



**МЕДИЦИНСКИ
УНИВЕРСИТЕТ**
„Проф. Д-р Параскев Стоянов”
–Варна
**ФАКУЛТЕТ „ОБЩЕСТВЕНО
ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ”**
Катедра „Здравни грижи”

Мартина Стоянова Иванова

**ОПТИМИЗИРАНЕ НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ ПРИ
ОНКОЛОГИЧНО БОЛНИ, ЧРЕЗ ОЦЕНКА НА ДИСТРЕСА**

АВТОРЕФЕРАТ

на дисертационен труд за присъждане на образователна и научна
степен „Доктор“
по професионално направление 7.4. Обществено здраве
научна специалност „Управление на здравните грижи“

Научен ръководител:

доц. Станислава Павлова Пенева, д.м

Научен консултант:

доц. д-р Николай Владимиров Цонев, д.м.

Варна, 2023

Дисертационният труд съдържа 185 страници и е структуриран в пет основни глави. Включва 66 фигури, 8 таблици, и 6 приложения (броят на фигурите и таблиците в дисертационния труд и автореферата се различава, предвид изискванията при разработването на всеки един). Библиографският списък включва 226 литературни източника, от които 56 на кирилица и 170 на латиница.

Жури

Външни членове:

1. Проф. Макрета Тодорова Драганова, д.м.,
2. Проф. д-р Кънчо Трифонов Чамов д.м.
3. Доц. Иринка Атанасова Христова, д.м.

Резервен външен член:

Доц. Таня Паскалева Стойчева, д.м.

Вътрешни членове:

1. Доц. д-р Елеонора Георгиева Димитрова – Господинова, д.м.
2. Доц. Валя Иванова Димитрова, д.оз.

Резервен вътрешен член:

Доц. Мариана Николова Димитрова, д.оз.

Дисертационният труд е обсъден и насочен за защита от разширен катедрен съвет на Катедра „Здравни грижи“ към Медицински университет „Проф. Д-р П. Стоянов“ – гр. Варна на 26.01.2023 г.

Защита на дисертационният труд ще се проведе на 10.05.2023 г.

Материалите по защитата са на разположение в Научен отдел на МУ – Варна и са публикувани на Интернет страницата на МУ – Варна.

СЪДЪРЖАНИЕ

I. ВЪВЕДЕНИЕ	4
II. МЕТОДОЛОГИЯ И ОРГАНИЗАЦИЯ НА НАУЧНОТО ПРОУЧВАНЕ	7
III. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ	18
3.1 <i>Характеристика на изследваните групи</i>	18
3.2 <i>Анализ на резултатите от измерените нива на дистрес сред пациентите</i>	20
3.3 <i>Анализ на резултатите от измерените нива на дистрес сред близките</i>	30
3.4 <i>Оценка на връзката между практическите, семейните, емоционалните, физическите проблеми, духовни/религиозни притеснения на пациентите и нивото на дистрес</i>	33
3.5 <i>Вербални и невербални поведенческите реакции на пациента в периода на хоспитализация</i>	54
3.6 <i>Анализ на резултатите от проведените интервюта с медицински сестри за необходимостта от прилагане на дистрес термометъра и възможностите за оптимизиране на сестринските грижи при пациенти с дистрес</i>	64
IV. ПРАКТИЧЕСКИ ПОДХОДИ ЗА ОПТИМИЗИРАНЕ ПРОФЕСИОНАЛНАТА ДЕЙНОСТ НА ОНКОЛОГИЧНАТА СЕСТРА ПРИ ПАЦИЕНТИ С ДИСТРЕС	68
V. ИЗВОДИ, ПРЕПОРЪКИ И ПРИНОСИ	76
VI. ЗАКЛЮЧЕНИЕ	80
VII. НАУЧНИ ПУБЛИКАЦИИ И УЧАСТИЯ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯТ ТРУД	82

I. ВЪВЕДЕНИЕ

Напредъкът в научните изследвания и технологиите, съчетан с повишената заболяемост и разпространение на онкологичните заболявания, доведоха до значително разширяване на ролята на медицинска сестра, която трябва да отговори на нарастващите изисквания и очаквания на хората, засегнати от рак. Постоянните промени в здравната система както и новите научни открития интегриращи се в грижите за онкологично болни сочат, че ролята на онкологичната сестра ще продължи да се развива. Повишавайки квалификационното си ниво и разширявайки своите компетенции медицинските сестри изпълняват все по-добре професионалните си задължения. Медицинската сестра, изпълнявайки професионалните си задължения развива и задълбочава връзката си с пациентите и техните близки.

Интересът към скрининг за дистрес при онкологично болни нараства значително, но съществуват проблеми при разбирането и прилагането на програми за идентифицирането му. Реакциите към дистреса са разнообразни, като те водят и до различни феномени на адаптация. Скринингът за конкретно заболяване или здравословен проблем зависи от няколко основни фактора, като самият здравен проблем, типът скринингов тест и националната система за здравеопазване. Доказано е, че пациентите с онкологични заболявания изпитват дистрес, като интензивността му варира в широки граници в зависимост от индивидуалните особености и характеристиките на самото заболяване. Идентифицирането на пациентите с дистрес, осигуряването на адекватна психосоциална помощ, липсата на информация, страха от контакта със специалисти, предлагащи психологична или психиатрична помощ са значими проблеми. Дистреса е в зависимост от разнообразни показатели, като локализация, стадий, пол, етническа принадлежност, възраст на пациента и други. Дистресът засяга и членовете на семейството на онкологично болният пациент. Оценката и ранната му профилактика са значими не само за пациентите, но и за техните близки.

Оценката и борбата с дистреса са част от цялостната грижа за онкологично болните, поради риск от развитието му в хода на заболяването. Медицинската сестра заема ключова роля в

грижите при пациента, диагностициран с онкологично заболяване и предоставя нужната му информация, според професионалните си компетенции. Онкологичната сестра чрез уменията си за междуличностно общуване и активно слушане, оценява потребностите на пациента и психоемоционалното му състояние. Професионалистите по здравни грижи извършват наблюдение и оценката нуждите на пациента преди, по време и след химиотерапия. Интердисциплинарните знания подпомагат цялостните сестрински грижи, съпроводени с емпатийно чувство, готовност за лична ангажираност и разбиране нуждите на пациента. Здравните грижи, оказвани от онкологичната медицинска сестра не се свеждат само до умения свързани с медицинските манипулации, знания за медикаментозната терапия, хранене и други, а са широко обхватни, включващи общуване и взаимодействие не само с болния, но и с неговите близки. Подпомагайки близките на пациента в грижите за болния и оценявайки наличието на дистрес при близките, медицинските сестри биха могли да оказват грижи, да дават препоръки, да обучават и да консултират своите онкологични пациенти, чрез техните близки.

Онкологичните медицински сестри играят роля в подкрепата на пациента през целия му път в борбата с онкологичното заболяване. Изправени са пред ежедневното справяне с многобройните проблеми, които пациентите и техните семейства срещат в резултат на онкологичното заболяване или неговото лечение.

Независимо от знанията си за оценка на нуждите на пациента, съвременната онкологична сестра е необходимо да оценява и практическите, физическите, емоционалните, семейните проблеми, на базата на които да определи нивото на дистрес, което ще подпомогне грижите и благополучието на пациентите. Информацията от скрининга помага на медицинските сестри при разбирането и анализа на дистреса, при оценката на нуждата от поддържащи грижи и необходимостта по-нататъшно насочване към специалист. Така медицинските сестри са с по-висока степен на полезност в професионалната практика, при срещата с пациентите, при решаване на възникнали проблеми.

Оценката на дистреса при пациенти с онкологични

заболявания е предпоставка за оптимизиране на сестринските грижи, чрез които би се подобрило качеството им живот.

Анализът на литературните източници показва, че у нас проучванията в областта на дистреса при пациенти с онкологични заболявания и оценка на проблемите в ежедневието им, както и ролята на онкологичната медицинска сестра не са задълбочено, цялостно и систематизирано проучено.

Изясняването на ролята на онкологичната медицинската сестра в оценката на дистреса при пациенти с онкологични заболявания, разкриването на трудностите и проблемите в сестринската практика, разкриват възможностите за подобряване на състоянието на пациента с онкологично заболяване и повишават качеството му на живот.

В условията на прогресивно увеличаване на броя на пациентите с онкологично заболяване проучените и анализирани проблеми придобиват особена актуалност. Проучването на въпроса за оценката на дистреса при пациенти с онкологични заболявания и предлагането на конкретни практически подходи, се явява актуален и значим проблем в съвременната сестринска теория и практика. Всичко това ни мотивира за избор на темата на дисертационен труд.

II. МЕТОДОЛОГИЯ И ОРГАНИЗАЦИЯ НА НАУЧНОТО ПРОУЧВАНЕ

2.1. Цел, задачи и хипотези на проучването

Цел на настоящото проучване е да се идентифицира и оцени нивото на дистрес при онкологично болни с оглед оптимизиране на здравните грижи.

За постигне на целта си поставихме следните **задачи**:

1. Да се проучи международния опит и ролята на медицинската сестра в оценката на дистрес при онкологично болни.
2. Да се проучи и установи връзката между вид на онкологичното заболяване, общо състояние, стадий на онкологичното заболяване и нивото на дистрес, преди и след проведена химиотерапия.
3. Да се проучи и установи връзката между социално-демографски фактори и нивото на дистрес при пациенти с онкологични заболявания.
4. Да се проучи и установи нивото на дистрес при близките на пациенти с онкологични заболявания, предвид грижите и взаимодействието им.
5. Да се разкрие връзката между практическите, семейните, емоционалните, физическите проблеми, духовни/религиозни притеснения на пациентите и нивото на дистрес.
6. Да се проведе наблюдение в реална работна среда, проследяващо поведенческите реакции на пациента в периода на хоспитализацията.
7. Да се проучи и оцени необходимостта от прилагане на дистрес термометъра в ежедневната сестринска работа и възможностите за оптимизиране на сестринските грижи при пациенти с дистрес.
8. Да се разработят практически подходи за оптимизиране на дейността на медицинската сестра при пациенти с онкологични заболявания с дистрес.

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

- Общото състояние, вида и стадия на онкологичното заболяване и социално-демографските фактори повишават нивото на дистрес при пациентите с онкологично заболяване.

- Практическите, семейните, емоционалните, физическите проблеми, духовни/религиозни притеснения на пациентите повлияват нивото на дистрес.

- Близките на пациенти, диагностицирани с онкологично заболяване също са засегнати от дистрес.

2.2. Организация, време и място на дисертационното проучване

Предмет на настоящото проучване е оценката и анализа на дистрес сред онкологично болни.

Обект на изследването:

Пациенти с хистологично доказано онкологично заболяване и насочени за лечение към Клиника по медицинска онкология към УМБАЛ „Св. Марина“ ЕАД - Варна.

- Членове от семейството на пациентите насочени за лечение в Клиника по медицинска онкология към УМБАЛ „Св. Марина“ ЕАД - Варна.

- Медицински сестри, практикуващи в Клиника по медицинска онкология към УМБАЛ „Св. Марина“ ЕАД - Варна.

Обхват на проучването

В проучването са включени общо 597 респондента, разпределени в три групи:

- **Първа група** - пациенти (n= 374) с доказано онкологично заболяване и насочени за лечение към Клиника по медицинска онкология към УМБАЛ „Св. Марина“ ЕАД - Варна.

- **Втора група** - членове на семейства (n=200), на пациента с доказано онкологично заболяване и насочени за лечение към Клиника по медицинска онкология на УМБАЛ „Св. Марина“ ЕАД - Варна.

- **Трета група** – Медицински сестри (n=23), работещи в Клиника по медицинска онкология към УМБАЛ „Св. Марина“ ЕАД - Варна.

