото, все едно се задушават. Паниката води и до главоболие, гадене, силно сърцебиене. Пристъпи те на паника не се свързват с определено събитие и се появяват внезапно. Те са неочаквани, а техните силни симптоми на физическо ниво карат болните да вярват, че умират.
- Социално тревожно разстройство – при това разстройство се появява силен и натраплив страх от обществени изяви. Страдащите изпитват силни тревога, че ще бъдат унижени от хората, пред които говорят. При него са характерни смущения при общуването и нелогично безпокойство относно мнението на другите. Най-често състоянието възниква в детството или юношеството при по-срамежливите личности. В по-леките случаи то се описва като сценична треска, а в по-тежките води до пълна социална изолация.
- Фобии – фобиите са преувеличен страх от специфичен обект, дейност или ситуации, в които не съществува почти никаква опасност. Най-честите фобии са от животни като змии и паяци, от затворено пространство (клаустрофобия), от височина (акрофобия) и от пътуване със самолет (птеригифобия). При тях се появява силна паника и страдащите от заболяването вярват, че ги заплашва смърт, ако доближат обекта на тяхната фобия.
- Обсесивно-компулсивното разстройство – при него се появяват натрапчиви мисли, които предизвикват силно безпокойство и тревога.

При това разстройство болният се стреми да контролира страховете си чрез извършването на определени ритуали, за които вярва, че ще го предпазят от определено фатално събитие.

В терминологията тези ритуали са известни като компулсии и се изразяват чрез прекалено често миене на ръцете, маниакална нужда от определен ред в пространството или ритуално отброяване на определено действие например 3 пъти включване и изгасване на осветлението преди сън. Обсесивно-компулсивното разстройство се появява още в ранното детство и за разлика от останалите тревожни разстройства то не може да бъде лекувано. Възможно е обаче състоянието на силно безпокойство да бъде облекчено.

- Пост-травматичен стрес – това е тревожност, която се появява след травматично събитие – изнасилване, природно бедствие, военен инцидент, смърт на близък човек, сексуален или физически тормоз. При пост-травматичния стрес болните изпитват пълна безпомощност и непрестанен ужас. Появяват се натрапчиви мисли, че събитието ще се повтори, а това ги кара да виждат опасност навсякъде без тя реално да съществува. Характерен симптом са и честите кошмари за случилото се.

Диагностика и лечение на тревожно разстройство

Тревожното разстройство може да се диагностицира единствено от лекар, който подлага на пълен преглед физическото и психическото състояние на пациента. След като се установи причината и видът на тревожното разстройство, се назначава план за лечение, който често включва терапия с психолог, медикаменти и прилагането на техники за релаксация. Ключов момент за успешното лечение е подкрепата на близките хора. За да се справи с разстройството, болният трябва усеща безусловната любов на семейството и приятелите.

Валидирани скали за тревожност.

При оценка за необходимост от психосоциални и медицински грижи на пълнолетен онкологичен пациент се препоръчва извършване на мониторинг при поставяне на диагноза, през редовни равни интервали. Скалите за оценка на тревожността могат да бъдат мултимодални и да включват фармакологични и/или нефармакологични подходи.

* Скала на Бек за оценка на тревожност (Beck Anxiety Inventory, BAI). Включва 21 елемента и се попълва от пациента за оценяване на тежестта на соматичните симптоми на тревожност. Резултат по BAI > 10 е знак за лека тревожност, а резултат > 19 — умерена тревожност. Изследователска област на метода са соматични симптоми на автономна възбуда и паника (напр. учестен сърдечен ритъм, изпотяване на длани). Инструментът е създаден да разграничи симптоми на тревога от симптоми на депресия.

* Въпросник за генерализирано тревожно разстройство- (Generalised Anxiety Disorder Questionnaire-IV, GAD-Q-IV). Това е скала от 9 елемента, попълвана от пациент за оценяване на симптоми на генерализирано тревожно разстройство, съгласно дефиницията на DSM-IV.8 Изследователска област на метода е неконтролируемо притеснение, увреждане във функционирането, физически симптоми и субективен дистрес.

* Алгоритъм за генерализирано тревожно разстройство (Generalized Anxiety Disorder)-7. Това е инструмент за клинично интервюиране и оценяване на тревожност при пълнолетни онкологични пациенти. В този алгоритъм думата тревожност се отнася до резултати по GAD-7, а не до клинична диагноза на тревожно разстройство: (1) първоначална диагноза-начало на лечение, редовни интерва по време на лечение, 3, 6 и 12 месеца след лечение, диагноза рецидив или прогресия, в периода преди смърт и в периоди на личен преход или преоценка, като семейна криза; (2) наличие на симптома през последните две седмици (0 = никога, 1 = няколко дни, 2 = повече от половината дни и 3 = почти всеки ден)

Депресия

Депресията в общия случай е чувство на меланхолия, тъга, отчаяние, безпомощност и унилоост, което може да трае от няколко часа до няколко дни. Ако е налице дълготрайно чувство на тъга и отчаяние, може да става въпрос за заболяване известно като клинична депресия.

Депресията може да бъде провокирана от различни фактори – биологични, психични и социални (като раждане, загуба на близък човек, развод, съобщаване на тежка диагноза- например рак) Всички сме се чувствали тъжни, безпомощни или неудовлетворени в даден момент от живота. За повечето от нас тези чувства са напълно нормален отговор на стресиращи или неприятни събития, като финансови трудности или края на романтична връзка. Негативните чувства могат да бъдат болезнени и съкрушителни, но те преминават и стават по-малко интензивни с течение на времето.

Когато настроението ви е изключително тъжно или негативно през повечето дни и става по-лошо или по-интензивно с времето, може да имате афективно разстройство. Афективното разстройство е сериозна промяна или смущение в настроението, което предизвиква човек да изпитва крайни или съкрушителни емоции, и засяга способността им да функционират нормално. Клиничната депресия, или депресия, е едно от най-честите афективни разстройства в САЩ и причинява крайни, постоянни чувства като тъга и безнадеждност, които могат да имат отслабващ ефект върху физическото и психическото здраве на човека.

Мозъкът работи непрекъснато, за да помогне да откликнеш на преживяното. За да го направи, той разчита на химически посланици, наречени невротрансмитери. Невротрансмитерите са мощни инструменти за комуникация, които помагат различните части от мозъка да контролират повечето от телесните функции, включително поведенческите процеси като сън и апетит, и емоционалните процеси като настроение и концентрация. Невротрансмитерите взаимодействат с цели в мозъка, за да откликваш на ситуации по подходящ и здравословен начин.

Понякога те спират да работят както трябва и причиняват проблеми в комуникационната система на мозъка. Ситуация, наречена химически дисбаланс, може да промени различни аспекти от психическото и физическото здраве. Много учени вярват, че тежките поведенчески и емоционални промени при депресията са причинени от дисбаланс или дисфункция на невротрансмитерите, наречени моноамини. Моноамините се откриват в големи концентрации в лимбичната система на главния мозък, която контролира емоциите, съня, апетита и паметта. Когато концентрацията на моноамини е твърде ниска се появяват симптоми на депресия.

Основни симптоми

Усещане за пълно отчаяние, безнадеждност и безсмислие на всичко. Персистираща тъга и потиснатост. Чувство на безпокойство и безпомощност. Чувство на празнота. Гняв и раздразнителност. Чувство на вина. Загуба на увереност. Липса на интерес в ежедневните дейности, равнодушие. Липса на мотивация. Хронична умора, липса на енергия, летаргия. Трудности в концентрацията, нарушения на паметта. Затруднено взимане на решения, пасивност. Неспособност за изпитване на удоволствие. Страх за бъдещето. Мисли или опити за самоубийство. Нарушения на

храненето: загуба на апетит – редукция на теглото, увеличаване на апетита – наддаване на тегло. Нарушения на съня: трудности при заспиване (безсъние, ранно събуждане), чувство на умора след нормален по продължителност сън.

Около 5% от пълнолетните хора по света и 6.9% от пълнолетните в САЩ се сблъскват с депресия в даден момент през живота си. По-вероятно е да изпиташ депресия, ако си жена, имаш заболяване, като рак или сърдечна болест, и живееш в област със слаб достъп до лечение и работа. Широкото разпространение на депресия е направило самоубийството значим проблем на публичното здраве в САЩ и през 2013 е било 10-тата водеща причина за смърт. Степента на самоубийствата е особено висока сред уязвимите части на населението, като ветерани от войните, хора, които се идентифицират като лесбийки, гейове, бисексуални, транссексуални и млади хора между 15 и 24-годишна възраст.

Клинични интервюта за оценка на депресивност.

Всички пациенти трябва да преминат скрининг за депресивност при първоначалното си посещение при онколога, а след това на определени интервали или при необходимост. Особено важно е това да стане при прехода към палиативни грижи. Специални обстоятелства при оценката за депресивност са следните: културните особености на пациента, когнитивните способности на болния, познаване на факта че депресията е трудно откриваема при възрастни онкоболни.

Онкологичните пациенти с депресия имат притеснения за болестта си-70%, за отношенията с приятелите си- 77-%, за добруването на близките си-74% и за финансите си -63%.

Депресията е свързана преди всичко с повишен риск от смърт-относителен риск 1.22-1.39 и смърт от онкологична болест относителен риск 1.18. Две клинични проучвания валидират по големия риск от самоубийства при болни с по дълга преживяемост с рак на гърдата и рак на тестиса.

Валидирани са следните скали за оценка на депресия:

**Скала на Beck за оценка на депресия (Beck Depression Inventfry, BDI). Един от надеждните тестове за депресия е скалата за депресия на Бек. Създаден през 1961 г., тестът на Beck днес се смята за един от най-професионалните въпросници, позволявайки надеждно да се установи нивото на депресия. При разработването на този тест Аарон Бек разчита*

на клиничните наблюдения на депресивните пациенти. След няколко години клинично наблюдение той идентифицира най-често срещаните признаци на различни видове болести.

В оригиналната версия на този тест се предлага специална скала с 21 признаци на депресивни състояния. Всички тези състояния се подреждат според нивото на проявленията, така че мащабът на Бек не само позволява да се установи наличието на депресивно състояние, но и да се определи степента на неговата сериозност. Освен това първоначалният тест за депресията на Веск съдържа две субскали: мащаба на соматичните прояви на депресивното състояние (точки 14-21) и афективно-когнитивната скала (точки 1-13). Тези субтестове позволяват доста надеждно определяне на вида депресия. Диагностичното заключение се основава на резултатите от субективната оценка на неговото състояние от самия субект. Самият той работи с теста, като се прави оценка от 0 до 3 срещу всяка функция (въпрос). След попълването на формуляра терапевтът преброява общия брой точки и след това сравнява резултатите с предложената интерпретация на теста. Общият брой точки варира от около до 63, а колкото по-висок е резултатът, толкова по-тежък е конкретното лице, което проявява това психическо заболяване.

*Оценъчна скала на Нахтон за Депресия – (Nashton Rating Scale for Depression). Метода включва 7 елемента и се прилага от за оценяване на тежестта на симптоми на депресия, съгласно дефиницията на DSNf-IV. Резултат 7-17-по HAM-D говори за лека депресия, 18-24 - за умерена депресия, а резултат > 25 е знак за тежка депресия. Изследователска област на инструмента са депресивно настроение, безсъние, ажитация, тревожност и загуба на тегло.

*Пациентски здравен въпросник за Депресия (Patient Health Questionnaire for Depression, PHQ-9). Скалата съдържа 9 елемента и се попълва от пациента за оценяване на симптоми за голямо депресивно разстройство, съгласно дефиницията на DSMIV. Изследователска област на метода са депресивни симптоми и придружаващо увреждане на функционалността. Над половината от пациентите с онкологични болести се справят добре, проявявайки забележителна душевна сила при поставянето на диагнозата, по време на лечението и впоследствие. Дори когато психологическите реакции по време на активното лечение са задоволителни, една подгрупа пациенти остава уязвима за по-късни прояви на дистрес. Независимо от момента и обстоятелствата, при които се появят съпътстващи психиатрични нарушения, ако тревожните разстройства и депресията не се лекуват, това може да има огромни емоционални, междуличностни и финансови последствия за пациентите, както и икономически последствия за изпълнителните на здравни услуги и здравната система.