Логически единици на проучването

- **Първа логическа единица** – пациенти с доказано онкологично заболяване и насочени за лечение към Клиника по медицинска онкология на УМБАЛ „Св. Марина“ ЕАД - Варна.
- **Втора логическа единица** – член на семейство/близък на пациент с доказано онкологично заболяване и насочени за лечение към Клиника по медицинска онкология на УМБАЛ „Св. Марина“ ЕАД - Варна;
- **Трета логическа единица** - медицински сестри, работещи в Клиника по медицинска онкология на УМБАЛ „Св. Марина“ ЕАД - Варна.

Признаци на логическите единици

Признаци на I-та логическа единица

- отнасящи се до ролята на онкологичното заболяване за нивото на дистрес при пациенти с онкологични заболявания.
- отнасящи се до възраст, пол, местоживеене, семейно положение, изповядвана религия, етническа принадлежност, образование, локализация на първичния тумор, стадий на заболяването и перформанс статус на пациенти с онкологични заболявания, отразяващи се на нивото на дистрес.
- отнасящи се до практическите, семейните, емоционалните, физическите проблеми, духовни/религиозни притеснения на пациенти с онкологични заболявания, отразяващи се на нивото на дистрес.

Признаци на II-та логическа единица

- отнасящи се до ролята на онкологичното заболяване за нивото на дистрес при близките, грижещи се за пациента.
- отнасящи се до възраст, пол, местоживеене, семейно положение, изповядвана религия, етническа принадлежност, образование и родствена връзка при близките, грижещи се за пациента, отразяващи се на нивото на дистрес.

Признаци на III-та логическа единица

- отнасящи се до ролята на медицинската сестра в процеса на оказване на грижи и оценка на дистреса при онкологично болни

Място на проучването: Проучването е проведено в Клиника по медицинска онкология към УМБАЛ „Св. Марина“ ЕАД – Варна.

Критерии за допускане в проучването:

- **Критерии за попълване на „Дистрес термометър“ от пациенти:**

Включващи критерии за пациентите:

- Лица над 18 години, диагностицирани с онкологично заболяване;
- Хистологично потвърдено онкологично заболяване;
- Пациенти на Клиника по медицинска онкология към УМБАЛ „Св. Марина“ ЕАД – Варна;
- Пациенти, които започват първи курс неoadювантна, адювантна или поредна линия химиотерапия;
- Пациенти, които са преминали оценка след приключване на пълен обем предписана терапия (пълен брой на курсовете терапия, които са назначени от Онкологичната комисия по химиотерапия);

Исключващи критерии за пациентите:

- Лица, които са идентифицирани като застрашени популации (лица под 18-години, бременни, лица лишени от свобода, социално слаби);
 - Без доказано онкологично заболяване;
 - С доказано психиатрично заболяване;
 - Пациенти на други институции.
- **Критерии за попълване на „Дистрес термометър“ от близките на пациента:**

Включващи критерии за близките:

- Близки на пациенти, които се лекуват в Клиниката по медицинска онкология към УМБАЛ „Св. Марина“
- Лица над 18 години
- Без хистологично потвърдено онкологично заболяване към момента на попълване на Дистрес термометъра

Исключващи критерии за близките:

- Лица под 18-години
 - С доказано онкологично заболяване
 - С доказано психиатрично заболяване
 - Близки на пациенти на други институции
- **Критерии за попълване на „Анкетна карта за оценка на проблемите“ от пациента:**

Включващи критерии за пациентите:

- Лица над 18 години, диагностицирани с онкологично заболяване;
- Хистологично потвърдено онкологично заболяване;
- Пациенти на Клиника по медицинска онкология към УМБАЛ „Св. Марина“ ЕАД – Варна;
- Пациенти, които започват първи курс неоадювантна, адювантна или поредна линия химиотерапия;
- Пациенти, които са преминали оценка след приключване на пълен обем предписана терапия (пълен брой на курсовете терапия, които са назначени от Онкологичната комисия по химиотерапия);

Изключващи критерии за пациентите:

- 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;
- Придружаващо заболяване, което да води до дистрес - кардиологично, неврологично, ревматологично и/или доказано психиатрично заболяване;
- Доказан дистрес и посещение при психолог преди да е започнало проучването;
- Оттегляне на съгласието за участие в проучването;
- Не пълна информация в документацията, която компрометира анализа.

• Критерии за участие в наблюдението на поведенческите реакции на пациента:

Включващи критерии за пациентите:

- Всички пациенти попълнили анкетната карта за оценка на проблемите при първи прием в отделениято (първи етап на проучването);

Изключващи критерии за пациентите:

- Не попълнили анкетна карта за оценка на проблемите при първи прием в отделениято (първи етап на проучването), предвид изключващите критерии;

• Критерии за участие на медицинските сестри в интервюто:

Включващи критерии за медицинските сестри:

- Всички работещи медицински сестри в отделението, над една година;
- Всички работещи медицински сестри в отделението, които не са отсъствали от работа (под една година).

Изключващи критерии за медицинските сестри:

- Всички работещи медицински сестри в отделението, със стаж под една година и отсъствали от работа над една година.

Органи на проучването

Основната част от проучването е извършено самостоятелно от автора, в реална болнична среда.

Проучването е проведено в осем етапа, като са определени инструментариум, място и период на провеждане, представени в таблица 2.1.

Таблица 2.1. Етапи на проучването

Етап	Дейност	Инструментариум	Място	Период
ЕТАП I	Проучване актуалността на проблема. Формулиране на тема и методика на проучването. Избор и разработване на подходящ инструментариум Подготовка на литературния обзор.	Литературни източници по темата, статии, публикации. Международни програми за скрининг на дистреса; Действащите в момента програми и ръководства за скрининг и действие при дистрес в България. Използвана е болнична документация за събиране на допълнителна информация.	гр. Варна	Февр. 2019 г. – април 2019г.
ЕТАП II	Провеждане на пилотно проучване, оценка и корекция по методиката; Работа по литературния обзор.	Литературни източници по темата; международни програми за скрининг на дистреса; Действащите в момента програми и ръководства за скрининг и действие при дистрес в България. Дистрес термометър, Анкетна карта, Чек лист	гр. Варна	Май 2019 г. – юли 2019 г.
ЕТАП III	Набиране на участници в проучването до достигане на целевата бройка (пациенти и членове на семейството им) Провеждане на същинско проучване на респондентите.	Общоболнична комисия; Онкологична комисия по химиотерапия; Информирано съгласие „Дистрес термометър“ за събиране на информация от пациента; Анкетна карта за оценка на проблемите на пациента; Чек лист за наблюдение на поведенческите реакции на	Клиника по медицинска онкология към УМБАЛ "Св. Марина" - Варна	Юли 2019 г. – Септ. 2022 г.

	<p>Проследяване на пациентите във втори етап</p> <p>Провеждане на интервю „лице в лице“- за проучване мнението на медицинските сестри за приложимостта на дистрес термометъра в ежедневната работа.</p> <p>Обработка и анализ на получените данни и разработване конкретни практически практики.</p>	<p>пациента;</p> <p>„Дистрес термометър“ за събиране информация от близките на пациента;</p> <p>Въпросник за провеждане на интервю „лице в лице“</p>		
ЕТАП IV	<p>Обработка и анализ на получените данни чрез избраните методи за анализ.</p> <p>Описание на резултатите и взаимозависимостите .</p> <p>Обобщените данни са подробно описани с оглед разкриване същността на наблюдаваните явления и взаимозависимостите .</p> <p>Извеждане на изводи</p>	<p>SPSS v 23</p> <p>Microsoft Excel</p>	<p>Клиника по медицинска онкология към УМБАЛ "Св. Марина" - Варна</p>	<p>Септ. 2021 г. – Дек. 2022 г.</p>

2.3 Методи на проучването

Целта на настоящото проучване наложи използването на разнообразни методи:

Документален метод

Социологически методи:

- **Анкетно проучване** за събиране, обобщаване и анализиране на информацията относно мнение и оценки чрез предоставена пряка, анонимна, индивидуална анкета.

- „Дистрес термометър“ за събиране на информация от
- ✓ *пациенти* – за оценка и анализ на измерваните нива на дистрес;
- ✓ *близките на пациента* - за оценка и анализ на измерваните нива на дистрес;
- **Интервю „лице в лице“** - за проучване мнението на медицинските сестри за приложимостта на дистрес термометъра в ежедневната работа и възможностите за оптимизиране на сестринските грижи при пациенти с дистрес.
- **Наблюдение** – Осъществява се чрез работен чек лист, в които се отбелязват наблюдаваните вербални и невербални реакции на пациентите.
- **Методи за статистическа обработка на данните:** Методи за статистическа обработка на данните и интерпретация на резултатите:
 - Метод на статистическа групировка на данните*
 - Графичен метод.*
 - Непараметрични анализи* – за оценка на категориите признаци - критерий χ^2 (хи-квадрат) по Pearson. За сравненията по пол и възрастови групи - Mann-Whitney и Kruskal-Wallis непараметрични тестове.
 - *Корелационен анализ* – за определяне на еднопроменливи коефициенти на линейна корелация по Pearson. При оценка на някои признаци се използва и парциален множествен корелационен анализ.
 - *Вариационен анализ* - при сравняване на непрекъснати променливи ще се използва t-критерият на Student-Fisher при независими извадки. При множествени сравнения на признаци с няколко категории ще се прави корекция на стойността на p по Bonferroni според броя на сравненията.
 - *Дисперсионен анализ* – при оценка на лабораторните изследвания и други континуинни променливи ще се използва еднофакторен (Analysis of Variance) анализ на варибилността.

2.4 Инструментарий на проучването

За постигане на научно-изследователските цели и задачи са разработени:

- „Дистрес термометър“ за събиране на информация от пациента, чрез стандартен инструмент на National Comprehensive

Cancer Network (*Приложение № 1*) с допълнителна информация за нуждите на проучването със социални и демографски характеристики. *Дистрес термометърът* е за самооценка на нивото на дистрес 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. Избран е cut-off point, който разделя пациентите в 2 групи: с нисък дистрес (от 0 до 3) и с висок дистрес (от 4 до 10), т.е. пациенти отбелязали стойност от термометъра ≥ 4 се смята, че са с високи нива на дистрес.

Оценката на дистреса сред пациентите се проведе в два етапа.

✓ **Първи етап** - За определяне на изходното ниво на дистрес (в началото на химиотерапия – неoadjuвантна, adjuвантна или поредна линия) на пациенти.

✓ **Втори етап** - Използване на стандартен въпросник за определяне нивото на дистрес на пациенти след приключване на назначеното химиотерапевтично лечение.

- **Анкетна карта за оценка на проблемите на пациента** (*Приложение № 2*) включва 36 твърдения, разделени в пет категории: Практически проблеми – 5 въпроса; Семейни проблеми – 3 въпроса; Емоционални проблеми – 6 въпроса; Духовни/религиозни притеснения – 1 въпрос; Физически проблеми – 21 въпроса.
- **Чек лист за наблюдение на поведенческите реакции на пациента** (*Приложение № 3*)

Дизайн на наблюдението: Наблюдавани са 225 пациента с онкологично заболяване, попълнили Дистрес термометъра и отговарящи на критериите за включване в анкетното проучване, оценяващо проблемите на пациента

Целта на наблюдението е да разкрие и допълни психо-емоционалния статус на пациента за да се оптимизират сестринските грижи и да се подпомогне пациента при адаптацията към болничната среда.

Наблюдението на пациентите е извършено самостоятелно от автора и е проведено в реална болнична среда. Осъществено поетапно, с еднократно наблюдение - в три етапа - при първи прием на пациентите, по време на болничния престой и към

момента на изписването. В чек листа, се отбелязват наблюдаваните вербални и невербални реакции на пациентите.

Чек листът съдържа 30 наблюдавани реакции групирани в 3 раздела (всеки по 10) в зависимост от периода на наблюдаваните вербални и невербални поведенчески реакции.

Първа група (при постъпване в клиниката) - тъга/плачливост, нервност, гняв, агресия, спокойствие, примиреност, радост, еуфория, разговорливост, мълчаливост.

Втора група (по време на хоспитализацията) - желание да общува с медицинската сестра, желание да общува с другите пациенти, желание да разговаря за заболяването си с медицинската сестра, желание да разговаря за заболяването си с другите пациенти, желание да стои в стационара, желание да напусне клиниката преди да е дехоспитализиран, готовност стриктно да изпълнява химиотерапевтичният режим, желание да настройва системата с цитостатика да изтече по-бързо от стандарта, желание да получи повече информация за назначената терапия и наличие на усмивка.

Трета група (по време на дехоспитализацията) - благодарност към екипа, гняв към екипа, съпричастност към натовареността на персонала, готовност за спазване на хигиенно диетичния режим у дома, готовност за контролни прегледи преди следващата дата за хоспитализация, решителност за продължаване на химиотерапевтичното лечение, изразяване на недоволство, желание за „връзка“ с клиниката при необходимост, желание за контакт с медицинската сестра при възникване на въпроси свързани с онкологичното заболяване и наличие на усмивка.

• „Дистрес термометър“ за събиране информация от близките на пациента (*Приложение № 4*) за самооценка на нивото на дистрес 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. Близкия на пациента избира и отбелязва числото, което най-добре описва степента на емоционална тревожност, която е изпитвал през изминалата седмица, включително и в деня на попълване на анкетата). Разделени са на 2 групи - с нисък дистрес (от 0 до 3) и с висок дистрес (от 4 до 10). За нуждите на

проучването е допълнен с информация – социални и демографски данни.

- **Въпросник за провеждане на интервю „лице в лице“** (*Приложение № 5*) – за проучване мнението на медицинските сестри за приложимостта на дистрес термометъра в ежедневната работа и възможностите за оптимизиране на сестринските грижи при пациенти с дистрес.

- **Информирано съгласие** (*Приложение № 6*) – разработено е за целите на проучването и удостоверява съгласието на пациента да участва в изследването. На всички, които са съгласни да бъдат изследвани е предоставено информирано съгласие. На всички участници е обяснено, че събраната информация ще се използва само за целите на проучването.

III. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

3.1. Характеристика на изследваните групи

3.1.1. Социално-демографски и клинично-патологични характеристики на изследваните пациенти

В проучването са включени 374 пациента с доказано онкологично заболяване и насочени за лечение към Клиника по медицинска онкология на УМБАЛ „Св. Марина“.

Данните от проведеното проучване показват, че средната възраст на пациентите, попадащи в нашето изследване е 59.6 г. (+/- 11.4 г.) като минималната възраст е 29 г., а максималната е 81 г. По-голямата част от изследваните лица са от женски пол (n=205, 55%) следвани от анкетираните мъже (n=168, 45%).

Всички пациенти, участващи в изследването имат хистологично потвърдена онкологична диагноза в стадий II, III и IV. При анализиране на събраните данни установихме, че преобладават респондентите в стадий II/III неметастатичен (n=224, 60%) за сметка на IV метастатичен стадий (n=150, 40%). В зависимост от PS с малка разлика преобладават пациенти с оценен PS-1 (n=201, 53.8%) за сметка на тези с PS-0 (n=173, 46.2%).

Анализирането на семейното положение на всички анкетираните пациенти показва, че групата на семейните е най-многобройна (n=259, 69.2%), следвана от групите на овдовелите (n=53, 14.2%), разведените (n=38, 10.2%) и несемейните (n=24, 6.4%). От разпределението по етническа принадлежност установихме, че много повече са анкетираните с български произход (n=349, 93.3%), за сметка на тези с турски (n=25, 6.7%).

Базирайки се на обработените данни установихме, че според изповядваната религия християните са най-много (n=285, 76.2%), следвани от атеистите (n=40, 10.7%) и мюсюлманите (n=23, 6.1%). Интересно беше да установим, че част от анкетираните пациенти не могат да определят вероизповеданието си (n=26, 7%).

Анализът на резултатите показва, че преобладават пациентите със средно ниво на образованието (n=203, 54.3%), следвани от тези с висше (n=108, 28.9%) и основно образование (n=63, 16.8%)

Всички обхванати и анализирани пациенти в настоящото проучване са с хистологично потвърдено онкологично заболяване, от които с карцином на бял дроб са 22.9% (n=86), с рак на гърда - 26.5% (n=99), с колоректален карцином, съответно 25.7% (n=96). Всички останали локализации (дебело черво, простата, ректум, пикочен мехур, яйчник, шийка, матка, тестис, стомах, глава и шия, панкреас, екстрагонаден герминативноклетъчен, паротидна жлеза, ретроперитонеален сарком, мезотелиом на плевра, хранопровод, уретра, тонзила, перитунеум, жлъчни пътища) са 24.9% (n=93) от общия дял на анкетираните.

3.1.2. Социално-демографска характеристика на близките на пациентите

В научното проучване са включени 200 близки и роднини на хоспитализирани пациенти в Клиника по медицинска онкология към УМБАЛ „Св. Марина“ – Варна.

Анализирането на данните показва, че рядко онкоболните са придружавани от брат/сестра (n=9, 4.5%), майка/баща (n=7, 3.5%) или далечен роднина (n=12, 6%). Повечето пациенти, които обхвана нашето изследване бяха придружавани от своите съпрузи (n=87, 43.5%) или от децата си (n=85, 42.5%). Данните от проведеното проучване показват, че минималната възраст на членовете на семействата на пациентите е 22 г., а максималната е 76 г. Разпределението по пол на изследваните лица, показва, че преобладават жените (n=111, 55.5%) за сметка на мъжете (n= 89, 44.5%).

Анализирането на семейното положение на всички анкетирани близки показва, че семейните заемат най-голям дял от общия брой (n=140, 70%), следвани от несемейните (n=52, 26%), резведените (n=5, 2.5%) и оводовелите (n=3, 1.5%). Обработването на данните показва превес на близките живеещи извън Варна (n=103, 51.5%), за сметка на живеещите в града (n=97, 48.5%).

От разпределението по етническа принадлежност установихме, че водеща е групата на анкетираните с българска етническа принадлежност (n=184, 92%), за сметка на тези с турска етническа принадлежност (n=16, 8%).

Обработването на данните показва, че според изповядваната

религия християните са най-много (n=146, 73%). Подобно както при изследването сред пациентите (n=26, 11.6%), при близките се установи, че не малка част от тях не могат да определят вероизповеданието си (n=26, 13%). Почти равно е разпределението на атеистите (n=15, 7.5%) и мюсюлманите (n=12, 6%) и един не е посочил отговор (n=1, 0.5%).

Анализът на резултатите показва, че половината близки на пациентите са със средно ниво на образованието (n=101, 50.5%), следвани от тези с висше (n=79, 39.5%) и основно образование (n=20, 10%).

3.2 Анализ на резултатите от измерените нива на дистрес сред пациентите

Оценката на дистреса сред пациентите се проведе в два етапа. На *първият етап* се определи изходното ниво на дистрес (в началото на химиотерапия – неoadювантна, адювантна или поредна линия) на пациенти. На *вторият етап*, чрез използване на същия инструментариум се определи нивото на дистрес на пациенти след приключване на назначеното химиотерапевтично лечение.

3.2.1. Анализ на резултатите от измерените нива на дистрес сред пациентите – първи етап

В първият етап от оценката на дистреса сред пациентите, Дистрес термометър бе попълнен от всички 374 пациента с доказано онкологично заболяване, съобразно включващите и изключващите критерии, насочени за лечение към Клиника по медицинска онкология на УМБАЛ „Св. Марина“.

Анализът на резултатите показва, че според измереното ниво на дистрес превес заемат пациентите с високо ниво на дистрес (n=207, 55.3%), за сметка на тези, чиято самооценка показва ниско ниво на дистрес (n=167, 44.7%).

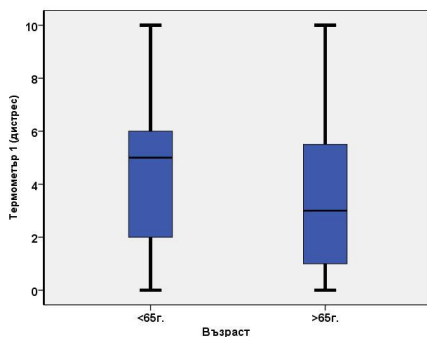
Chi square анализът на социо-демографските данни показва, че няма зависимост между характеристиките възраст, пол, религия, етнос и местоживееене (отдалеченост от обслужващият онкологичен център) и нивото на дистрес, отчетено с Дистрес термометъра. Нивото на дистрес се повлиява от пърформанс статус (p=0.006), локализация на карцинома (p=0.001) и ниво на образованието (p=0.017) (Таблица 1).

Таблица 1. Връзка между социално-демографските и клинично-патологичните характеристики и нивото на дистрес при пациентите попълнили стандартния въпросник (дистрес термометър).

Дистрес термометър			
	Ниско ниво на дистрес	Умерено/високо ниво на дистрес	P value
Години			0.13
≤65	95	128	
>65	71	80	
Пол			0.3
Мъже	89	79	
Жени	97	108	
Стадий			0.7
II и III	114	110	
IV	78	72	
PS			0.006
0	106	67	
I	82	119	
Местоживее(разстояние)			0.7
Варна	111	112	
извън Варна	80	71	
Религия			0.1
Атеист	26	14	
Християнин	132	153	
Мюсюлманин	9	14	
Неуточнени	21	5	
Етнос			0.2
Български	181	168	
Турски	10	15	
Образование			0.017
Основно/ Средно	151	115	
Висше	39	69	
Локализации			0.001
Бял дроб	24	62	
Рак на гърда	44	55	
Колоректален карцином	46	50	
Други (20 различни локализации)	63	30	

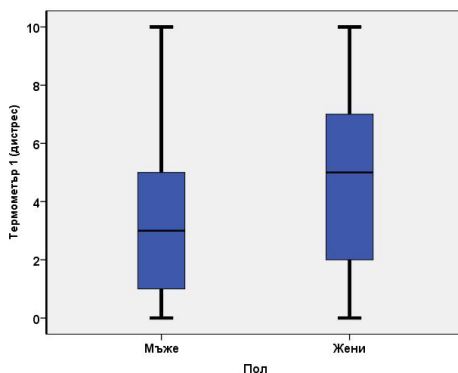
По-голямата част от пациентите са на възраст под 65 години (n=223, 60%), следвани от лицата над 65 годишна възраст (n=151, 40%). На Vox plot графиката са илюстрирани нивата на дистрес при пациенти под 65г. и над 65г. Mann-Whitney анализът показва, че има тенденция за по-високо ниво на дистрес при пациентите

под 65г. (4.07 ± 3.07) в сравнение с анкетираните над 65г. (3.39 ± 3.08) ($p=0.08$) (Фигура 1).



Фигура 1. Нива на дистрес при пациенти, според възрастта - под 65 г. и над 65 г.

На Фигура 2. са показани нивата на дистрес при пациенти от женски и мъжки пол. Mann-Whitney анализът 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) ($p=0.014$).

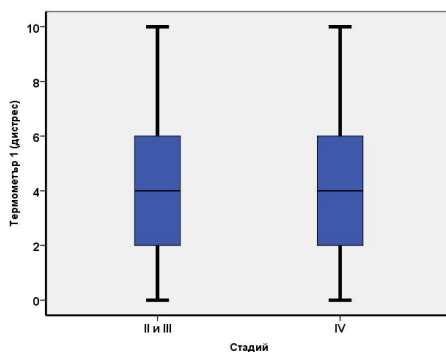


Фигура 2. Нива на дистрес при пациенти с онкологични заболявания, според пола.