**Скала за депресия на центъра за епидемиологични изследвания (CES-D, CES-D-SF). Въпросните съдържат 20 или 10 елемента се попълват от пациента. Резултат по-голям от 16 е знак за умерена до тежка депресия. Тези скали са сравнително независими от наличието на физически симптоми.*

**Оценъчна скала на Хамилтън за депресия (PHQ-9)- Методът съдържа 17 въпроса съгласно дефиницията на DSM-4 -резултат 7-17 говори за лека депресия,18-24 за умерена депресия при повече от 24 е знак за тежка депресия.*

Гняв

Гневът се определя като част от генерализираните тревожни разстройства и разстройство на емоциите. Емоциите карат човека да се държи по начин, който от гледна точка на еволюционната теория, го предпазва от заплаха, кара го да създава нови социални връзки, поощряват ни при различни дейности като ни носят удовлетворени и ни подбуждат да разучаваме околната среда. Гневът е емоция, обвързана с психологическата интерпретация на индивида на обида, несправедливост спрямо личността му и тенденция да се реагира отмъстително.

Когато се ядосаме сърдечният ритъм, артериалното налягане и отделянето на тестостерон се повишават, кортизол - хормонът на стреса се понижава и се стимулира действието на лявото полукълбо. Това е установено от група учени от Университета на Валенсия, която анализира промените в мозъка и кръвоносната му система, хормоналната дейност и работата на двете мозъчни полукълба когато изпитваме гняв.-,Причинените емоции генерират значими промени във функционирането на автономната нервна система, която отговаря за кардиоваскуларният отклик на емоциите, както и в действието на ендокринната система. Също се променя активността и на фронталния и темпоралния лоб, които се намират в главния мозък“. (Неус Хереро, главен инициатор на изследването).Изследователите причиняват гневни реакции у 30 мъже, използвайки испанската адаптация на процедурата „Anger Induction“ (AI, предизвикване на гняв), която се състои от 50 фрази, изречени от първо лице в ежедневни ситуации, които е доказано, че предизвикват гневна реакция. Преди и веднага след стимулирането на афекта се измерват сърдечният ритъм и артериалното налягане, нивата на тестостерон и кортизол и асиметричното функциониране на мозъка, общото състояние на гнева и субективното изживяване на емоцията гняв. Емоциите (в това число и гневът) са с

преходен характер. Те идват и си отиват. Справянето с гнева се равнява на овладяване на телесните симптоми на гнева чрез ума. Състои се в това индивидът да си даде достатъчно време да отговори на чувствата си, питайки правилните въпроси за своята гневна реакция, вземането на правилно решение как да се реагира, когато си разгневен и да решим дали сме склонни да поемем последствията за агресивното си поведение.

Деветдесет процента от хората не реагират веднага след като са започнали да се чувстват ядосани. Хормонът, който се отделя в тялото ни, за да се тушира по-силните ефекти на адреналина, се нарича Ацетилхолин. В някои случаи не е правилно индивидът да се отдаде на схващането, че емоциите е редно да се оставят да протичат. Гневът по природа трябва да протича бързо. За повечето хора гневният пристъп варира от 5 до 10 минути, но за други той може да варира по сила и времетраене. Гневът може да е експлозивен, т.е. насочени към външни обекти или имплозивен, т.е. насочен към себе си.

Експлозивният гняв се проявява в агресивни действия, обвинения, обиди, общуване „за повишен морален или друг натиск“ и т.н. Имплозивният гняв се изразява в самокритика, чувство за вина, депресия, самонараняване, самоизолация и др. Единият вид гняв може да премине в другия, среща се и смесване на два вида гняв – например, чувство на обида, когато човек се ядосва на друг индивид и едновременно на себе си, сякаш „прегльща“ първичния гняв. Резултатът от сблъсък на два вида гняв може да е истеричен припадък.

Със заявка за помощ за справяне с гнева, обикновено терапевтите се срещат рядко, но в процеса на лечение на друг проблем гневът често излиза на преден план като доминираща емоция, която определя други симптоми. Гневът, злобата, ненавистта или обидата могат да завладеят индивида, причинявайки депресия, нарушение на взаимоотношения, изолация, тревожност, множество психосоматични симптоми, дори психози. Гневът и омразата са хронични емоции, преживявани от пациенти, които имат много сериозни диагнози, като при тях силата на тези чувства са с поразително големи мащаби. Въпреки това дори обикновените, напълно здрави хора, които понякога страдат от излишък на гняв, не знаят как да се справят с това и извършват действия, за които по-късно съжаляват, вредят на себе си, развалят настроението на другите, а понякога провалят дори живота си. Гневът не трябва да се бърка от агресията: гневът е емоция, а агресията е поведение. Гневът обаче често кара човек да извърши агресия. Той, в

качеството си на емоция е елемент от мотивационното ядро на личността. По тази причина в литературата по проблема с агресията до голяма степен се засяга и емоцията гняв.

Гневът, както беше посочено по-горе, има основно защитни функции. Той помага в тези ситуации, при които човек изпитва трудности. Ако тези ситуации са екстраординарни (извънредни), когато гневът всъщност е единственият начин да се преодолее неудовлетворението, то тогава той е необходим и оправдан, въпреки че в почти всички ситуации може да се намери алтернативно решение. В случаите, когато човек проявява гняв, който не е необходим, възниква подозрение, че той няма умения за нормално и уверено решение на проблемите. Следователно, някаква част от личността му се чувства безпомощна, когато е изправена пред определени трудности. Именно тази част продуцира гняв, за да компенсира своята недостатъчност.

Нужда от помощ

Това е изключително трудна за интерпретация и оценка психологическа категория. За нея няма валидирани въпросници, определения и ръководства. Особено при онкологично болни. Това е така поради това че става въпрос за строго индивидуален израз на психическа нагласа и смесица множество чувства и симптоми свързани с онкологичното заболяване. Сами пациентите доста трудно оценяват кога и до колко имат нужда от помощ. “Лекарят знае, че щом като има болка от внушение, то има и внушено здраве. Затова лекарят трябва да познава дали мнимият болен е действително болен и дали мнимият здрав, не е болен. Така и психологът знае какво е отчаяние и затова не се задоволява с изявленията на човека, че не бил отчаян, нито пък, че е бил“. - Сьорен Киркегор (1813 — 1855) Едва ли е нужно да убеждаваме някого за нуждата от психологична помощ в онкологията. Авторитетни изследвания посочват, че онкологично болните преживяват заболяването травматично и развиват целия спектър от психиатрични разстройства. Според Holland (1992) предмет на психо-онкологията са емоционалните реакции на пациентите, на членовете на семейството им и на лицата, които помагат болните. Концепцията „качество на живота“ е разработена за пръв път за пациентите с онкологичен профил, но, когато стане време да

направим нещо конкретно, психологичните нужди на болните и на лечителите им се игнорират.

Нуждата от помощ възниква още на етапа на съобщаване на диагнозата. Това става без подготовка, между другото, и е шокиращо за пациента. Лекарят не е организиран времето си да предостави достатъчно информация и да изработи терапевтичен план заедно с пациента. Властва моделът на еднопосочните обяснения, за които компетентен е лекарят, а пациента трябва да влезе в ролята на пасивен изпълнител. Пример в това отношение е следният клиничен случай-шест месеца след конизация на шийката на матката млада жена е в депресия, получава панически атаки и не може да остава сама. Тя започна да се справя с тези състояния, след като спира да чува гласа на лекаря, който ѝ казал, че, ако не се направи хистеректомия, ще умре! Преодоляла кризата с помощта на близките си. През цялото време жената е съобщавала за нужда от помощ. Всеки реагира различно на подобни новини и в голям процент от случаите има нужда от помощ.

Диагностичният процес се възприема не като изследване на болестта, а като механичен процес на „поставяне“ на диагноза, в който лекарят действа от позицията на експерт, който знае всичко. Уви, всеки лекар знае в колко малко случаи това е така и модерната медицина се ориентира към модела на съвместното терапевтично решение. При този подход лекарят и пациентът подпомагат оздравителния процес, подкрепят се взаимно дори при негативна прогноза. Това повишава сътрудничеството, зачетена е личността на пациента и усилията му да се справи, макар те не винаги да отговорят на научните представи за болестта и чувството им за нужда от помощ да се намали значително.

Макар лекарят да е чувствителен към психологията на боледуване, разговорът за личните преживявания на пациента изисква умения, които надхвърлят равнището на спонтанната психология. Това мотивира нуждите от психологично обучение на екипа, тренинг за профилактика на професионалното прегаряне и съвместна работа с онко-психолог и психиатър . Научните стандарти задължават лекаря да се придържа в рамките на професионалната компетентност и да насочи пациента към психолог за оценка на личността. Психологичната работа не трябва да се схваща като допълнителна дейност, а като равностойна част от лечението. При тези състояния е уместно включването на транквилизатори и антидепресанти, психотерапевтични сесии за поддържане на увереност,

реалистични представи за лечебния процес и поведението по време на боледуването.

Изследвайки 50 болни в онкологична клиника А. Веск установил, че повечето от тях са се досетили за диагнозата по време на предварителните изследвания, информирани са добре, но избягват да говорят за проблема, защото ги натоварва, а не, защото не осъзнават заболяването-тоест умишлено не търсят помощ. Коста Заимов наблюдава защитни параафективни реакции, които се изразяват в недооценяване, фалшиви усмивки. Пациентът се защитава от натрапливи въпроси дали ще оздравее, колко му остава да живее, кой ще се грижи за децата. Според А. Тхостов болните знаят добре, че имат рак и ще живеят малко, искат да им съобщават данните от анализите, да им кажат „истината”, правят планове, съмняват се в изследванията, търсят допълнителни консултации, колебаят се от отчаяние до надежда. Разказите им, сравнени с контролната група, са кратки, неопределени, с няколко варианта, ставащото е резултат от съдбата, а не се дължи на обстоятелствата или на конкретно лице.

Самата дума „рак” внушава фатален изход с мъчителна смърт. Психичното състояние на човека, чул за пръв път, че може да има рак преминава през пет стадия: 1) Отрицание или шок. 2) Гняв. 3) Пазарене. 4) Депресия. 5) Приемане. В началото човек не вярва и проверява данните при други специалисти, но по време на латентния период на шока може да не предприеме нищо. Във втория стадий човек се мобилизира, като се ядосва на лекарите, обществото и роднините. В третия стадий болният се опитва да спечели време. На четвъртия избягва приятелите и заниманията си, затваря се в дома и оплаква съдбата си. Накрая болният се мобилизира да живее за близките си. Стадиите не винаги са в определен ред. Болният може да зацikli или да се върне на предишното състояние. Важното обаче е че, преминавайки през всички тези етапи болният има чувството за нужда от помощ и очаква да я получи от лекаря и от близките си.

Както се вижда, за да се адаптира към болестта и да води разумно процеса на оздравяване, пациентът трябва да разреши трудни психологични проблеми. Първата задача на психотерапията е да му помогне да повярва в лечението и в способността на организма да преодолее заболяването. Особено важно е пациентът да преоцени проблемите преди заболяването и да повярва, че може да взема ефективни решения. Тази нова нагласа дава надежда за бъдещето и подкрепя оздравителния процес.

Цел на изследването

Цел на настоящото дисертационно изследване е да се проведе скрининг и идентификация на дистрес и психоемоционалните категории депресия, тревожност, гняв и нужда от помощ и тяхната корелационна зависимост при онкологично болни пациенти с предстояща за първи път химиотерапия, чрез прилагането валидирани емоционални термометри.

За постигне на целта си поставихме следните задачи:

- Да се скринират пациенти, които са диагностицирани с онкологично заболяване и определяне нивата за дистрес, депресия, тревожност, чувство за гняв и нужда от помощ чрез използване на съответните емоционални термометри.
- Да се установи връзка между факторите пол, възраст, вид на онкологичното заболяване, стадий на онкологичното заболяване, перформанс статус и нивата на горепосочените психо-емоционални състояния.
- Да се идентифицират рисковите фактори за наличие на високи нива на дистрес, депресия, гняв и нужда от помощ
- Да се определи вътрешната консистентност на използваните термометри

На базата на проучената литература и поставената цел на дисертационното изследване бяха формулирани следните хипотези:

Съществува възможност идентификацията на пациентите с дистрес и психически разстройства да се улесни, като се определят предварително високорискови групи, които да са приоритетни при скрининг.

Освен по стандартните фактори: пол, възраст, стадий на заболяването, пациентите могат да се стратифицират и по фактори, които са характерни за дадена нация, етнос или религиозна принадлежност, което ще даде възможност по-детайлно да се определи и интерпретира дистреса.

Дизайн на дисертационното изследване

Дизайн на експеримента

Обект на изследването: В проучването участват поне 225 пациента с доказано онкологично заболяване и насочени за лечение към Клиника по медицинска онкология на УМБАЛ „Св. Марина“

Ще бъдат използвани следните емоционални термометри – дистрес, тревожност, депресия, гняв и нужда от помощ за стратифициране на пациентите по пол, възраст, етническа принадлежност, религия, образование, доходи и др. Информацията за допълнителна стратификация по клинично-патологични характеристики на онкологичното заболяване (хирургия, вид на хирургията, вид на онкологичното заболяване, хистология, TNM стадий и др.) ще бъде събрана от наличната медицинска документация.

Включващи критерии:

- Лица над 18 години
- Хистологично потвърдено онкологично заболяване
- Пациенти на Клиника по медицинска онкология към УМБАЛ „Св. Марина“
- Пациенти, които започват първи курс неадювантна, адювантна или първа линия химиотерапия

Исключващи критерии:

- Лица, които са идентифицирани като застрашени популации (лица под 18-години, бременни, лица лишени от свобода, социално слаби)
- Без доказано онкологично заболяване
- Пациенти на други институции
- перформанс статус 2 или 3
- лица които не могат да съдействат на изследването

Етапи на дисертационното проучване

- Литературен обзор и анализ на проблемите свързани с дистреса, депресия, тревожност чувство на гняв и нужда от помощ;
- Изходна оценка на дистреса;

- Оценка на останалите термометри и корелацията им с дистреса;
- Статистическа обработка на резултатите;
- Интерпретация на резултатите.

Методи на проучването

Исторически метод – проучване на литературни източници.

Документален метод:

А. Международни програми за скрининг.

Б. Действащите в момента програми и ръководства за скрининг и действие при дистрес в България.

Методи за медико-статистическа обработка на данните:

Планирани методи за статистическа обработка на данните и интерпретация на резултатите:

1. Метод на статистическа групировка на данните – подреждане на признаците според вида си във вариационни, интервални, категорийни, степенни и динамични статистически редове.
2. Графичен метод – използване на линейни и плоскостни графични изображения, кръгови и кръгово-секторни диаграми, стереограми и символни диаграми.
3. Непараметрични анализи – за оценка на категорийните признаци - критерий χ^2 (хи-квадрат) по Pearson. За сравненията по пол и възрастови групи - Mann-Whitney и Kruskal-Wallis непараметрични тестове.
4. Корелационен анализ – за определяне на еднопроменливи коефициенти на линейна корелация по Spearman. $Rho < 0.19$ - много слаба корелация, $Rho = 0.19-0.39$ - слаба корелация, $Rho = 0.40-0.59$ - умерена корелация, $Rho = 0.60-0.79$ - силна корелация, $Rho > 0.8$ - много силна корелация
5. Парциален множествен корелационен анализ, където при оценка на връзката между две променливи се влиянието и на други фактори, напр. пол, възраст и др.

6. Регресионен анализ- При регресионния анализ зависимостите се разглеждат по следния начин: една зависима величина (следствие) и няколко фактори (независими променливи);
- Според броя на факторите: еднофакторен; двуфакторен; многофакторен.
Според вида на зависимостите: линеен- линейни зависимости; нелинеен- всякакъв род нелинейни зависимости.
7. Кронбах алфа (α) бе използван за обективен оценител на надеждността на използваните термометри. Стойности над 0.80 се приемат добър показател за вътрешна консистентност.

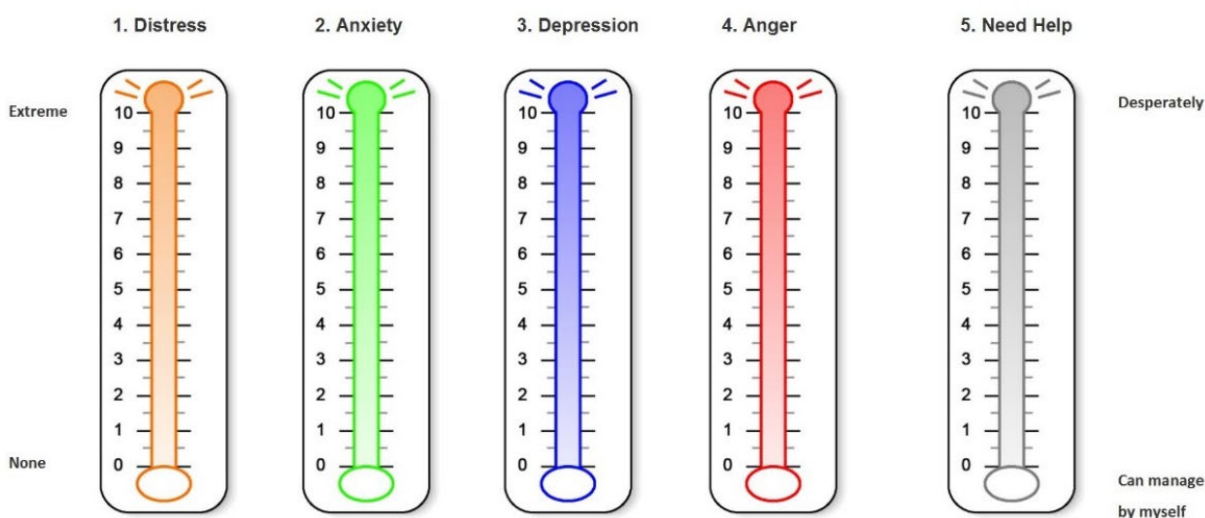
Инструменти на проучването

Анкетна карта- валидиран въпросник с дистрес термометър – стандартен инструмент на NCCN с допълнителна информация – социални и демографски данни. Анкетата съдържа пет термометъра оценяващи (чрез самооценка) нивото на дистрес, тревожност, депресия, гняв и необходимостта от помощ (по визуално-аналогова скала от 0 до 10, която представлява линия разграфена от 0 до 10. Нулата (0) отговаря на най-ниското ниво на изследвания проблем, а десет (10) на най-високото. Пациентите отчели стойности на термометрите ≥ 4 се смятаха за пациенти с високи нива на дистрес, тревожност, депресия, гняв и нужда от помощ по аналогия с валидирания дистрес термометър.

Emotion Thermometers 5 items

Instructions

In the first four columns, please mark the number (0-10) that best describes how much emotional upset you have been experiencing in the past week, including today.
In the last column please indicate how much you need help for these concerns.



Емоционални термометри

Резултати и обсъждане

1. Демографски и клинично-патологични характеристики на изследваните участници

Проведе се неинтервенционно научно проучване. Изследването обхваща периода 2016-2017г. (с проследяване до 2018г.), с анкетирани 225 пациента, които отговарят на включващите критерии.

Базови характеристики на пациентите:

При дескриптивния анализ на информацията за пациентите (социално-демографски и клинично-патологични), се установи, че средна възраст на болните е 59.6 +/- 11.4 като минималната възраст е 29 г., а максималната е 81 г.

Разпределението по пол на лицата показва, че женски пол са 126 (56%), мъжки пол 99 (44%) (Таблица 1).

Анкетираните пациенти са в добро общо състояние, което е оценено според скалата ECOG – пърформанс статус (PS). В зависимост от PS с малка разлика преобладават пациенти с оценен PS-1- 122 (54.2%) за сметка на тези с PS-0 103 (45.8%). Всички 225 пациенти, участващи в изследването имат хистологично потвърдена онкологична диагноза в стадий II, III и IV. При

анализиране на събраните данни установихме минимална разлика между респондентите в стадий II/III неметастатичен 104 (46.2%) и IV метастатичен стадий 121 (53.8%). (Таблица 1)

Таблица (1) Разпределение на пациентите по клинични и патологични характеристики (брой, %)

Мъже	Жени	PS 0	PS 1	II и III стадий	IV стадий
99 (44%)	126 (56%)	103 (45.8%)	122 (54.2%)	104 (46.2%)	121 (53.8%)

В общата група на анкетираните пациентите най-нисък е процента на несемейните 17 (7.6%), разведените 21 (9.3%) и овдовелите 28 (12.4%), следвани от семейните 159 (70.7%) Анализирането на семейното положение на всички анкетирани пациенти показва, че семейните са 159 (70.7%) , несемейните 17 (7.6%), разведените 21 (9.3%) и овдовелите 28 (12.4%). (Таблица 2)

Таблица (2) Разпределение на пациентите според семейното им положение (брой, %)

Семейно положение			
несемеен	Семеен	Вдовец	Разведен
17 (7.6%)	159 (70.7%)	28 (12.4%)	21 (9.3%)

От разпределението по етнос установихме, че групата на анкетираните с български произход е 209 (92.9%), с турски 16 (7.1%). (Таблица 3)

Таблица (3) Разпределение на пациентите според етноса им (брой, %).

Етнос	
Български	Турски
209 (92.9%)	16 (7.1%)

Базирайки се на обработените данни установихме, че според изповядваната религия християните са 147 (65.3%), мюсюлманите 14 (6.2%), атеистите 38 (16.9%). Като 26 (11.6%) от анкетираните пациенти не могат да определят вероизповеданието си. (Таблица 4)

Таблица (4) Разпределение на пациентите според изповядваната от тях религия (брой, %).

Религия			
Атеист	Християнин	Мюсюлманин	Неуточнени
38 (16.9%)	147 (65.3%)	14 (6.2%)	26 (11.6%)

Анализът на резултатите показва, че пациентите със средно образование са 123 (54.7%), с висше 57 (25.3%) и 45 (2%) от изследваната група са с основно образование. (Таблица 5)

Таблица (5) Разпределение на пациентите според образователно-квалификационното им ниво (брой, %).

Образование		
Основно	Средно	Висше
45 (2%)	123 (54.7%)	57 (25.3%)

В настоящото проучване са обхванати и анализирани 225 пациента с хистологично потвърдено онкологично заболяване, от които с карцином на бял дроб 53 (23.6%), рак на гърда 59 (26.2%) и колоректален карцином 60 (26.7%). Всички останали локализации (дебело черво, простата, ректум, пикочен мехур, яйчник, шийка, матка, тестис, стомах, глава и шия, панкреас, екстрагонаден герминативноклетъчен, паротидна жлеза, ретроперитониален сарком, мезотелиом на плевра, хранопровод, уретра, тонзила, перитунеум, жлъчни пътища) са 53 (23.6%) от общия дял на анкетираните (Таблица 6).

Таблица (6) Разпределение на пациентите според локализацията на тумора (брой, %).

Локализация	
Бял дроб	53 (23.6%)
Рак на гърда	59 (26.2%)
Колоректален карцином	60 (26.6%)
Други (над 14 различни локализации)	53 (23.6%)

Анализ на резултатите от измерените нива на дистрес

Анализът на резултатите от измереното ниво на дистрес показва, че лицата с ниско ниво на дистрес са 114 (50.7%), а тези отбелязали умерено-високо ниво на дистрес 111 (49.3%). (Табл. 7)

Таблица (7) Разпределение на пациентите според отчетеното ниво на дистрес чрез дистрес термометъра (брой, %).

Ниво на дистрес	
Ниско <4	114 (50.7%)
Умерено/високо ≥ 4	111 (49.3%)

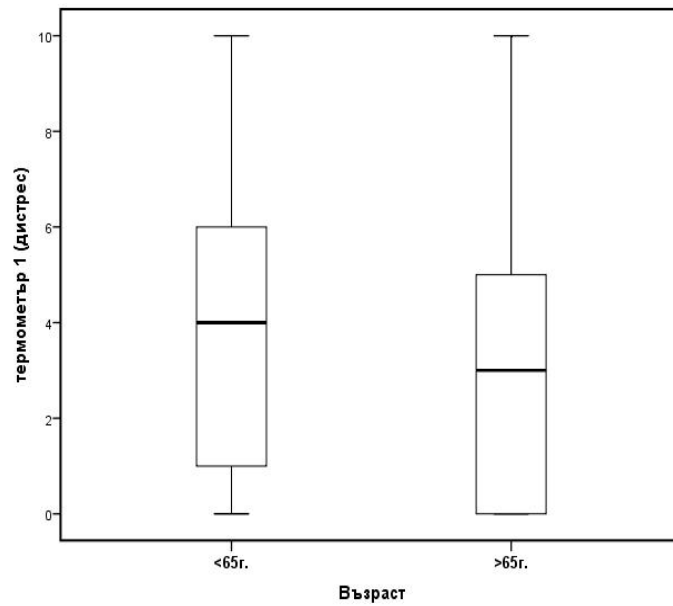
Chi square анализът на социо-демографските данни показва, че няма зависимост между характеристиките: възраст, пол, религия, етнос и местоживееене (отдалеченост от онкологичен център) и нивото на дистрес, отчетено с Дистрес термометъра. Наблюдава се връзка между, перформанс статус, локализация на карцинома, ниво на образованието и нивото на дистрес. (Таблица 8)

Таблица (8) Връзка между социално-демографските и клинично-патологичните характеристики и нивото на дистрес при пациентите.