Приложението на химиотерапевтичните лекарства причинява

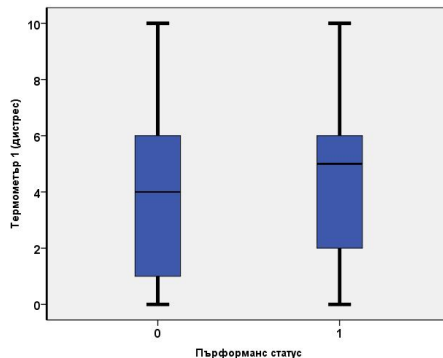
различни странични ефекти. При пациентите от женски пол част от тези реакции, като например алоpecia, са съпроводени с по-голямо емоционално страдание.

Резултатите от нашето проучване показват, че независимо от това дали при пациентите е доказан метастатичен или неметастатичен стадий на заболяването, нивата на дистрес са винаги високи. Mann-Whitney анализът показва, че няма разлика в ниво на дистрес при пациентите в II/III стадий (неметастатичен) (3.6 ± 3.1) и стадий IV (метастатичен) (3.9 ± 3.2) ($p > 0.05$) (Фигура 3).



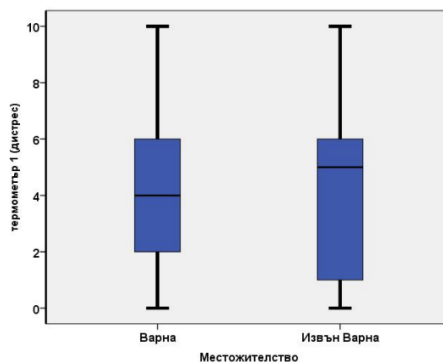
Фигура 3. Нива на дистрес при пациенти с онкологични заболявания, в зависимост от стадия на заболяването.

Mann-Whitney анализът 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) ($p = 0.029$). (Фигура 4).



Фигура 4. Разпределение по общо състояние според скалата на ECOG на всички пациенти.

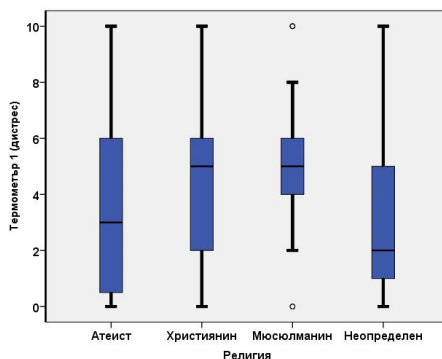
Нивото на дистрес не се влияе от местоживеенето на пациентите. По-голям дял от общата група респонденти живеят в гр. Варна ($n=223$, 60%). В населени места (села, общински и областни градове) извън Варна живеят 40% от анкетираните пациенти ($n=151$). Mann-Whitney анализът показва несигнификантна разлика в нивото на дистрес при пациентите живеещи във Варна (3.84 ± 3.0) и тези извън Варна (3.76 ± 3.2) ($p > 0.05$) (Фигура 5).



Фигура 5. Разпределение на пациентите по местоживеене.

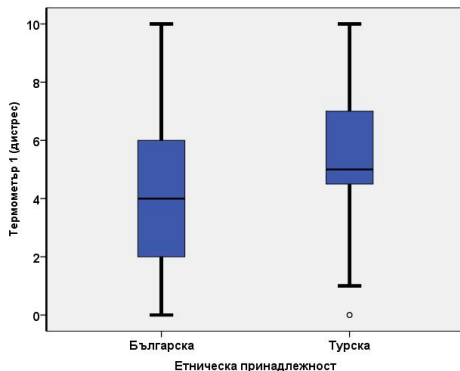
Нивата на дистрес бяха оценени и според религиозната принадлежност на пациентите. В общата група пациенти най-

нисък е процента на мюсюлманите ($n=23$, 6.1%), следвани от онкоболните, които не могат да определят вероизповеданието си ($n=26$, 7%) и атеистите ($n=40$, 10.7%). Най-голяма е групата на пациентите посочили християнството ($n=285$, 76.2%) като изповядвана от тях религия. Kruskal Wallis анализът показва тенденция за връзка между изповядваната религия и нивото на дистрес ($p=0.07$). Пациентите, които не могат да определят точно вероизповеданието си имат ниво на дистрес (2.7 ± 0.6), което е пониско в сравнение с това на християните (4.1 ± 3.1), мюсюлманите (4.7 ± 3.6) и атеистите (3.05 ± 2.8) (фигура 6). Вероятно част от пациентите използват своите религиозни и духовни ресурси, за да се опитат да се справят с болестта.



Фигура 6. Разпределение на пациентите според изповядваната от тях религия.

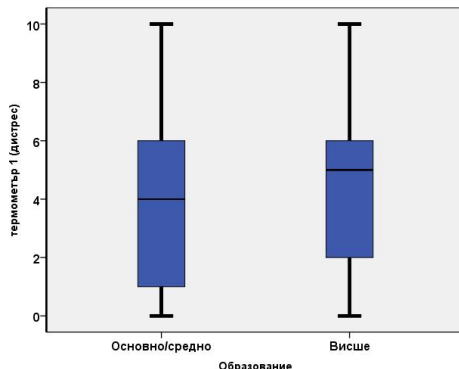
При анализиране на резултатите установихме, че при пациентите от турски етнос се наблюдава **тенденция към по-високо ниво на дистрес** (5.2 ± 3.4), спрямо тези от български етнос (3.7 ± 3.0) ($p=0.08$)(Фигура 7).



Фигура 7. Нива на дистрес при пациенти в зависимост от етноса.

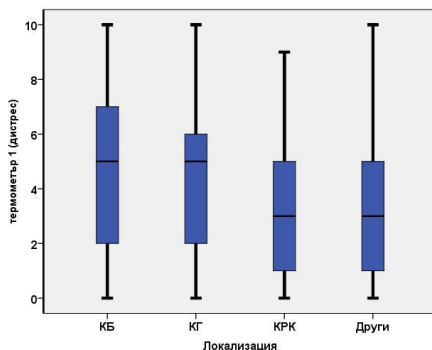
Информираността на медицинската сестра за етническата принадлежност ще насочи вниманието ѝ върху възможността пациента да е с определени нива на дистрес и на база на оценката на показатели като стадий, пърформанс статус, изповядвана религия и други ще подобри плана си за грижи.

Съвременният пациент има достъп до разнообразна информация. За целите на проучването беше важно да установим как повлиява степента на достигнато образование на нивото на дистрес при пациентите с онкологични заболявания. Данните от проучването показват, че при пациентите с висше образование се наблюдава тенденция за по-високо ниво на дистрес (4.4 ± 2.9), спрямо пациентите със средно и основно образование (3.6 ± 3.1) ($p=0.08$) (Фигура 8). Диагнозата „рак“, води до високи нива на дистрес, независимо от степента на образование, поради което при пациенти с по-ниска степен на образование също не трябва да се подценява нивото на стрес. Онкологичните заболявания са едни от най-стресиращите събития в живота на човек.



Фигура 8. Разпределение на пациентите според образователно и квалификационно ниво.

Някои стресори в живота на човек са предсказуеми и понякога могат да бъдат избегнати. Други, като онкологичните заболявания не винаги могат да бъдат избегнати. Сред най-често срещаните онкологични заболявания са тези на бял дроб, гърда и колоректален карцином. Пациентите с карцином на бял дроб и гърда са с по-високи нива на дистрес от тези с колоректален карцином. Сравнителният анализ на получените резултати показва, че високи нива на дистрес се установяват при пациенти с карцином на бял дроб (4.9 ± 3.1), в сравнение с тези, диагностицирани с колоректален карцином (3.02 ± 2.7) ($p=0.002$). В същото време не се открива сигнификантна разлика в нивото на дистрес между пациенти с карцином на бял дроб (4.9 ± 3.1) и тези с карцином на гърда (4.3 ± 3.2), като те са приблизително равни. Но пациентите с карцином на гърда (4.3 ± 3.2) са с по-високи нива на дистрес спрямо пациентите с колоректален карцином (3.02 ± 2.7) ($p=0.018$). На абсцисата на Box plot графиката се наблюдават най-често срещаните локализации сред анкитираните- карцином на бял дроб, карцином на гърда, колоректален карцином и други локализации (Фигура 9).



Фигура 9. Разпределение на пациентите според локализацията на първичния тумор, разпределени в четири основни групи.

Еднофакторния логистичен регресионен анализ показва, че несемейното положение, лошият пърформанс статус, карциномите на бял дроб и гърда са независими предиктори за високи нива на дистрес, което предполага интензивно наблюдение от страна на медицинската сестра за идентифициране на ранните симптоми. Някои фактори се асоциират с по-висок риск за високи нива на дистрес сред онкологично болните, като: семейно положение- несемейни (OR 5.3, 95% CI, 1.2-21.3; $p=0.02$), лош пърформанс статус (OR 0.46, 95% CI, 0.26-0.8; $p=0.006$), 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; $p=0.01$) (Таблица 2).

Таблица 2. Еднофакторен логистичен регресионен анализ показващ връзка между нивото на дистрес и семейното положение, пърформанс статус и болните с карцином на бял дроб и гърда.

	OR	CI 95%	p-value
Пол	0.75	0.44-1.24	0.3
Несемеен	5.3	1.2-21.3	0.02
Местожителство	1.104	0.67-1.85	0.7
Години	0.66	0.38-1.14	0.1
Стадий	0.72	0.6-1.8	0.7
PS	0.46	0.26-0.8	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

Значима част от изследването бе да се установи, как се отразява пърформанс статуса на нивото на дистрес при пациентите. Многофакторния регресионен анализ показва, че добрия пърформанс статус редуцира риска от умерен или тежък дистрес с 70% (OR 0.30, 95% CI 0.14-0.63, p=0.001). Карцинома на белия дроб и карцинома на 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 съответно (Таблица 3).

Таблица 3. Многофакторен регресионен анализ, показващ че PS, карцином на бял дроб и карцином на гърда са независими предиктори за високи нива на дистрес.

<i>Характеристика</i>	<i>OR</i>	<i>CI 95%</i>	<i>p-value</i>
Пол	0.64	0.28-1.45	0.28
Семейно положение	4.46	0.85-23.3	0.2
Местожителство	1.16	0.59-2.25	0.6
Години	1.4	0.72-3.03	0.2
Стадий	1.44	0.66-3.1	0.3
PS	0.30	0.14-0.63	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

3.2.2. Анализ на резултатите от попълнения Дистрес термометър след приключване на химиотерапията - втори етап.

След преминаване на курс химиотерапия, на пациентите бе предложено да попълнят отново Дистрес термометъра, за да се направи оценка на дистреса след приключване на планираното лечение или т.нар. „втори етап“. Използван е Дистрес термометър идентичен на този които са попълнили непосредствено преди започване на лечението (т.е. изходна оценка на дистреса или „първи етап“).

След узнаване на резултата от проведеното лечение (ремисия, парциална ремисия, стабилна болест или прогресия) пациентите попълниха Дистрес термометъра. От общо 374 пациента, които се включиха в проучването и се самооцениха на първи етап, съгласие за втори етап дадоха по-малък брой онкоболни (n=221), което даде респонс реит над 50% във втори етап – или по-точно 59.1%.

След проведените статистически анализи се установи, че **няма статистическа разлика в нивото на дистрес между първи и втори етап, въпреки статистическата тенденция, което говори, че информацията за резултата от лечението не променя първоначалната нагласа на болните.** Все пак трябва да се отбележи, че респонс рейта във втори етап не е 100% и това може да е причина за девиация в резултатите.

3.3 Анализ на резултатите от измерените нива на дистрес сред близките

Думата рак предизвиква силни емоционални чувства не само за пациента, но и за неговите близки. Анализът на резултатите показва, че анкетираните близки с **високо ниво на дистрес** са повече (n=116, 58%) от тези с измереното ниско ниво на дистрес (n=84, 42 %).