Дистрес термометър			
Години	Ниско ниво на дистрес	Умерено/високо ниво на дистрес	P value
≤ 65	64	72	0.13
> 65	50	39	
Пол			
Мъже	55	45	0.3
Жени	60	65	
Стадий			
II и III	54	52	0.7
IV	61	58	
PS			
0	66	47	0.006
1	46	66	

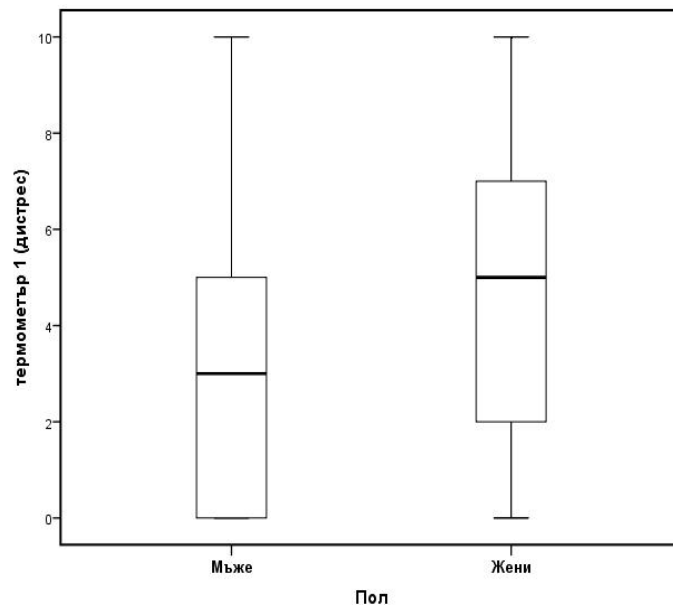
Местоживеене (разстояние)			0.7
Варна	64	65	
извън Варна	50	46	
Религия			0.1
Атеист	23	15	
Християнин	68	79	
Мюсюлманин	6	8	
Неуточнени	17	9	
Етнос			0.2
Български	108	101	
Турски	6	10	
Образование			0.017
Основно/ Средно	92	75	
Висше	22	36	
Локализации			0.001
Бял дроб	17	36	
Рак на гърда	27	32	
Колоректален карцином	34	36	
Други (над 14 различни локализации)	35	18	

При анализиране на събраните данни установихме, че по-голямата част от пациентите са на възраст под 65 години 137 (60.9%) за сметка на лицата над 65 годишна възраст 88 (39.1%). Установихме, че се при пациентите под 65 годишна възраст (4.07 ± 3.07) има тенденция за по-високи нива на дистрес спрямо тези на възраст над 65 години (3.39 ± 3.08) ($p=0.08$). (Фигура 2)



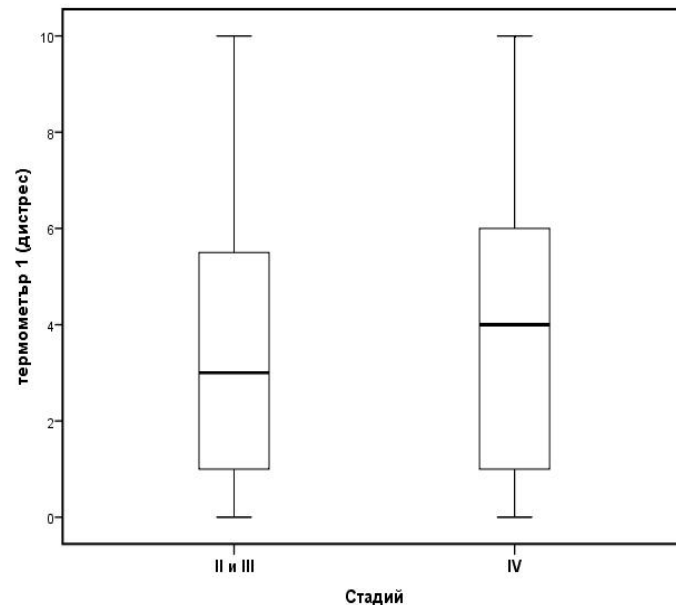
Фигура (2). Box plot графика, илюстрираща нивата на дистрес при пациенти под 65г. и над 65г. На абсцисата е показана възрастта, а на ордината нивото на дистрес на пациентите. Mann-Whitney анализ показва, че има тенденция за по-високо ниво на дистрес при пациентите под 65г. (4.07 ± 3.07) в сравнение с анкетираните над 65г. (3.39 ± 3.08) ($p=0.08$).

Резултатите от проведения анализ по отношение пола на пациентите показват, че има сигнификантно по-високо ниво на дистрес при женски пол в сравнение с анкетираните от мъжки пол. (Фигура 3)



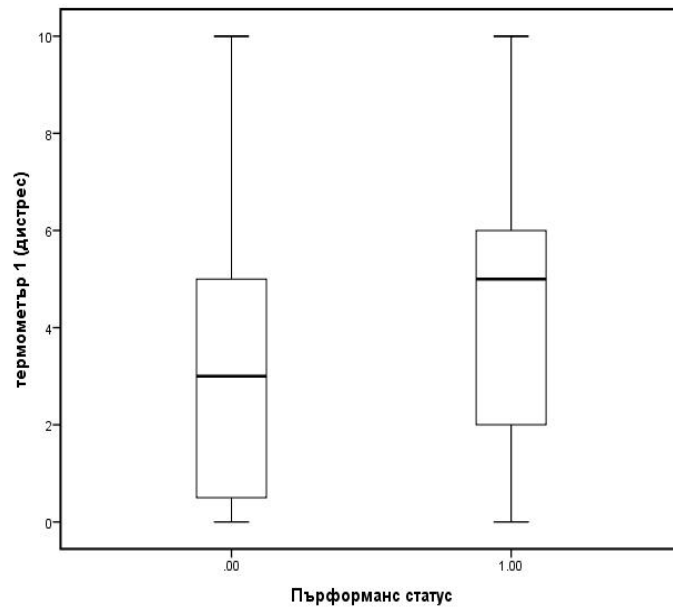
Фигура (3). Box plot графика, представяща нивата на дистрес при пациенти от женски и мъжки пол. На абсцисата е илюстриран пол на пациентите, а на ордината нивото на дистрес. Mann-Whitney анализ показва, че има сигнификантно по-високо ниво на дистрес при женски пол (4.3 ± 3.2), в сравнение с анкетираните от мъжки пол (3.2 ± 2.8) ($p=0.014$).

Mann - Whitney анализа показва, че няма разлика в нивото на дистрес при пациентите с потвърдена онкологична диагноза в стадий II/III (неметастатичен) (3.6 ± 3.1) и тези в стадий IV (метастатичен стадий) (3.9 ± 3.2) ($p > 0.05$). (Фигура 4)



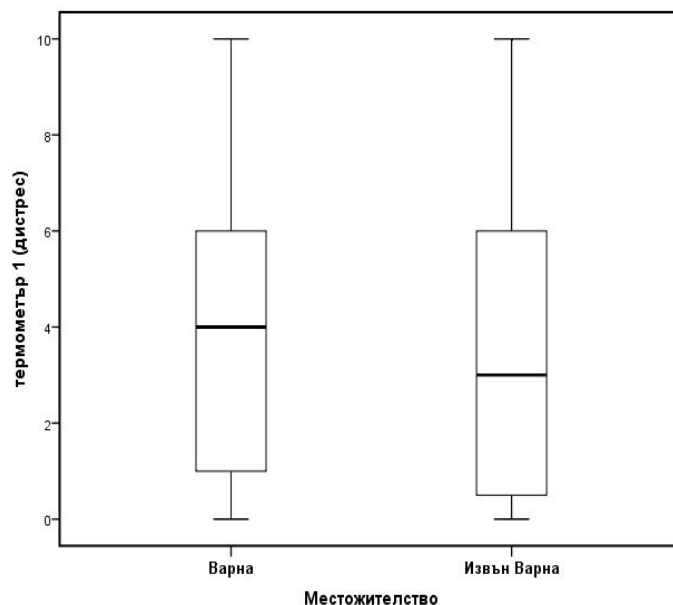
Фигура (4). Box plot графика, илюстрираща нивото на дистрес при пациенти в зависимост от стадия на заболяването. На абсцисата е изобразен стадий на заболяването, а на ордината нивото на дистрес на пациентит.

Резултатите от проведения анализ показват, че има сигнификантно по-високо ниво на дистрес при пациентите оценени според скалата ECOG – перформанс статус 1 (4.4 ± 3.1) в сравнение с тези с перформанс статус 0 (3.4 ± 3.2) ($p = 0.029$). (Фигура 5)



Фигура (5). Box plot графика, показваща разпределение по общо състояние според скалата на ECOG на всички пациенти. На абсцисата е изобразен перформанс статус (PS), а на ордината нивото на дистрес на пациентите. Mann-Whitney анализ показва, че има сигнификантно по-високо ниво на дистрес при пациентите с PS 1 (4.4 ± 3.1) в сравнение с тези PS 0 (3.4 ± 3.2) ($p=0.029$).

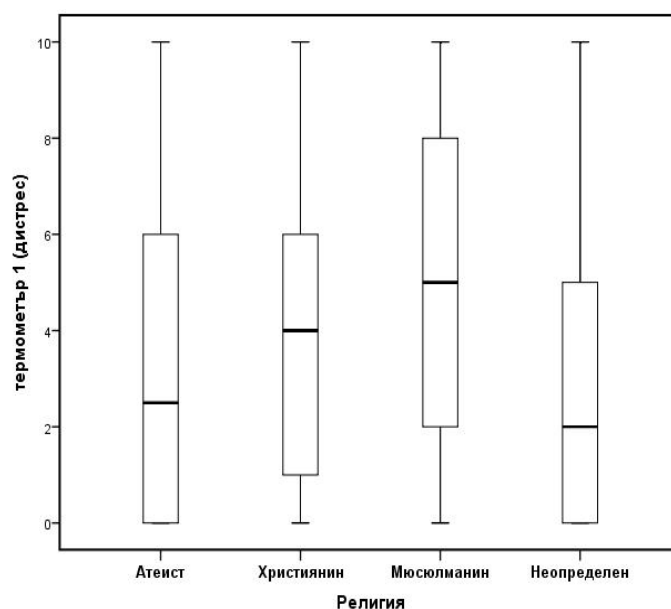
Резултатите от проучването показват, че по-голям дял от общата група живеят в гр. Варна - 129 (57.3%), а тези не живеещи в гр. Варна са 96 (42,7%). Установихме несигнификантна разлика в нивото на дистрес при пациентите живеещи във Варна (3.84 ± 3.0) и лицата с друго местожителство (3.76 ± 3.2) ($p > 0,05$) .(Фигура 6)



Фигура (6). Box plot графика, показваща разпределението на пациентите по местоживееене. На абсцисата е изобразено местожителството, а на ордината

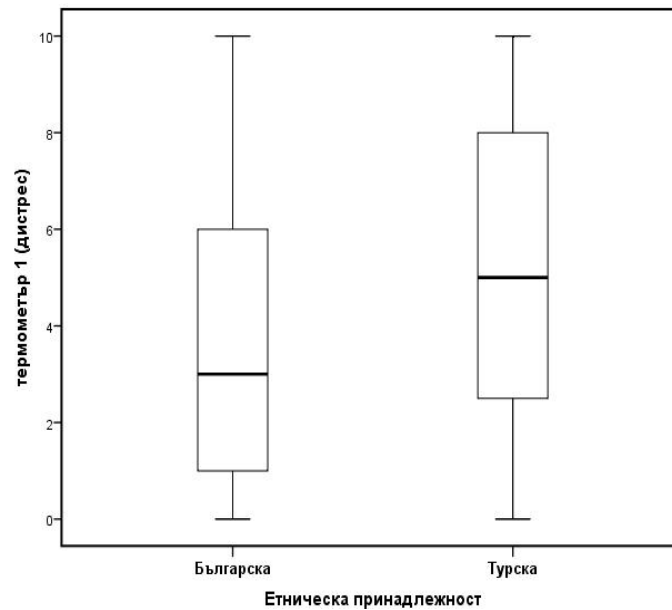
нивото на дистрес на пациентите. Mann-Whitney анализ показва несигнификантна разлика в нивото на дистрес при пациентите живеещи във Варна (3.84 ± 3.0) и тези неживеещи в гр. Варна (3.76 ± 3.2) ($p > 0.05$).

В общата група пациенти най-нисък е процента на мюсюлманите 14 (6.2%), следвани от пациентите, които не желаят да определят вероизповеданието си 26 (11.6%) и атеистите 38 (16.9%). Най - голяма е групата на пациентите посочили християнството 147 (65.3%) като изповядвана от тях религия. Kruskal wallis анализа показва тенденция за връзка между изповядваната религия и нивото на дистреса ($p=0.07$). Пациентите които не желаят да определят точно вероизповеданието си имат ниво на дистрес ($2.7 \pm .6$), което е по-ниско в сравнение с това на християните (4.1 ± 3.1), мюсюлманите (4.7 ± 3.6) и атеистите (3.05 ± 2.8) . (фигура 7)



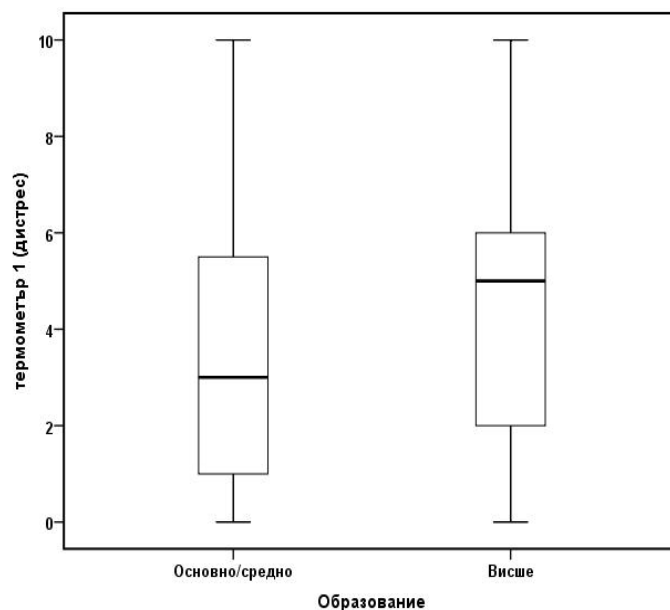
Фигура (7). Box plot графика показваща разпределение на пациентите според изповядваната от тях религия. На абсцисата е показано вероизповеданието на пациентите, разделено в четири групи, а на ордината нивото на дистрес на пациентите. Kruskal wallis анализа показва тенденция за връзка между изповядваната религия и нивото на дистреса ($p=0.07$).

При анализиране на резултатите установихме, че при пациентите от турски етнос (5.2 ± 3.4) се наблюдава тенденция към по- високо ниво на дистрес спрямо тези от български етнос (3.7 ± 3.0) ($p=0.08$). (Фигура 8)



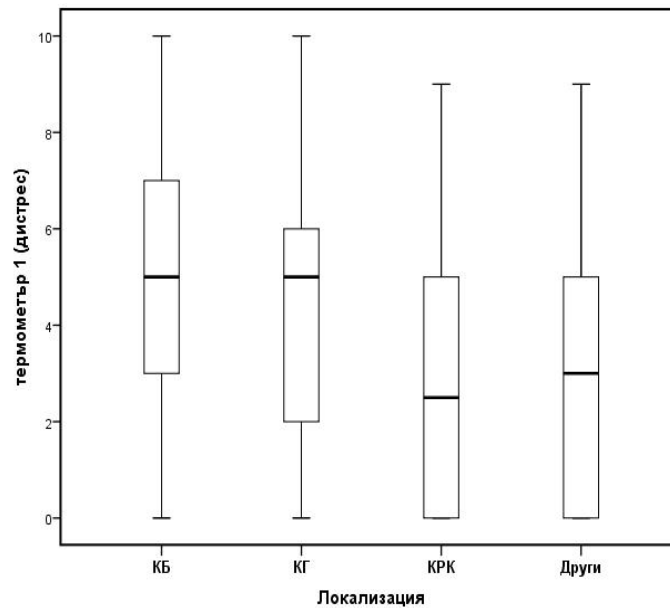
Фигура (8). Box plot графика, показва нивата на дистрес при пациенти в зависимост от етноса. Mann-Whitney анализ показва, че има тенденция за по-високо ниво на дистрес при турския етнос. На абсцисата се вижда етническата принадлежност, а на ордината дистрес при турски етнос (5.2 ± 3.4) в сравнение с анкетираните от български етнос (3.7 ± 3.0) ($p=0.08$).

Резултатите от проведения наш анализ показват, че при пациентите с висше образование (4.4 ± 2.9) има тенденция за по-високо ниво на дистрес спрямо пациентите със средно и основно образование (3.6 ± 3.1) ($p=0.017$). (Фигура 9)



Фигура (9). Box plot графика, показва разпределение на пациентите според образователно и квалификационно ниво. На абсцисата е илюстрирано нивото на образование, а на ордината нивото на дистрес на пациентите. Mann-Whitney анализ показва, че има тенденция за по-високо ниво на дистрес при пациентите с висше образование (4.4 ± 2.9) в сравнение с тези със средно и основно образование (3.6 ± 3.1) ($p=0.017$).

Анализа по локализация показва, че пациентите с карцином на бял дроб (4.9 ± 3.1) имат сигнификантно по-високо ниво на дистрес в сравнение с тези, диагностицирани с колоректален карцином (3.02 ± 2.7) ($p=0.002$). Не се открива сигнификантна разлика в нивото на дистрес между пациенти с карцином на бял дроб (4.9 ± 3.1) и тези карцином на гърда (4.3 ± 3.2). Пациентите с карцином на гърда (4.3 ± 3.2) имат по-високо ниво на дистрес спрямо пациентите с колоректален карцином (3.02 ± 2.7) ($p=0.018$). (Фигура 10)



Фигура (10). Box plot графика, показва разпределение на пациентите според локализацията на първичния тумор, разпределени в четири основни групи. На абсцисата се наблюдават най- често срещаните локализации сред анкетираните- карцином на бяла дроб, карцином на гърда, колоректален карцином и други локализации. Ордината показва нивото на дистрес на пациентите.

Еднофакторния логистичен регресионен анализ показва, че несемейните, лошия перформанс статус, и болните с карцином на бял дроб и гърда се асоциират с по-висок риск за високи нива на дистрес- съответно:

- Несемейни (OR 5.3, 95% CI, 1.2-21.3; p=0.02);
- лош перформанс статус (OR 2.14, 95% CI, 1,24-3,7; p=0.006)
- карцином на бял дроб (OR 4.9, 95% CI, 2.1-11.3;p=0.001)
- карцином на гърда (OR 2.7 , 95% CI, 1.2-6.1; p= 0.01)

Еднофакторен регресионен анализ за възможността на дадените показатели да предричат високите нива на дистрес сред пациентската популация (p=0.044).(Таблица 9)

Таблица (9) Еднофакторен регресионен анализ за възможността на изброените фактори да предричат високите нива на дистрес

	OR	CI 95%	p-value
Пол	0.75	0.44-1.24	0.3
Години	0.66	0.38-1.14	0.1
Стадий	0.72	0.6-1.8	0.7
Перформанс статус	2.14	1.24-3.7	0.006
Карцином на бял дроб	4.9	2.1-11.3	0.001
Карцином на гърда	2.7	1.2-6.1	0.01

Многофакторния регресионен анализ показва, че перформанс статус 1 се асоциира с наличие на високи нива на дистрес (OR 3.09, 95% CI 1.5-6.1, $p=0.001$). Карцинома на белия дроб и карцинома гърда остават независими предиктори за високи нива на дистрес сред пациентите OR 6.7, 95% CI 2.5-18.3, $p=0.001$ и OR 3.4, 95% CI 1.16-10.4, $p=0.02$. (Таблица 10)

Таблица (10) Многофакторен регресионен анализ за възможността на дадените показатели да предричат високите нива на дистрес сред пациентската популация

	OR	CI 95%	p-value
Пол	0.64	0.28-1.45	0.28
Години	1.4	0.72-3.03	0.2
Стадий	1.44	0.66-3.1	0.3
Перформанс статус	3.09	1.5-6.1	0.001
Карцином на бял дроб	6.7	2.5-18.3	0.001
Карцином на гърда	3.4	1.16-10.4	0.02

Анализ на резултатите от измерените нива на тревожност

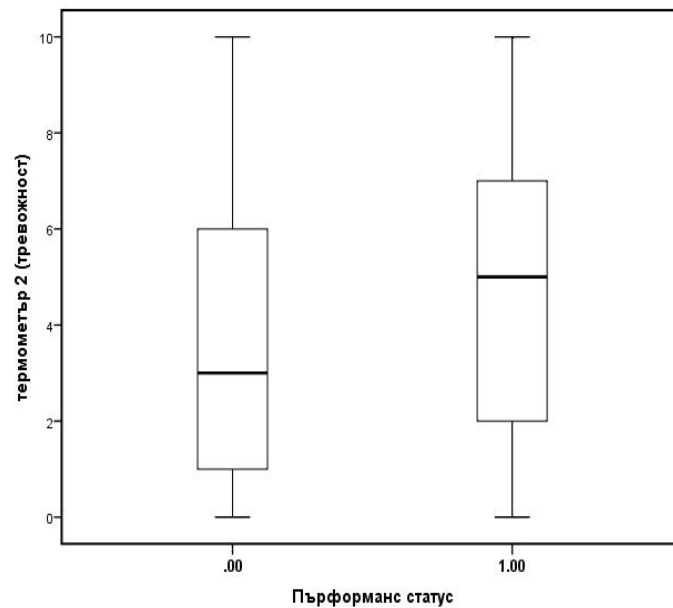
Сто двадесет и седем (56.4%) от болните са съобщици за високи нива на тревожност.

Chi square анализът на социо-демографските данни показва, че няма зависимост между характеристиките: възраст, пол, религия, етнос и местоживеене (отдалеченост от обслужващият онкологичен център) и нивото на тревожност. Наблюдава се връзка между, перформанс статуса, вида карцином и нивото на тревожност.(Таблица 11)

Таблица (11). Зависимост между характеристиките: възраст, пол, религия, етнос, местоживеене (отдалеченост от обслужващият онкологичен център) и локализация и нивото на тревожност.

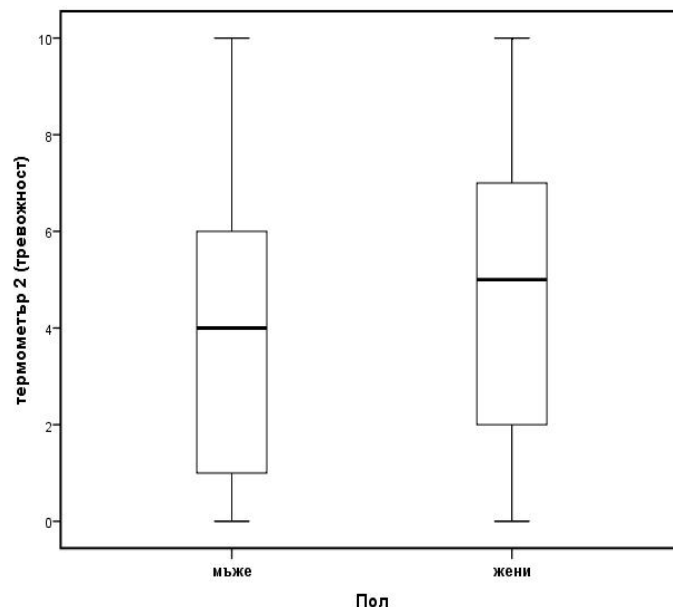
Термометър тревожност			
	Ниски ниво на тревожност	Високи нива на тревожност	P value
Години			0.6
≤65	58	79	
>65	40	48	
Пол			0.18
Мъже	48	51	
Жени	50	76	
Стадий			0.24
II и III	54	52	
IV	44	75	
Перформанс статус			0.043
0	43	51	
1	55	76	
Локализация			0.009
Бял дроб	16	37	
Рак на гърда	20	39	
Колоректален карцином	32	28	
Други (над 14 различни локализации)	30	23	

Mann-Whitney анализа показва, че има сигнификантно по-високо ниво на тревожност при пациентите с PS 1 (4.5 ± 2.9) в сравнение с тези PS 0 (3.56 ± 3.1) ($p=0.043$). (Фигура 11)



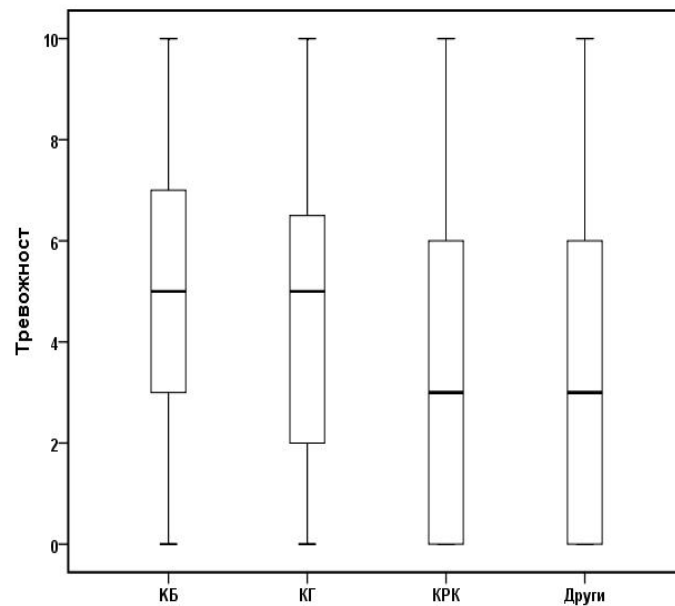
Фигура (11). Box plot графика, показваща разпределение по общо състояние според скалата на ECOG на всички пациенти. На абсцисата е изобразен перформанс статус (PS) а на ордината нивото на тревожност на пациентите.