По-голямата част от близките са на възраст под 65 години (n=165, 82.5%) следвани от лицата над 65 годишна възраст (n=35, 17.5%). По-задълбочен анализ на резултатите показва, че това в коя възрастова група попадат **близките няма връзка с нивата им на дистрес** (p=0.31)

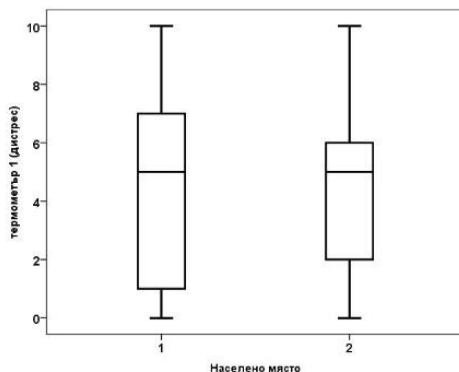
Разпределението по пол сред близките на пациента, участвали в нашето проучване, показва, **че жените преобладават** (n=111, 55.5%), в сравнение с мъжете (n=89, 44.5%).. Данните показват, че **няма разлика в нивата на дистрес** при роднините от женски пол и мъжки пол (p=0.17).

Анализът на семейното положение, показва че най-многобройна е групата на близките, отбелязали семейно положение „семеен“ (n=140, 70%), следвани от „несемеените“ (n=52, 26%), „разведени“ (n=5, 2.5%) и „овдовели“ (n=3, 1.5%).

Според получените резултати **няма връзката между вида на семейното положение на близките и нивото им на дистрес** (p=0.25).

Нивото на дистрес на близките на пациентите се влияе от местоживеенето им. По-малък дял от общата група респонденти живеят в гр. Варна (n=97, 48.5%). Живеещите в населени места извън гр. Варна (като села, общински и областни градове) са повечето от анкетираните роднини (n=103, 51.5%). На абсцисата на графиката е изобразено местожителството - във Варна (1) и

извън Варна (2), а на ордината нивото на дистрес на роднините. Нивото на дистрес при близките живеещи в други населени места е **сигнификантно по-високо в сравнение с живеещите в гр. Варна** ($p=0.03$) (Фигура 10). Отдалечеността от лекуващият лекар или онкологичната клиника, възможността за бърза и адекватна помощ при необходимост, умение на семейството да се справи само са възможности причини за повишени нива на дистрес.



Фигура 10. Разпределение на близките по местоживееене.

В зависимост от етноса, към който принадлежат анкетираните роднини, преобладават близките от български етнос ($n=184$, 92%), в сравнение с тези, посочващи турска етническа принадлежност ($n=16$, 8%). При анализиране на резултатите установихме, че при близките на **пациентите нивото на дистрес остава независимо от етноса им** ($p=0.16$), докато при пациентите от турски етнос се наблюдава тенденция към по-високо ниво на дистрес, спрямо тези от български етнос ($p=0.08$).

В нашето проучване преобладават близките на пациенти, с християнска религия ($n=146$, 73%). Не малка част от близките не могат да определят вероизповеданието си ($n=26$, 13%). Почти равно е разпределението на атеистите ($n=15$, 7.5%) и мюсюлманите ($n=12$, 6%) и един не е посочил отговор ($n=1$, 0.5%). Без значение от етноса и изповядваната религия, роднините преживяват дистрес ($p=0.58$).

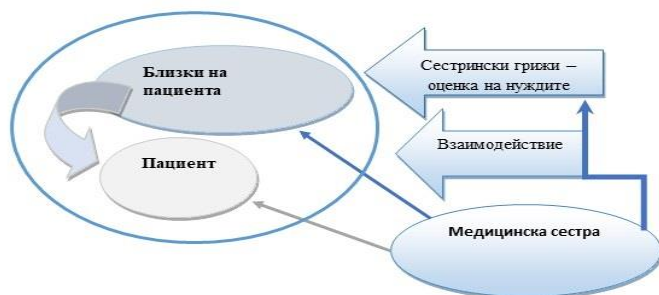
Най-голям дял заемат анкетираните близки средно образование ($n=101$, 50.5%), следвани от роднините с висша

образователна степен ($n=79$, 39.5%) и най-малко са тези с основно образование ($n=20$, 10%). Интересно бе да установим, че за разлика от пациентите, при които има тенденция към по-високо ниво на дистрес в зависимост от нивото на образованието ($p=0.08$), **то при техните близки не се наблюдава връзка между нивото на дистрес и образователната степен ($p=0.56$).**

Диагностицирането с онкологично заболяване води до промяна в начина на живот както на пациента, така и на най-близките му хора. Медицинската сестра би могла да подпомогне семейството чрез повишаване на информираността му значимостта на запазване и продължаване на ежедневните дейности. Подкрепата от страна на близките е важна част от борбата с болестта и ефективността на лечението. Анализирането на данните показва, че онкологично болните са придружавани най-често от своите съпруг/а ($n=87$, 43.5%) или от децата си ($n=85$, 42.5%). По-рядко са съпроводени от брат/сестра ($n=9$, 4.5%), майка/баща ($n=7$, 3.5%) или друг далечен роднина ($n=12$, 6%). **Не бе установена зависимост между родствената връзка и нивото на дистрес сред близките на пациентите ($p=0.57$).**

Грижите за пациента и неговите близки са част от сестринската дейност, основана на широк спектър от професионални знания и умения и взаимодействие в зависимост от оценката на потребностите. Тези грижи са основани на взаимовръзките „медицинската сестра – пациент“ и „медицинска сестра-пациент-близки на пациента“.

Схематично, подхода за оценка на специфични грижи и взаимодействието на медицинската сестра с близките на пациента е представено на Фигура 11.



Фигура 11. Оценка на необходимостта от специфични грижи и взаимодействие между медицинската сестра и пациента, основани на взаимовръзката „медицинска сестра-пациент-близки на пациента“.

3.4 Оценка на връзката между практическите, семейните, емоционалните, физическите проблеми, духовни/религиозни притеснения на пациентите и нивото на дистрес.

Оценката на дистреса, бе анализирана и на базата на проблеми свързани с ежедневието на пациента, включващи 36 твърдения, разделени в пет категории: практически проблеми; семейни проблеми; емоционални проблеми; духовни/религиозни притеснения; физически проблеми. Анкетната карта бе предложена на пациенти, попълнили Дистрес термометъра (на първият етап), както и отговарящи на допълнителни включващи и изключващи критерии, имащи отношение към физическото и психическото състояние, на базата на болничната документация. Част от пациентите отпаднаха поради доказан дистрес и посещение при психолог; оттегляне на съгласието за участие в проучването; данни за придружаващо заболяване, което да води до дистрес - кардиологично, неврологично, ревматологично и/или доказано психиатрично заболяване и поради не пълна информация в документацията, която компрометира анализа. Така самооценката на възникващите в ежедневието проблеми бе извършена само от част от пациентите (n=225).

3.4.1. Оценка на практически проблеми

Анализирайки различни аспекти от живота на онкологично

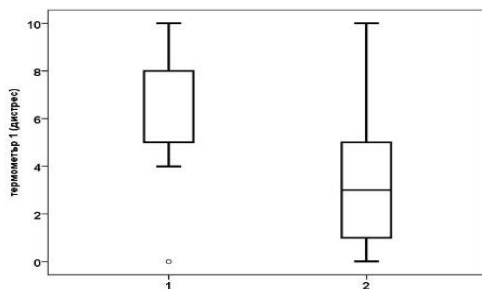
болните, ние предложихме на пациентите да посочат дали през изминалата седмица, включително деня на попълването на анкетната карта са имали проблеми свързани с грижите за децата си. Получените резултати показват, че по-голямата част от онкологично болните нямат затруднения с грижите за децата (n=204, 90.7 %). Трудности срещат само 9.3 % (n=21) от пациентите. Анализът на резултатите показва, че **няма връзка между нивото на дистрес и грижите за децата** (p= 0.93).

Данните сочат, че справянето с **домакинската работа няма** сигнификантна връзка с измереното ниво на дистрес (p>0.05). Пациентите изпитващи затруднение при извършване на обичайната си домакинска работа са по-малко (n=46, 20.4%) (4.2±3.2) в сравнение с лицата отговорили отрицателно на зададения въпрос (n=179, 79.6%) (3.7±3.0). Установихме, че **няма разлика в нивото на дистрес** при двете групи. Chi square теста не показва връзка между демографските, клиничко-патологичните характеристики и пациентите съобщили за проблеми с „домакинската работа“. Регресионния анализ не демонстрира асоциация между високите нива на дистрес и затруднението при извършване на домакинска работа (OR 2.2,95% CI 0.85-5.6,p=0.1).

Често се случва онкологично болни да изпитват сериозни финансови проблеми, свързани с разходите за грижите им, дори и да са с непрекъснати здравноосигурителни права. Анализирайки въпросите свързани със застрахователни и финансови проблеми, почти всички пациенти от общата група са отбелязали, че не са имали подобни затруднения (n=206, 91.6%). Част от пациентите посочват, че са срещали **трудности при справянето със застраховки и финанси (n=19, 8.4%), но това не оказва влияние на нивата на дистрес** при изследваните лица (p=0.55).

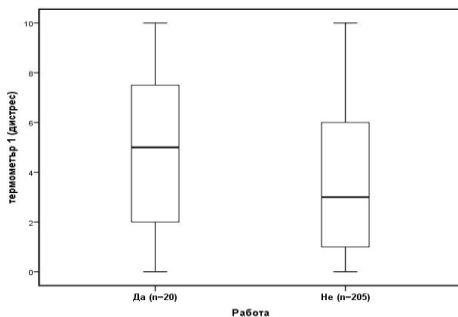
При анализирането на данните установихме, че по-голямата част от изследваните лица не са посочили като проблем транспорта до лечебното заведение (n= 199, 88.4%). Въпреки, че значително по-малко от онкоболните са отбелязали транспорта като проблем (n=26, 11.6%), те не трябва да бъдат пренебрегвани. При по-задълбочен анализ на резултатите се установява сигнификантно **по-високо ниво на дистрес при пациентите,**

които срещат трудности с транспортването, за сметка на отговорилите отрицателно на зададения въпрос ($p=0.01$) (Фигура 12). На абсцисата на Box plot графиката са показани пациентите отговорили с „да“ (1) и „не“ (2), а на ордината нивото им на дистрес.



Фигура 12. Разпределение на пациентите в две групи според отбелязания от тях отговор на въпроса свързан с „транспортване“.

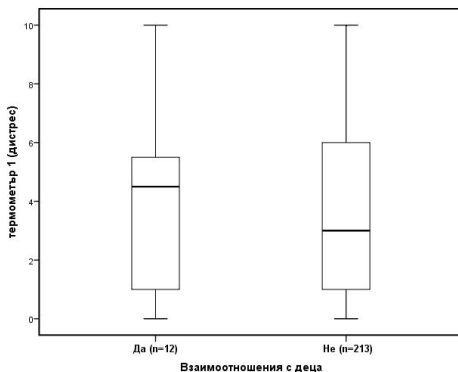
Професионалната ангажираност би могла да бъде източник на удовлетворение за много хора, но диагнозата „рак“ може да я превърне в затруднение. В дистрес термометъра е засегнат въпрос, свързан с трудовата и учебната дейност. Събраните данни показват, че пациентите отбелязали наличие на затруднения в осъществяване на професионалната си дейност или учението са значително по-малко ($n=20$, 9%), в сравнение с тези посочили, че не срещат проблеми свързани с работа или училище ($n=205$, 91%). Mann-Whitney анализът на резултатите показва **сигнификантно по-висок дистрес при пациентите, посочили справянето с работата като проблем (4.8 ± 3.4)**, в сравнение с тези отбелязали, че нямат проблеми с работата (3.7 ± 3.0) ($p<0.05$) (Фигура 13).