Mann-Whitney анализ показва, че има сигнификантно по-високо ниво на тревожност при женски пол (4.4 ± 3.1), в сравнение с анкетираните от мъжки пол (3.6 ± 2.8) ($p=0.045$). (Фигура 12)



Фигура (12). Box plot графика, представяща нивата на тревожност при пациенти от женски и мъжки пол. На абсцисата е илюстриран пол на пациентите, а на ордината нивото на тревожност.

Проведеният Man-Whitney анализ показва сигнеификантно по-високи нива на тревожност при болните с карцином на гърда ($p=0.02$) и бял дроб ($p=0.009$) спрямо болни с колоректален карцином и друг вид карцином. (Фигура 13)



Фигура (13). Box plot графика, показва разпределение на пациентите според локализацията на първичния тумор, разпределени в четири основни групи. На абсцисата се наблюдават най-често срещаните локализации сред анкетираните - карцином на бяла дроб, карцином на гърда, колоректален карцином и други локализации. Ордината показва нивото на тревожност на пациентите.

Анализ за възможността на дадените показатели да предричат по високите нива на тревожност сред пациентската популация. В случая е използван еднофакторен регресионен анализ. (Таблица 12)

Таблица(12) - Еднофакторен регресионен анализ за възможността на дадените показатели да предричат по високите нива на тревожност сред пациентската популация

	OR	CI 95%	p-value
Пол	0.69	0.41-1.19	0.18
Несемейни	3.43	1.05-11.2	0.041
Отдалеченост	1.019	0.59-1.72	0.9
Възраст	1.13	0.65-1.92	0.6
Стадий	0.72	0.42-1.24	0.2
Перформанс статус	1.75	1.016-3.04	0.044
Рак бял дроб	2.94	1.31-6.61	0.009
Рак гърда	2.48	1.14-5.39	0.02

Следните фактори се асоциират с по-висок риск за наличие на високи нива тревожност:

Несемейни	CI 95% 1.05-11.2	p= 0.041
Болните в перформанс статус 1	CI 95% 1.016-3.04	p=0.044
Болни с карцином на гърда	CI 95% 1.14-5.39	p=0.02
Рак бял дроб	CI 95% 1.31-6.61	p=0.009

Анализ на резултатите от измерените нива на депресия

Петдесет (22.2%) от болните са съобщили за високи нива на депресия.

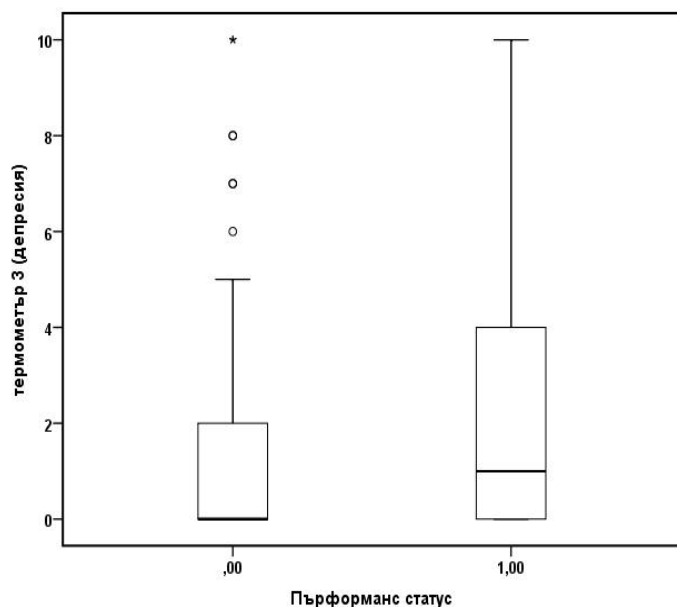
Chi square анализът на социо-демографските данни показва, че няма връзка между характеристиките: възраст, пол, религия, етнос и местоживеене (отдалеченост от обслужващият онкологичен център) и нивото на депресия, отчетено с термометър депресия. Наблюдава се връзка между, перформанс статус, локализация на карцинома, и нивото на депресия. (Таблица 13)

Таблица (13). Връзка между характеристиките: възраст, пол, религия, етнос и местоживеене (отдалеченост от обслужващият онкологичен център) и нивото на депресия.

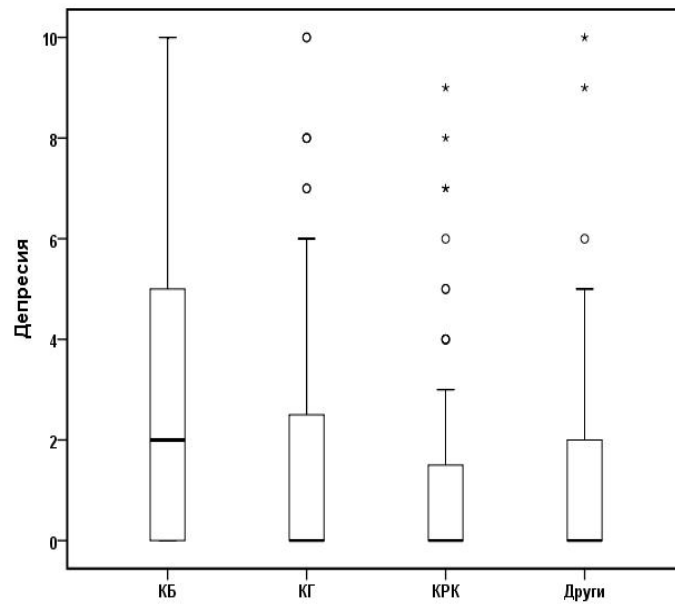
Термометър депресия			
	Ниски нива на депресия	Високи нива на депресия	P value
Години			0.8
≤65	106	31	
>65	69	19	
Пол			0.7
Мъже	78	21	
Жени	97	29	
Стадий			0.7
II и III	82	22	
IV	91	28	
Перформанс статус			0.004
0	79	21	
1	88	39	

Локализация			0.005
Бял дроб	32	21	
Рак на гърда	47	12	
Колоректален карцином	49	11	
Други (над 14 различни локализации)	48	7	

Проведеният Ман-Whitney анализ показва сигнификантно по-високо ниво на депресия при болните в по увреден перформанс статус-1 ($p=0.004$) и с локализация на карцинома - бял дроб и млечна жлеза ($p=0.0005$) (Фигури 14 и 15)



Фигура (14). Box plot графика, показваща разпределение по общо състояние според скалата на ECOG на всички пациенти. На абсцисата е изобразен перформанс статус (PS) , а на ордината нивото на депресия на пациентите.



Фигура (15). Box plot графика, показваща нивото на депресия по локализации на най често срещаните карциноми. На абсцисата са изобразени най често срещаните карциноми , а на ордината нивото на депресия на пациентите.

Еднофакторен регресионен анализ за възможността на дадените показатели да предричат високите нива на депресия сред пациентската популация. (Таблица 15)

Таблица (15). Еднофакторен регресионен анализ за възможността на дадените показатели да предричат по високите нива на депресия сред пациентската популация

	OR	CI 95%	p-value
Пол	0.901	0.477-1.701	0.7
Семеен статус	3.95	0.66-23.7	0.2
Отдалеченост	1.44	1.03-2.85	0.014
Възраст	1.06	0.55-2.01	0.8
Стадий	0.89	0.43-1.69	0.7
Перформанс статус	2.37	1.19-4.74	0.005
Рак Бял дроб	4.81	1.74-13.2	0.002
Рак гърда	1.87	0.64-5.4	0.2

Следните фактори се асоциират с по-висок риск за наличие по-високи нива депресия:

Отдалеченост	CI 95% 1.03-2.85	p=0.014
Перформанс статус	CI 95% 1.19-4.74	p=0.005
Рак на Бял дроб	CI 95% 1.74-13.2	p=0.002

Анализ на резултатите от измерените нива на чувство на гняв

Четиридесет и четири (19.6%) от пациентите са съобщили силно чувство на гняв.

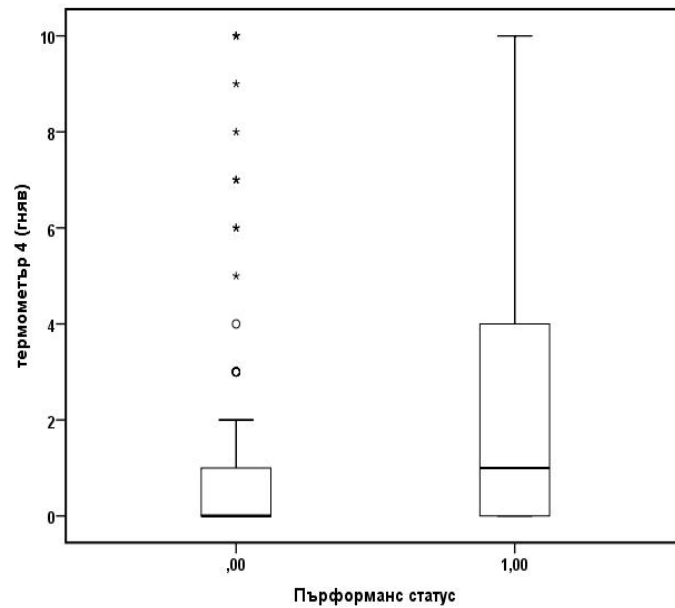
Chi square анализът на социо-демографските данни показва, че няма зависимост между характеристиките: възраст, пол, религия, етнос и местоживееене (отдалеченост от обслужващият онкологичен център) и нивото за чувство на гняв отчетено с гняв термометъра. Наблюдава се връзка между, пърформанс статус, локализация на карцинома и нивото за чувството за гняв. (Таблица 16)

Таблица (16). Социо-демографски данни и връзката им с нивото за чувство на гняв

Гняв термометър			
	Нисък дистрес	Висок дистрес	P value
Години			0.09
≤65	115	22	
>65	66	22	
Пол			0.025
Мъже	73	26	
Жени	108	18	
Стадий			0.4
II и III	86	18	
IV	92	25	

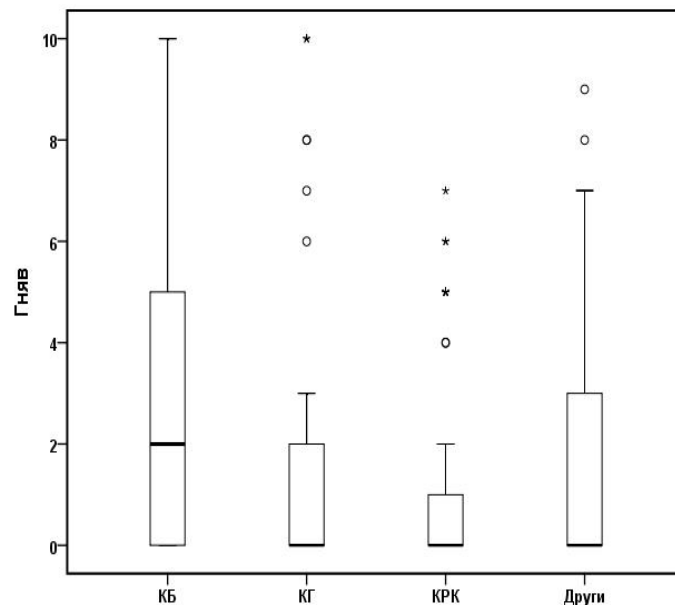
Перформанс статус			0.002
0	82	12	
1	92	32	
Локализация			0.015
Бял дроб	35	18	
Рак на гърда	53	6	
Колоректален карцином	50	10	
Други (над 14 различни локализации)	43	10	

Mann-Whitney анализ показва, че има сигнификантно по-високо ниво на чувство за гняв при пациентите с прформанс статус 1 сравнение с тези с перформанс статус 0. (P value -0,002). (Фигура 16)



Фигура (16). Box plot графика, показваща разпределение по общо състояние според скалата на ECOG на всички пациенти. На абсцисата е изобразен пърформанс статус (PS) а на ордината нивото на чувството за гняв на пациентите.

Mann-Whitney анализ показва, че има сигнификантно по-високо ниво на чувство за гняв при пациентите с карцином на бял дроб от колкото при останалите изследвани локализации. (Фигура17)



Фигура (17). Box plot графика, показваща нивото на чувството за гняв според локализация на тумора. На абсцисата са изобразени изследваните локализации , а на ордината нивото на чувство за гняв на пациентите.

Еднофакторен регресионен анализ показва, че е възможно факторите пол и перформанс статус да бъдат асоциирани с по високи нива на чувство за гняв, отчетени с термометър гняв. (Таблица 17)

Таблица (17). Еднофакторен регресионен анализ за възможността на дадените показатели да предричат по високите нива на гняв сред пациентската популация

	OR	CI 95%	p-value
Пол	2.13	1.09-4.1	0.026
Семеен статус	3.9	0.66-23.2	0.26
Отдалеченост	0.61	0.31-1.19	0.15
Възраст	0.57	0.29-1.11	0.1
Стадий	0.77	0.39-1.51	0.4
Перформанс статус	2.33	1.36-5.69	0.003
Рак Бял дроб	2.05	0.83-5.04	0.11
Рак гърда	0.45	0.15-1.35	0.15

Следните фактори се асоциират с по-висок риск за чувство на гняв:

Пол CI 95% 1.09 - 4,1 p= 0,026

Перформанс статус CI 95% 1.36 -5.69 p=0,003

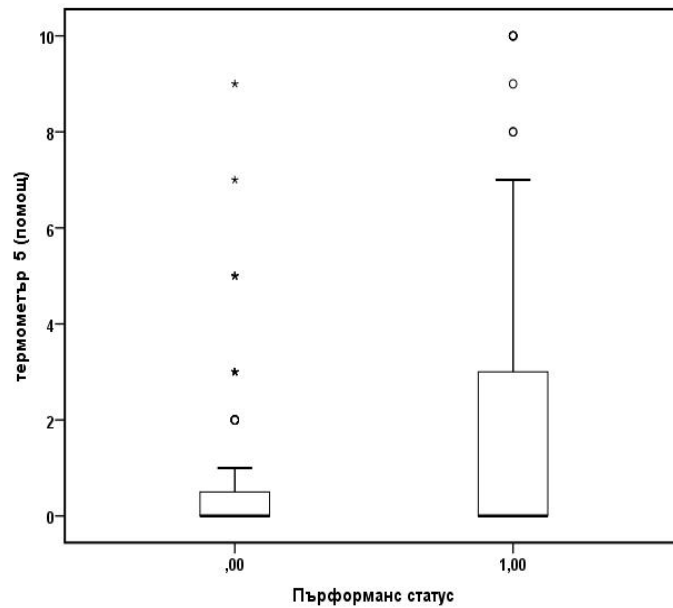
Анализ на резултатите от измерените нива на нуждата от помощ.

Тридесет и двама (14.2 %) от болните са съобщили за силна нужда от помощ. Chi square анализът на социо-демографските данни показва, че няма зависимост между характеристиките: възраст, пол, религия, етнос и местоживеене (отдалеченост от обслужващият онкологичен център) и нивото на нуждата от помощ, отчетено с термометъра-нужда от помощ. Наблюдава се връзка между, перформанс статус, локализация на карцинома и нивото на нуждата от помощ. (таблица 18)

Таблица (18). Социо-демографски данни и връзката им с нуждата от помощ

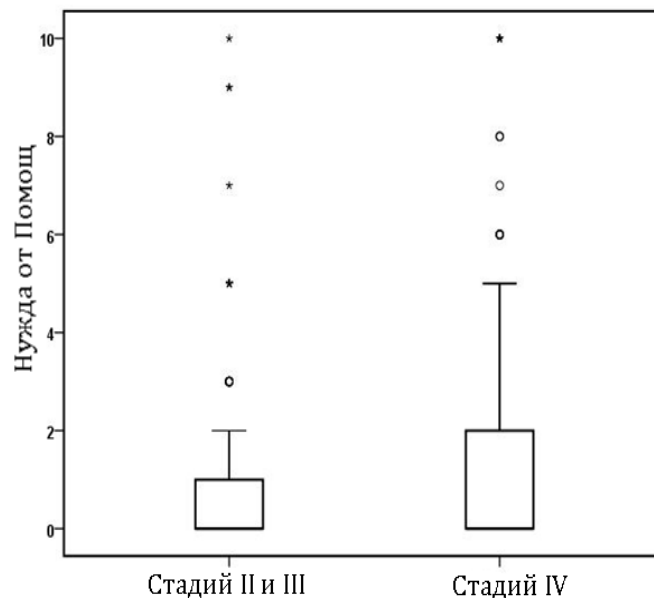
Термометър нужда от помощ			
	Нисъки нива на нужда от помощ	Високи нива на нужда от помощ	P value
Години			0.3
≤65	115	22	
>65	78	10	
Пол			0.9
Мъже	85	14	
Жени	108	18	
Стадий			0.03
II и III	94	9	
IV	99	23	
Пърформанс статус			0.001
0	96	8	
1	97	24	
Локализация			0.8
Бял дроб	43	10	
Рак на гърда	53	8	
Колоректален карцином	52	8	
Други (над 14 различни локализации)	46	7	

Проведеният Mann-Whitney тест, показва силна тенденция за по-голяма нужда от помощ при болните в PS 1 (1.8 ± 2.8) от колкото болните в PS 0 (0.73 ± 1.6) ($p=0.006$). (Фигура 18)



Фигура (18) . Box plot графика, показваща разпределение по общо състояние според скалата на ECOG на всички пациенти. На абсцисата е изобразен перформанс статус (PS), а на ордината нивото на нуждата от помощ на пациентите.

Mann-Whitney анализ показва, че има сигнификантно по-високо ниво на нужда от помощ при пациентите в метастатичен (1.58 ± 2.6) спрямо тези в по-ранен стадий (0.97 ± 2.05) ($p=0.08$). (Фигура19)



Фигура (19) . Box plot графика, показваща разпределение по стадий на карцинома на всички пациенти. На абсцисата е изобразен стадият, а на ординатата нивото на нуждата от помощ на пациентите.

Еднофакторният регресионен анализ показва, че е възможно факторите стадий на заболяването и перформанс статус да бъдат асоциирани с по

високи нива на чувство за нужда от помощ, отчетени с термометър нужда от помощ. (Таблица 19)

Таблица (19). Еднофакторен регресионен анализ за възможността на дадените показатели да предричат по високите нива нужда от помощ сред пациентската популация.

	OR	CI 95%	p-value
Пол	0.98	0.46-2.1	0.9
Семеен статус	1.28	0.22-7.3	0.7
отдалеченост	0.45	0.21-0.97	0.042
Възраст	1.49	0.67-3.2	0.3
Стадий	1.70	1.17-2.93	0.034
Перформанс статус	2.23	1.39-6.59	0.002
Рак бял дроб	1.25	0.43-3.6	0.6
Рак гърда	0.82	0.26-2.54	0.7

Следните фактори се асоциират с по-висок риск за нужда от помощ:

Перформанс статус CI 95% 1.39-6.59 p=0.002

Стадий CI 95% 1,17-2.93 p=0.034

Корелация и вътрешна консистентност между емоционалните термометри

Корелационният анализ по Spearman показва следните зависимости:

*Термометър – „Дистрес“ е в силна корелация с термометър – „Тревожност“ $Rho=0,735$ и в умерена корелация с термометър-„Депресия“ $Rho=0,509$.

* Термометър – „Тревожност“ е в силна корелация с термометър „Дистрес“ $Rho=0,735$ и умерена корелация с термометър „Депресия“ и термометър „Гняв“ $Rho= 0,544$ и $Rho=0,403$.

*Термометър- „Депресия“- показва умерена корелация с термометри „Дистрес“ „Тревожност“ и „Гняв“ с коефициенти Rho съответно $0,509...0,544....0,508$.

*Термометър – „Гняв“- показва слаба корелация с термометри „Дистрес“ и „Нужда от помощ“ съответно $Rho -0,337$ и $Rho- 0,354$ и умерена корелация с термометри „Тревожност“ и „Депресия“ съответно $Rho- 0,403$ и $Rho- 508$.

*Термометър – „Нужда от помощ“ показва слаба корелация с всички останали термометри- съответно термометри „Дистрес“ $Rho=0.326$, „Тревожност“ $Rho -0,369$ „Депресия“ $Rho- 0,379$ и „Гняв“ $Rho- 0,354$. (Таблица 20)

Таблица (20)

	Термометър (тревожност)	Термометър (депресия)	Термометър (гняв)	Термометър (помощ)
Spearman's rho	0.735	0.509	0.337	0.326
Дистрес термометър	p<0.001	p<0.01	p<0.01	p<0.0

Вътрешна консистентност на термометрите

Кронбах алфа (α), като обективен оценител на надеждността на използваните термометри е 0.82, което показва добра вътрешна консистентност.

Дискусия

Всеки пациент, който е диагностициран с онкологично заболяване, независимо от стадия и вида му, който провежда лечение или има симптоми, преживява определено ниво на дистрес. По литературни данни при около 20-40% от новодиагностицираните пациенти и от тези с доказан рецидив се наблюдава клинично доловимо (измеримо) ниво на дистрес. За всички онкологични заболявания средното ниво на дистрес е около 35%, което варира по локализации от около 30% при пациенти с гинекологични злокачествени болести до 43% при белодробен карцином. Метаанализите показват, че 30-40% от болните с различен тип тумори проявяват някакъв вид или комбинация от разстройства на настроението. На този етап съществува проблем с идентификацията на пациентите с дистрес, както и с осигуряването на адекватна психо-социална помощ поради лоша подготовка на екипите, които обслужват онкологично болните, липсата на информация, както и страха от контакта със специалисти, които се занимават с психологични или психиатрични проблеми.

Съществуват доказателства, че дистреса, депресията и психичните разстройства варират в зависимост от редица фактори: локализация, стадий, пол, етническа принадлежност и възраст на пациента. Тези с по-висок риск за развитие на дистрес са с анамнеза за психично разстройство, депресия или зависимости, с когнитивни нарушения, тежка коморбидност, лошо

контролирана симптоматика, състояния, които затрудняват/нарушават комуникацията, проблеми в социалната сфера. Рисковите фактори с голяма тежест включват: млада възраст, женски пол, самотници, родители с малки деца и индивиди, които са били обект на насилие. Не на последно място, дистресът засяга и членовете на семейството на онкологично болният пациент (или този, който се грижи за пациента). Скринингът и ранното ефикасно лечение имат потенциал да намалят психо-социалния дистрес не само за пациенти, но и за близките, които ги обичат и се грижат за тях. Поради това, че дистресът оказва негативно влияние върху лечението, качеството на живот и върху преживяемостта, ранният скрининг и навременното справяне с него подобряват медицинското лечение. Група швейцарски учени от университета в Люцерн публикуват метаанализ за използването на „емоционален термометър“ при новодиагностицирани пациенти с рак. Те заключават, че публикациите за изследването на дистрес и други емоционални термометри, като тревожност, гняв и нужда от помощ са редки, особено при млади онкоболни. Проведеното от авторите изследване препоръчва използването на „емоционалните термометри“, като валидиран инструмент за скрининг при новодиагностицирани болни с рак.

Широко известно е, че поставянето на диагноза и самото лечение на онкологичното заболяване имат не само физическо въздействие. Описани са разнообразни индивидуални реакции към дистреса, както и в способността за адаптация към него (способността да се справят с последващите въздействия). Първа проява на психо-социален дистрес при много хора може да се появи още в момента, в който има подозрение, че възможната диагноза е „рак“ и варира в хода на заболяването.

Проучвания, които обхващат широк кръг от различни локализации, различни стадии и групи от населението, са идентифицирали честотата (епидемиологията), разпространението и естеството на дистреса, проявен при онкологично болните пациенти. Както сред самите болни, така и в групата на „оцелелите“, нивото на дистрес оказва значително въздействие върху качеството на живот и зависи от множество социални, емоционални, икономически и др. фактори. Сигнификантни нива на дистрес са докладвани при различни групи пациенти с онкологични заболявания с варираща честота между 35-45% и достигаща до 70% при болни, които са подложени на палиативни грижи .