Фигура 13. Разпределение на пациентите според отговора на въпроса свързан с „работа”.

3.4.2. Оценка на семейни проблеми

Семейството може да е основният източник на обич и подкрепа, ако се поддържат открити взаимоотношения. Интересно беше да установим, че съществува взаимовръзка между проблемните взаимоотношения с децата и нивото на дистрес ($p > 0.05$). Анализът на резултатите показва, че пациентите които са потвърдили проблеми при взаимоотношенията с децата са по-малко на брой ($n=12$, 5.3%) (4.0 ± 3.3). При тях се отчита по-високо ниво на дистрес, от колкото при лицата отговорили, че нямат проблеми с взаимоотношенията с децата ($n=213$, 94.7%) (3.7 ± 3.0) (Фигура 14).

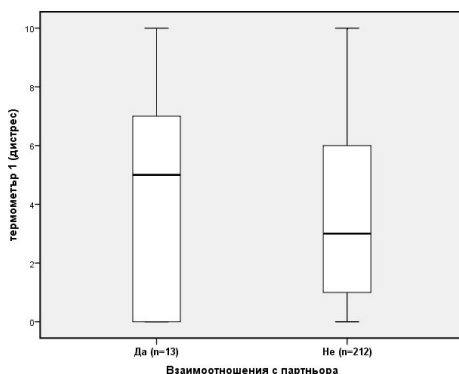


Фигура 14. Разпределение на пациентите според отговора на въпроса свързан с „взаимоотношения с децата”.

По-задълбоченият анализ на данните не показва връзка между демографските, клинично-патологичните характеристики и пациентите съобщили за проблеми с взаимоотношения с децата. **Регресионния анализ не показва асоциация между високите нива на дистрес и затруднението при взаимоотношения с децата (OR 1.5,95% CI 0.45-4.7,p=0.5).**

Неприятни странични ефекти често се предизвикват от химиотерапевтичното лечение. Някои онкоболни все пак успяват да се справят, благодарение не само на себе си, но и на своя партньор. Така качеството на живот се подобрява и по-леко се справят с лечението. Резултатите от проведения Mann-Whitney анализът показват, **че има сигнификантно по-високо ниво на дистрес при пациентите отбелязали взаимоотношенията с партньора като проблемни (n=13, 5.8%) (4.7±3.9), в сравнение с пациентите не съобщили наличието на подобен проблем – 94.2% (n=212) (3.8±3.0) (p>0.05) (Фигура 15).**

Анализирайки данните установихме връзка между демографските, клинично-патологичните характеристики и пациентите съобщили за проблеми с взаимоотношения с партньора. **Регресионния анализ не демонстрира асоциация между високите нива на дистрес и затруднението при взаимоотношения с партньора (OR 1.69,95% CI 0.53-5.3,p=0.3).**

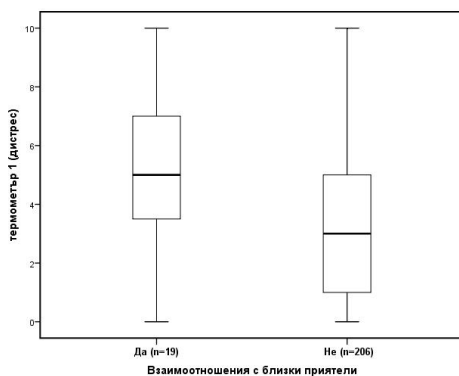


Фигура 15. Разпределение на пациентите според отговора на въпроса свързан с „взаимоотношения с партньора“.

По време на лечението си, някои пациенти може да установят,

че срещат затруднения при извършването на определени дейности, които са били част от ежедневието и общуването с други хора без трудности при изпълнението им. Анализирайки въпросите свързани със семейните проблеми, почти всички пациенти от общата група не са имали проблеми при взаимоотношенията си с близки приятели (n=206, 91.6%). Част от пациентите посочват, че са срещали трудности при взаимоотношенията си с близките (n=19, 8.4%).

Резултатите сочат, че има **сигнификантно по-ниско ниво на дистрес при пациентите отбелязали, че нямат проблеми при общуването с приятелите си (3.6±3.0) за разлика от тези отговорили, че взаимоотношенията с близки приятели са проблемни (5.2±3.2) (p=0.036) (Фигура 16)**. Fisher exact теста показва тенденция за връзка между пола и пациентите съобщили за проблеми с взаимоотношения с близки приятели (p=0.051). Регресионния анализ показва асоциация между високите нива на дистрес и затруднението при взаимоотношения с близки приятели (OR 3.1,95% CI 1.09-9.05,p=0.03).

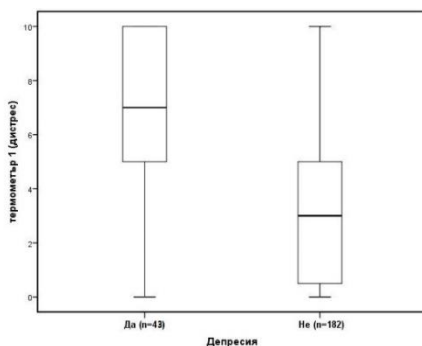


Фигура 16. Нива на дистрес при пациенти отговорили на въпроса свързан с „взаимоотношенията с близки приятели”.

3.4.3. Оценка на емоционални проблеми

Пациентите трябваше да отбележат дали са се чувствали депресирани през изминалата седмица, включително в деня на попълване на анкетната карта. При анализиране на данните

установихме, че по-голямата група от пациентите ($n=182$, 80.9%) не са се чувствали депресирани, следвани от групата на онкоболните отговорили положително на зададения въпрос ($n=43$, 19.1%). Резултатите показват, че пациентите, които се **чувстват депресирани (6.6 ± 3.2) имат сигнификантно по-високо ниво на дистрес от тези отговорили с отрицание (3.2 ± 3.7) ($p=0.003$) (Фигура 17). Тъй като депресията е вид емоционално разстройство, тя може да попречи на човек да премине през противотуморното лечение. Също така може да направи пациента неспособен да взема адекватни решения за себе си. Разпознаването и лечението на депресията е важна част от лечението на рака. Анализът на данните (чрез Chi square тест) показва **връзка между пърформанс статуса ($p=0.03$), локализацията на карцинома ($p=0.008$), местоживеенето ($p=0.014$) и пациентите съобщили за депресия**. Регресионния анализ показва **асоциация между високите нива на дистрес и пациентите съобщили за депресия (OR 8.6,95% CI 3.4-21.5, $p<0.001$).****

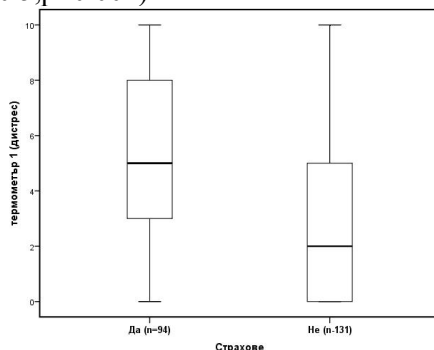


Фигура 17. Нива на дистрес при пациенти отговорили на въпроса свързан с „депресия”.

В групата емоционални проблеми бе засегнат и въпрос свързан със страховете на пациентите. Причините за изпитване на страх са разнообразни. Пациенти, установили, че са с онкологичното заболяване, последващата нуждата от химиотерапия и ефектът от нея са някои от причините, отразяващи се върху живота им и могат да предизвикат тревожност, страх или потиснатост. Често

тези чувства могат да бъдат засилени от нещо, като необходимостта да променят своята ежедневна рутина, за да отговорят на изискванията на лечението и страничните ефекти от терапията.

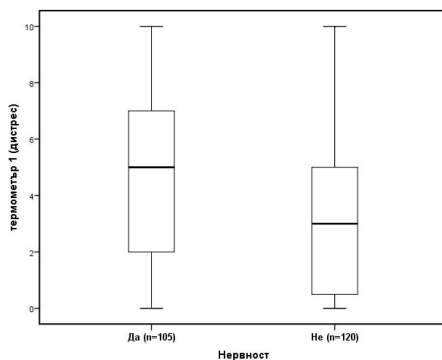
Резултатите от проведеното проучване показват, че значителна част от изследваната група са отговорили, че през изминалата седмица не са изпитвали страхове ($n=131$, 58.2%), като тези отговорили положително на същият въпрос са по-малко ($n=94$, 41.8%). Mann-Whitney анализът показва, че при пациентите, които изпитват страхове (5.4 ± 3.1) има сигнификантно по-висок дистрес, от тези отговорили, че не нямат страхове (2.6 ± 2.4) ($p<0.001$) (Фигура 18). Chi square теста показва връзка между пола ($p=0.001$), религията (0.003) и пациентите съобщили за страхове. Регресионния анализ демонстрира асоциация между високите нива на дистрес и страхове (OR 5.8, 95% CI 3.2-10.5, $p<0.001$).



Фигура 18. Разпределение на пациентите в две групи според отбелязания от тях отговор на въпроса свързан със „страхове“.

Получените резултати от въпросника показаха, че по-малко на брой пациенти са посочили, че са нервни ($n=105$, 46.7%), водени от лицата отговорили отрицателно ($n=120$, 53.3%). Mann-Whitney анализът сочи за сигнификантно по-висок дистрес при пациентите отбелязали в анкетната карта, че са нервни (4.6 ± 3.3), от тези отговорили с отрицание на въпроса (3.0 ± 2.6) ($p<0.001$) (Фигура 19). Chi square теста не показва връзка между демографските, клинично-патологичните характеристики и

пациентите съобщили, че са нервни. Регресионния анализ демонстрира **асоциация между високите нива на дистрес и нервността на пациентите** (OR 2.61,95% CI 1.52-4.4,p<0.001).



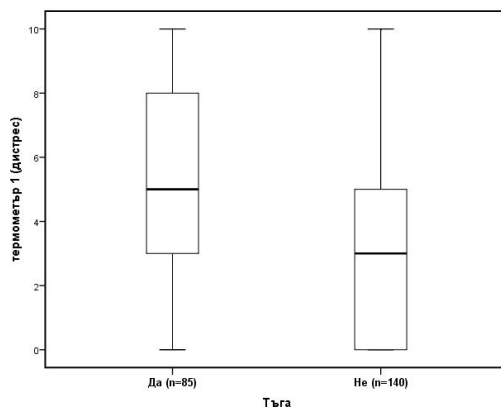
Фигура 19. Разпределение на пациентите в две групи според отбелязвания от тях отговор на въпроса свързан с „нервност“.

Точно както ракът засяга физическото здраве, той може да предизвика широк спектър от чувства, с които пациентите не са свикнали да се справят. Също така може да накара съществуващите чувства да изглеждат по-интензивни. Те могат да се променят всеки ден, всеки час или дори от минута на минута.

При обработване на данните от попълнените въпросници установихме, че по-малобройна е групата на лицата, отбелязали отсъствието на тъга (n=85, 38%), водени от тези изпитвали тъга през изминалата седмица (n=140, 62%). Периодите на тъга след поставяне на диагноза „рак“ са естествени, тъй като ракът често включва поредица от загуби. Приспособяването към промените обикновено отнема време, но когато нуждата от добро психично здраве е удовлетворена, пациентите са в позиция да участват активно в своето лечение.

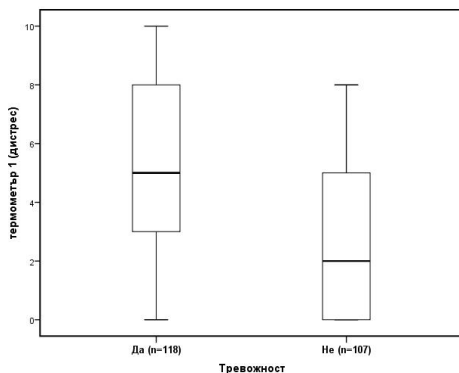
Резултатите от проведения Mann-Whitney анализ показват, че има **сигнификантно по-високо ниво на дистрес при пациентите отговорили, че изпитват тъга (5.2±3.2), в сравнение с тези отговорили, че не изпитват чувство на тъга (2.9±2.7) (p<0.001) (Фигура 20). Chi square теста показва връзка между локализацията на карцинома (0.013) и пациентите**

съобщили за тъга. Регресионния анализ демонстрира асоциация между високите нива на дистрес и пациентите съобщили за тъга (OR 3.8, 95% CI 2.1-6.8, $p < 0.001$).



Фигура 20. Нива на дистрес при пациенти отговорили на въпрос свързан с „тъга“.

Събраните данни показват, че има почти равно разпределение при пациентите, които са били тревожни ($n=118$, 52.4%) и отговорилите че не са изпитвали тревожни чувства ($n=107$, 47.6%). Mann-Whitney анализът показва, че има сигнификантно **по-високо ниво на дистрес при пациентите, които се чувстват тревожни (5.03 ± 3.1)**, в сравнение с тези отбелязали липса на тревожност (2.5 ± 2.4) ($p < 0.001$) (Фигура 21). Chi square теста не показва връзка между демографските, клинично-патологичните характеристики и пациентите съобщили за проблеми с взаимоотношения с партньора. Регресионния анализ демонстрира **асоциация между високите нива на дистрес и тревожността на пациентите (OR 5.1, 95% CI 2.9-9.1, $p < 0.001$)**.



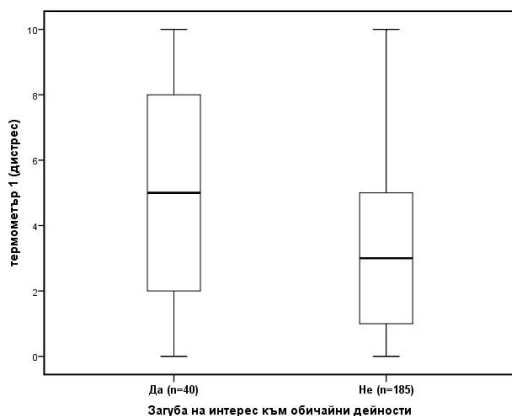
Фигура 21. Разпределение на пациентите в две групи според отбелязания от тях отговор на въпроса свързан с „тревожност“.

Тревожността, свързана с онкологичното заболяване, може да увеличи чувството на болка, да наруши съня, да причини гадене и повръщане, което повлиява качеството на живот не само на пациента, а и на семейството му. Ако нормалната тревожност отстъпи място на необичайно висок дистрес, ако пациентите станат неработоспособни, изпитват прекомерен страх или безпокойство, това може да наложи допълнително лечение.

При започване на химиотерапевтичното лечение, пациентите трябва да се приспособяват към променящите се социални роли (на работното място, в семейството) и събития. Освен чувствата на тъга, нервност, тревожност, депресия и изпитваните страхове, при част от пациентите може да се наблюдава и загуба на интерес към някои от извършваните рутинни дейности и навици.

В групата на емоционалните проблеми бе засегнат и въпроса „загуба на интерес към обичайни дейности“. За нас беше да установим в каква степен загубата на интерес към обичайни дейности засяга анкетираните онкоболни. По-голямата част от изследваната група са отговорили отрицателно на зададения въпрос (n=185, 82.2%), следвани от пациентите отговорили, че имат загуба на интерес към обичайните си дейности (n=40, 17.8%). Mann-Whitney анализът на данните показва, че **нивото на дистрес при пациентите, които са съобщили за загуба на**

интерес към обичайните си дейности е значително по- високо (4.9 ± 3.4), в сравнение с отбелязалите, че нямат този проблем (3.5 ± 2.9) ($p=0.008$) (Фигура 22). Chi square теста **показва връзка между локализацията на карцинома ($p=0.01$) и пациентите съобщили за загуба на интерес към обичайни дейности**. Chi square теста **показва връзка между локализацията на карцинома ($p=0.01$) и пациентите съобщили за загуба на интерес към обичайни дейности**. Регресионния анализ демонстрира **асоциация между високите нива на дистрес и загубата на интерес към обичайни дейности (OR 2.1,95% CI 1.07-4.44, $p=0.03$)**.

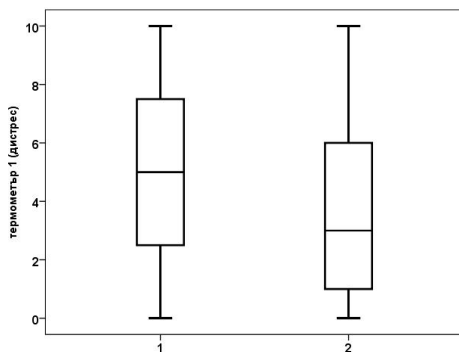


Фигура 22. Разпределение на пациентите в две групи според отбелязания от тях отговор на въпроса „загуба на интерес към обичайни дейности”.

3.4.4. Оценка на духовни/религиозни притеснения

Все повече сестринските грижи се разширяват и насочват не само към подпомагане на физическото състояние, а и към емоционалните, социалните и духовните нужди на пациенти. При анализиране на данните установихме, че почти всички пациенти ($n=214$, 95.1%) не са чувствали никакви духовни или религиозни притеснения, следвани от групата на онкоболните отговорили положително на зададения въпрос ($n=11$, 4.9%). Вярата и религиозният живот са важни условия за някои хората да преодолеят болестта, да намалят тревожността, страха и

отчаянието. За пациентите, включени в проучването **нивота на дистрес не се повлияват от духовни/религиозни притеснения** ($p=0.61$) (Фигура 23). На абсцисата на Box plot графиката са показани пациентите отговорили с „да” (1) и „не” (2), а на ордината нивото им на дистрес.



Фигура 23. Нива на дистрес при пациенти отговорили на въпроса свързан с „духовни/религиозни притеснения”.

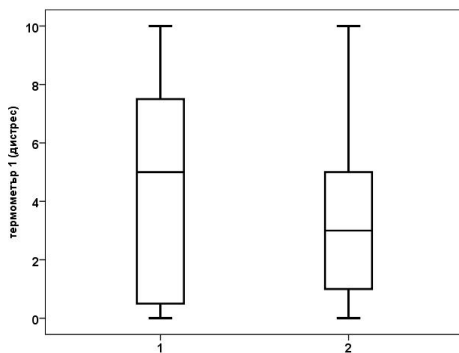
3.4.5. Оценка на физически проблеми

Според анализът на данните по-голямата част от пациентите са посочили, че нямат проблеми с външния си вид ($n=207$, 92%), следвани от групата на отговорилите положително на зададения въпрос ($n=18$, 8%). По-задълбочен анализ **показа, че няма значима разлика в нивото на дистрес при изследваните лица, независимо от отговора им** ($p=0.75$).

Събраните данни показват, че по-голямата част от изследваните лица не са изпитвали затруднение с къпането и преобличането ($n=202$, 89.8%), за сметка на групата отговорили положително на зададения въпрос ($n=23$, 10.2%). **Анализът на получените резултати сочи, че потенциалния проблем с къпането и преобличането сред пациентите няма връзка с нивото им на дистрес** ($p=0.85$).

В анкетната карта за пациентите стои въпрос свързан с един често наблюдаван симптом при онкоболните (особено при рак на гърдата или белия дроб) – задухът. На абсцисата на Box plot графиката са показани пациентите отговорили с „да”(1) или

„не”(2), а на ордината нивото им на дистрес. Получените данни от нашето проучване показват превес на пациентите отговорили, че нямат проблеми с дишането (n=176, 78.2%) пред тези посочили затруднение в дишането (n=49, 21.8%). Недостигът на въздух може да бъде физически и емоционално тревожен, особено по време на борбата с рака. По-задълбочения анализ на резултатите доказва **значимо по-високо ниво на дистрес при пациентите със затруднения в дишането**, за разлика от тези отговорили отрицателно на този въпрос (p=0.00) (Фигура 24). Добре подготвената онкологична сестра трябва да разпознава емоционалното безпокойство, което често съпътства диагнозата рак, и че то може да допринесе за задух. Справянето с диспнеята би подобрило дишането и качеството на живот на пациентите.



Фигура 24. Разпределение на пациентите в две групи според отбелязания от тях отговор на въпроса свързан с „дишане”.

Методите за лечение на рака могат да причинят проблеми с пикочния мехур и уринирането. Затова за нас беше важно да установим дали сред изследваната група има пациенти изпитвали проблеми с уринирането. Събраните данни показаха, че малка част от онкоболните попаднали в нашето проучване са отбелязали промяна в уринирането (n=37, 16.4%), за сметка на тези не съобщили за подобен проблем (n=188, 83.6%). **При по-подробен анализ се установи, че няма значима връзка между посочения симптом и нивото на дистрес сред пациентите (p=0.19).**

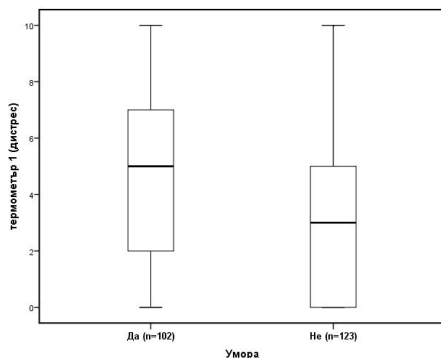
Лечението на онкологичното заболяване може да доведе до запек.

Получените резултати показват, че групата на пациентите отбелязали запек като част от физическите си проблеми е по-малобройна (n=43, 19.1%), от тези при които няма подобен проблем (n=182, 80.9%). **Mann-Whitney анализът показва, че няма значима разлика в ниво на дистрес сред двете групи (p=0.92).**

Друга често срещана нежелана реакция при лечението на рака е диарията. Според анализът на данните по-голямата част от пациентите са посочили, че нямат диария (n=210, 93.3%), следвани от групата на отговорилите положително на задания въпрос (n=15, 6.7%). По- задълбочен анализ показва, **че няма разлика в нивото на дистрес при изследваните онкоболни, независимо от отговора им (p=0.38).**

Въпреки, че ракът и неговото лечение понякога могат да причинят проблеми, които могат да затруднят храненето, приемат на рационални храни преди, по време и след лечението може да помогне пациента да чувства по-добре, с повече сили. При анализиране на данните се установи превес на пациентите отговорили, че нямат проблеми с храненето (n=187, 83.1%), пред тези отговорили положително на същият въпрос (n=38, 16.9%). Обработването на резултатите показва също, **че няма разлика в нивото на дистрес сред анализирани лица независимо от посочения от тях отговор на този въпрос (p=0.81).**

Пациентите трябва да определят, наличие на „чувство за умора“ през изминалата седмица. Според анализът на данните пациентите се разпределят почти равномерно в две групи – на изпитвали „чувство на умора“ (n=102, 45.3%) и пациенти, които не са изпитвали „чувство на умора“ (n=123, 45.7%). По- задълбочен анализ показва, **че пациентите изпитвали умора (4.6±3.1) имат сигнификантно по-високо ниво на дистрес, в сравнение с отбелязалите, че не са изпитвали чувство на умора (3.1±2.8) (p<0.001) (Фигура 25). Регресионния анализ показва, че пациентите с високи нива на дистрес са изпитвали умора (OR 3.17, 95% CI 1.87-5.4, p<0.001).**



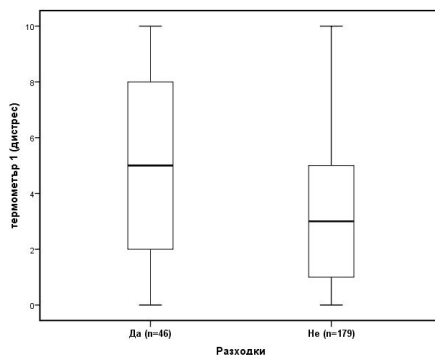
Фигура 25. Разпределение на пациентите в две групи според отбелязания от тях отговор на въпроса свързан с „умора”.