Високите нива на дистрес са свързани с повишено страдание, по-ниско качество на живот, трудности при вземане на решения относно лечението, непридържане към лечението, неудовлетвореност от медицинските грижи, допълнителни посещения в хоспитализации. Пациентите не съобщават доброволно за проявите на дистрес или някакъв вид психически дискомфорт, защото изпитват смущение, страх, че ще бъдат заклеймени. Освен това, предоставящите онкологични грижи често не успяват да идентифицират психо-социалните проблеми. Често психо-социалният дистрес бива признат едва тогава, когато негативният стрес достигне критични за пациента нива. Съществуват редица проблеми, свързани с осигуряването на психо-социални грижи в онкологията, като едни от ключовите фактори са недостатъчните познания и умения на лекаря по отношение на психо-социалната оценка и комуникацията относно психо-социалните проблеми.

Напоследък се наблюдава увеличение в броя на проучванията, изследващи предимствата на терапията при проява на дистрес и справянето с произтичащите от него симптоми в хода на развитие на онкологичното заболяване. Съществуват доказателства, че интервенциите са успешни за намаляване на нивото на дистрес, тревожност, депресия, болка и умора.[89] Установено е, че психо-социалните услуги при онкологично болни водят до намаление на разходите до 22% за съответната здравна система.

Дистресът се концептуализира като простиращ се по една продължителна ос – от обичайни, нормални усещания за уязвимост, тъга и страхове – до проблеми, които водят до неспособност за функциониране като: клинична депресия, паника и духовни кризи. В контекста на онкологията, дистресът е многофакторен, тъй като множество аспекти от личния живот на пациента могат до допринесат за усещането за дистрес, в това число: физически симптоми, тежест на заболяването, способност за извършване на ежедневни дейности, достъп до информация и подкрепа, а също така и други лични фактори.

На този етап се препоръчва идентифицирането и борбата с дистреса да бъдат стандарт при цялостната грижа за онкологично болните, тъй като винаги съществува риск от развитието му в хода на заболяването. Концепцията за борба и управление (мениджмънт) на психо-социалния дистрес, при които скрининга за дистрес в рамките на рутинната ежедневна практика е ключов аспект, който би трябвало да се въведе на национално ниво.

Метаанализите показват, че 30-40% от болните с различен тип тумори проявяват някаква вид или комбинация от разстройства на настроението. Достатъчно екзактни ли сме към психическия статус на пациента? Множество значими изследвания през последните две десетилетия излагат данни, потвърждаващи връзката между онкологичните заболявания и психологичните фактори, като установяват три основни закономерности. Първата е, че началото на болестта съвпада по време със значими травмиращи събития в живота на индивида; втората е, че лечението на онкологичното заболяване е стресогенно, и третата – че личностните модели за справяне по време на лечението повлияват не само качеството на живот на пациента, но и прогнозата. Така в средата на седемдесетте години на миналия век се поставят официалните основи на психо-онкологията. Съществуването на емоционални проблеми у онкоболните е описано от много автори и в разнообразни аспекти. Широко известно е, че поставянето на диагнозата и самото лечение имат не само физическо въздействие. Описани са разнообразни реакции към дистреса, както и способността за адаптация към него.

Именно различните типове на емоционална реакции и взаимовръзката им (корелацията) с нивата на дистрес у онкоболните са предмет на този дисертационен труд. Освен дистреса като основен параметър на емоционална реакция ние изследвахме следните психо-емоционални разстройства и корелацията им с дистреса както и по между им-депресия, тревожност, гняв, нужда от помощ.

Анализът на резултатите от измереното ниво на дистрес показва, че лицата с ниско ниво на дистрес са 114 (50.7%), а тези отбелязали умерено/високо ниво на дистрес 111 (49.3%).

Анализът на социо-демографските данни показва, че няма зависимост между характеристиките: възраст, пол, религия, етнос и местоживеене (отдалеченост от обслужващият онкологичен център) и нивото на дистрес, отчетено с Дистрес термометъра. Наблюдава се връзка между, перформанс статус- P value 0,006 , локализация на карцинома- P - value 0,001, ниво на образованието- P value 0.017 и нивото на дистрес .

Анализът на тревожността и връзката и със социодемографските данни показва, че няма зависимост между характеристиките: възраст, пол, религия, етнос и местоживеене (отдалеченост от обслужващият онкологичен център) и нивото на тревожност, отчетено с Тревожност

термометъра. Наблюдава се връзка между, перформанс статуса- P- value 0,043 вида карцином P- value 0,009 и нивото на тревожност.

Анализът на депресията и връзката и със социо-демографските данни показва, че няма зависимост между характеристиките: възраст, пол, религия, етнос и местоживееене (отдалеченост от обслужващият онкологичен център) и нивото на депресия, отчетено с Депресия термометъра. Наблюдава се връзка между, перформанс статус P- value 0.004, локализация на карцинома P- value 0,005 и нивото на депресия.

При чувството за гняв -анализът на социо-демографските данни показва, че няма зависимост между характеристиките: възраст, пол, религия, етнос и местоживееене (отдалеченост от обслужващият онкологичен център) и нивото , чувството за гняв отчетено с Гняв термометъра. Наблюдава се връзка между, перформанс статус P- value 0.002, локализация на карцинома P- value 0.017 и нивото за чувството за гняв.

При нуждата от помощ -анализът на социо-демографските данни показва, че няма зависимост между характеристиките: възраст, пол, религия, етнос и местоживееене (отдалеченост от обслужващият онкологичен център) и нивото , чувството за гняв отчетено с термометъра Нужда от помощ. Наблюдава се връзка между, перформанс статус P- value 0.001, стадия на карцинома P- value 0.03 и нивото на чувство за нужда от помощ.

Не по малко интересни се оказаха и корелационите зависимости между отделните термометри: Термометър – „Дистрес” е в силна корелация с термометър- „Тревожност“ Rho-0,735 и в умерена корелация с термометър -„Депресия“ Rho-0,509. Термометър - „Тревожност” е в силна корелация с термометър „Дистрес” Rho- 0,735 и умерена корелация с термометър “Депресия” и термометър “Гняв” Rho- 0,544 и Rho-0,403. Термометър „Депресия” показва умерена корелация с термометри „Дистрес“ „Тревожност“ и „Гняв“ с коефициенти Rho съответно 0,509...0,544....0,508.Термометър “Гняв” показва слаба корелация с термометри „Дистрес“ и „Нужда от помощ“ съответно Rho -0,337 и Rho- 0,354 и умерена корелация с термометри „Тревожност“ и „Депресия“ съответно Rho- 0,403 и Rho- 508.Термометър „Нужда от помощ” показва слаба корелация с всички останали термометри- съответно термометри „Дистрес“ Rho-0.326 “Тревожност“ Rho -0,369 „Депресия“ Rho- 0,379 и „Гняв“ Rho- 0,354

Изложеното по горе идва да потвърди сложната корелация между дистреса предизвикан от диагнозата и предстоящото лечение на онкоболния и множество други психо-емоционални състояния, които съпътстват пациента през целия период на лечение. За първи път в България сравнихме корелационна зависимост между дистрес и посочените емоционални състояния при онкологично болни, още повече, че в световната онкологична литература подобни изследвания са все още оскъдни.

Изводи

1. 49.3% от болните са с умерено и високо ниво на дистрес, което потенциално ще наруши провежданото лечение и ще влоши прогнозата на тези болни

2. Пациентите в метастатичен и неметастатичен стадий на болестта имат подобни нива на дистрес. Тук се обуславя ниша за лекуващия лекар да информира добре пациентите за стадия на болестта и за възможностите за излекуване с цел намаляване нивата на дистрес и подобряване качеството на живота на болните.

3. Следните фактори се асоциират с по-висок риск за високи нива на дистрес- съответно:

- несемейни (OR 5.3, 95% CI, 1.2-21.3; p=0.02)
- не добър перформанс статус (OR 3.09, 95% CI, 1.5-6.1 ; p=0.001)
- карцином на бял дроб (OR 4.9, 95% CI, 2.1-11.3; p=0.001)
- карцином на гърда (OR 2.7 , 95% CI, 1.2-6.1; p=0.01)

4. Следните фактори се асоциират с по-висок риск за високи нива на тревожност - съответно:

- разведени (OR 3.43, 95% CI, 1.05-11.2; p=0.041)
- не добър перформанс статус (OR 1.75, 95% CI, 1.016-3.04; p=0.044)
- карцином на бял дроб (OR 2.94, 95% CI, 1.31-6.61; p=0.009)
- карцином на гърда (OR 2.48, 95% CI, 1.14-5.39, p=0.02)

5. Следните фактори се асоциират с по-висок риск за високи нива на депресия- съответно:

- разстояние от медицински център (OR 1,44 ,95% CI ,1.03-2.85 p=0.014)
- не добър перформанс статус (OR 2.37, 95% CI 1.19-4.74 p=0.005)
- карцином на бял дроб (OR 4.81,95% CI, 1.74-13.2 p=0.002)

6. Следните фактори се асоциират с по-висок риск за високи нива на гняв - съответно:

- не добър перформанс статус (OR 2.33, 95% CI,0.16-0.69, p=0.003)
- мъже (OR 2.13,95% CI,1.09-4.1, p=0.026)

7. Следните фактори се асоциират с по-висок риск за нужда от помощ:

Перформанс статус	CI 95% 1.39-6.59	p=0.002
Стадий	CI 95% 1,17-2.93	P=0.034

Приноси

1. За първи път в България е проведен анализ на нивата на дистрес, тревожност, депресия, гняв и нужда от помощ на онкологично болни от медицински онколог в колаборация с клинични психолози.
2. За първи път в България е проведен корелационен анализ между нивата на дистрес и тревожността, депресията, гнева и нуждата от помощ при онкологично болни преди започването на лечението си.
3. За първи път в България са идентифицирани рисковите фактори за високи нива на тревожност, депресия, гняв и нужда от помощ.
4. За първи път в България е демонстрирана надежността на емоционалните термометри да характеризират психичния статус на пациентите преди началото на своето системно лечение.
5. За първи път в България се демонстрира нуждата от навлизането в онкологичната практика на мултидисциплинарни екипи за скриниране на психологичния статус на онкоболния преди началното лечение.

Публикации свързани с дисертационния труд

Скрининг за дистрес при онкологично болни пациенти и фактори, повлияващи нивото му.

Автори: Асен Янчев, Мартина Иванова, Елеонора Димитрова, Иван Донеv, Николай Цонев, Драгомир Стоянов, Явор Кашлов, Весела Златева, Камелия Братоева, Иван Александров, Станислава Павлова

Дата на публикуване: 2018 Периодично издание: Списание на Българско онкологично дружество / Journal of Bulgarian Cancer Society /Брой: 2018/1Страници: 82-90

Издател: Българско онкологично дружество / Bulgarian Cancer Society

Скрининг за дистрес при онкологично болни

Автори: Мартина Иванова, Асен Янчев, Николай Цонев, Иван Донеv, Елеонора Димитрова, Драгомир Стоянов, Явор Кашлов, Камелия Братоева, Станислава Пенева

Том 1 Страници 31-39 Дата на публикуване: 2018

Периодично издание: Studia Oncologica

Издател: Парадигма

Анализ на връзката между нивата на дистрес и списъка с проблеми

Автори: Мартина Иванова, Асен Янчев, Елеонора Димитрова, Николай Цонев, Драгомир Стоянов, Явор Кашлов, Весела Златева, Цветан попов, Иван Вълкадинов, Иван Александров, Станислава Павлова, Иван Донеv

Дата на публикуване: 2018. Периодично издание: Списание на Българско онкологично дружество / Journal of Bulgarian Cancer Society/. Том 4 страници 31-37

Издател: Българско онкологично дружество / Bulgarian Cancer Society

Gender and time estimation as novel potent indicators of emotional concerns in cancer patients.

Автори: Asen Yanchev, Martina Ivanova, Ivan Donev, Eleonora Dimitrova, Nikolay Vladimirov Conev

Дата на публикуване: 2020.5.20 Източник: Journal of Clinical Oncology. Том: 38 Брой: 15

Страници: e24195-e24195

Издател: American Society of Clinical Oncology

Dynamic of time estimation and its relation with levels of distress.

Автори: Nikolay Vladimirov Conev, Martina Ivanova, Eleonora Dimitrova, Asen Yanchev, Ivan Donev

Дата на публикуване: 2020/5/20 Източник Journal of Clinical Oncology: Том: 38 Брой: 15

Страници: e19091-e19091

Издател: American Society of Clinical Oncology

Time perception as a novel ultra-short screening tool for distress in cancer patients.

Автори: Nikolay Vladimirov Conev, Ivan Donev, Dragomir Stoyanov, Martina Ivanova, Eleonora Dimitrova, Asen Yanchev

Medical University of Varna, Varna, BG

Дата на публикуване: june.01.2018

Източник: Journal of Clinical Oncology: Том: 36, Брой: 15.

Страници: e22123-e22123

Издател: Amerikan society of Clinical Oncology