Някои видове рак създават усещане за подутост у пациентите, което би могло да се окаже не само усещане, а реално съществуващ проблем. Важно е пациентите да споделят симптомите си с онколога или медицинската сестра, дори и да им се струват маловажни. При обработване на данните се установи, че по-голямата част от изследваната група са отговорили, че нямат усещане за подутост ($n=197$, 87.6%), за сметка на отговорилите положително на същия въпрос ($n=28$, 12.4%). След по-задълбочен анализ се оказва, **че нивото на дистрес при изследваните онкоболни не се влияе от чувството за подутост или липсата на това усещане** ($p=0.16$).

Високата температура и треската при онкологично болните е критичен симптом, на който също трябва да се обърне внимание. Според анализът на данните почти всички изследвани лица са посочили, че нямат висока температура или треска ($n=222$, 98.7%), следвани от единици отбелязали наличието на висока температура/треска ($n=3$, 1.3%). Медицинската сестра трябва да обърне внимание на пациентите съобщили висока температура, тъй като когато имунната система на човек е компрометирана от онкологичното заболяване и неговото лечение, е по-трудно да се възстанови дори от често срещани болести, които могат да са животозастрашаващи. **Анализът показва, че няма значима разлика в нивото на дистрес при изследваните лица, независимо от отговора на зададения въпрос** ($p=0.35$).

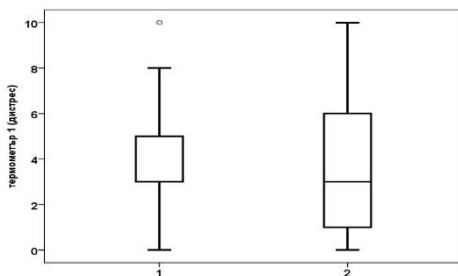
Към групата въпроси, свързани с наличието или отсъствието на физически проблеми бе засегнат и възможен проблем с мобилността и разходките при онкоболните. Пациентите, които са съобщили за физически проблеми свързани с възможност за „разходки” са по-малко (n=61, 27,1%), от тези които са отбелязали, че не изпитват подобни затруднения (n=164, 72,9%). Mann-Whitney анализът на резултатите показва, че има **сигнификантно по-висок дистрес при пациентите, които са отговорили положително на въпроса (4.8±3.4), в сравнение с тези отбелязали, че нямат проблем с разходките (3.7±3.0) (p<0.05) (Фигура 26).**

Оценката на намалените разходките в следствие на емоционално преживяване или засягане на двигателни функции в следствие на онкологичното заболяване, е значима и трябва да се предприемат мерки и съпътстващи грижи за справяне с проблема. Chi square теста показва **връзка между пърформанс статуса (p=0.01), стадия на болестта (p=0.039), семейното положение (p=0.038) и пациентите съобщили за проблеми свързани с физическата възможност за разходки. Регресионния анализ демонстрира асоциация между високите нива на дистрес и пациентите съобщили физически проблеми свързани с физическата възможност за разходки (OR 2.5,95% CI 1.27-5.04, p=0.007).**



Фигура 26. Разпределение на пациентите в две групи според отбелязания от тях отговор на въпроса свързан с „разходки”.

Наблюдават се проблеми с **храненето** по време или след лечение на онкологичното заболяване. По време на обсъждането на хранителните проблеми онкологичната сестра може да насочи пациента към диетолог, който да оцени хранителните му нужди и да го посъветва кои храни са най-подходящи за него. Събраните данни показват, че пациентите отбелязали наличие на затруднения в храносмилането са значително по-малко ($n=27$, 12%), в сравнение с тези посочили, че не срещат проблеми свързани с **храносмилането** ($n=198$, 88%). **Анализът на резултатите показва сигнификантно по-висок дистрес при пациентите, отговорили положително на въпроса** в анкетната карта, в сравнение с тези отбелязали липсата на този проблем ($p=0.01$) (Фигура 27). На абсцисата на графиката са показани пациентите отговорили с „да”(1) или „не”(2), а на ордината нивото им на дистрес.



Фигура 27. Разпределение на пациентите в две групи според отбелязания от тях отговор на въпроса свързан с „храносмиане”.

Елементите за когнитивната функция все повече се използват в оценката на качество на живота, а пациентите с онкологично заболяване често съобщават за оплаквания свързани със затруднения на паметта. Пациентите, които съобщават за затруднения в концентрацията и паметта, имат значително по-високи резултати по отношение на тревожност, депресия и умора. Групата на пациентите, отбелязали паметта и концентрацията, като проблеми е по-малобройна ($n=41$, 18.2%), за разлика от тези без подобен проблем ($n=184$, 81.8%). Анализирането на

резултатите показва също и **незначима разлика в нивата на дистрес** сред двете групи ($p=0.29$).

Онкоболните трябва да бъдат запознати с някои основни хигиенни практики по време на химиотерапия. Според анализът на данните по-голямата част от пациентите са посочили, че нямат болки в устата ($n=217$, 96.4%), следвани от далеч по-малобройната група на отговорилите положително на зададения въпрос ($n=8$, 3.6%). По-задълбочен анализ показва, че **няма разлика в нивото на дистрес при изследваните лица, независимо от отговора им** ($p=0.12$).

Други чести симптоми и понякога сериозни странични ефекти в следствие на химиотерапията са гаденето и повръщането (повисоката доза химиотерапия може да влоши страничните ефекти). Според анализът на данните по-голямата част от пациентите са посочили, че нямат **гадене** ($n=205$, 91.1%), следвани от групата на отговорилите положително на зададения въпрос ($n=20$, 8.9%). По-задълбочен анализ показва, че **няма значима разлика в нивото на дистрес при изследваните онкоболни**, независимо от посочения от тях отговор ($p=0.73$).

Според анализът на данните по-многобройна е групата пациенти посочили, че нямат сух или запушен нос ($n=208$, 92.4%), следвани от групата на отговорилите положително на зададения въпрос ($n=17$, 7.6%). Тези симптоми се наблюдават при пациенти с карцином на носа и синусите. Онкоболните трябва да уведомят онкологичния център тъй като тези симптоми могат постепенно да се влошат. По-задълбоченото анализиране на резултатите показва, че **няма разлика в нивото на дистрес при изследваните лица, независимо от отговора им** ($p=0.16$).

Болката е един от най-често срещаните симптоми при онкологично болните. Болката може да бъде причинена от самия карцином, лечението му или комбинация от фактори. Анализът на събраните данни показва, че по-голямата част от изследваната група не посочват наличие на болка ($n=164$, 72.9%), следвани от тези посочили болката като част от съпътстващите ги физически проблеми ($n=61$, 27.1%). Наличието на болка е предпоставка за изготвяне на план за облекчаване на болката и борбата с нея да стане част от грижите. **Оценката на болката, показва че няма разлика в нивото на дистрес при изследваните онкоболни**,

независимо от това дали изпитват болка или не ($p=0.68$).

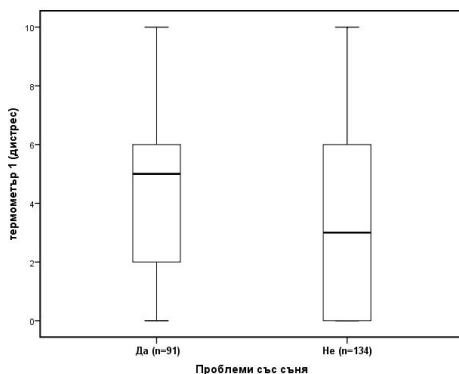
Сексуалността и интимността при пациентите с онкологични заболявания може да бъде засегната или ограничена. Причините са физически, свързани с болестта или емоционално-поведенчески. В някои случаи сексуалността и интимността са ограничени, поради умора, гадене, проблеми с червата или пикочния мехур, болка, кожни проблеми или други промени във външния вид и други. Някои сексуални проблеми се подобряват или изчезват с времето, но някои са дълготрайни и могат да съпътстват пациента през целият му живот. Според анализът на данните по-голямата част от пациентите са посочили, че нямат **сексуални проблеми** ($n=209$, 92.9%), следвани от групата на отговорилите положително на същият въпрос ($n=16$, 7.1%). По-задълбочен анализ показва, **че няма разлика в нивата на дистрес при двете групи, независимо от отговора им ($p=0.24$).**

Към групата въпроси, свързани с наличието или отсъствието на физически проблеми бе засегнат и възможен проблем със суха, сърбяща кожа при онкоболните. Анализът на събраните данни показва, че пациентите отбелязали наличие на този проблем са по-малко ($n=33$, 14.7%), от тези които са отбелязали, че нямат **суха и сърбяща кожа** ($n=192$, 85.3%). Mann-Whitney анализът показва, че **няма разлика в нивото на дистрес при изследваните лица, независимо от отговора им ($p=0.34$).**

Умората е един от най-тревожните странични ефекти, съобщавани от пациентите и свързани с рака симптоми. Централна роля за справяне с умората имат медицинските сестри. Измерването и управлението на умората е част от здравните грижи. Свързана е с натоварването на организма от провежданото лечение, недостатъчното време за сън и почивка. По-нисък процент пациенти от изследваната обща група изпитват проблеми със съня ($n=91$, 40.4%), водени от лицата отговорили отрицателно на въпроса ($n=134$, 59.6%). Mann-Whitney анализът показва, че има тенденция за **по-високо ниво на дистрес при пациентите отбелязали, че имат проблем със съня (5.4 ± 3.1) за сметка на тези, които не са изпитвали подобни затруднения (2.6 ± 2.4) ($p<0.001$) (Фигура 28).**

Chi square теста показва връзка между местоживеенето ($p=0.005$), изповяданата религия ($p=0.02$) и пациентите

съобщили за проблеми със съня. Регресионния анализ показва асоциация между високите нива на дистрес и проблеми със съня (OR 2.1,95% CI 1.23-3.6,p=0.006).



Фигура 28. Нива на дистрес при пациенти отговорили на въпрос свързан с „проблеми със съня”.

Последният въпрос от групата, свързани с наличието или отсъствието на физически проблеми е проблем свързан с **изтръпване на ръцете и/или краката**. Според анализът на данните групата отговорила положително на въпроса заема превес (n=61, 27.1%), пред групата на пациентите, отбелязали че нямат подобни физически усещания (n=164, 72.9%). Няколко поддържащи терапии насочени към изтръпването на крайниците и свързаните с него усложнения, биха могли да подобрят качеството на живот и да помогнат на пациентите да избегнат забавяне или прекъсване на лечението. **Анализът на данните от проучването показва, че няма разлика в нивото на дистрес сред анализиранията лица независимо от посочения от тях отговор на този въпрос (p=0.15).**

Медицинските сестри играят важна роля при оценката и управлението на много от проблемите, с които се сблъскват пациентите, подложени на химиотерапия. Пациентът се наблюдава внимателно по време на приложението на цитостатиците поради риска и последствията от прилаганата химиотерапия. Медицинската сестра трябва да е запозната с всеки един химиотерапевтик и неговите потенциални ефекти,

както и да е наясно с въздействието на тези странични ефекти върху качеството на живот на пациента. От съществено значение е медицинската сестра да оцени необходимостта от подкрепа и насоки както за пациента, така и за семейството и да съдейства при планирането и оценката на грижите за пациентите. Медицинската сестра трябва да насърчава грижите в дома, да предоставя инструкции за страничните ефекти и да помага на пациента и семейството му да идентифицират и да се справят с много от често срещаните странични ефекти.

3.5 Вербални и невербални поведенческите реакции на пациента в периода на хоспитализацията

Умението на медицинските сестри за наблюдение на вербалните и невербалните поведенчески реакции на пациентите е от съществено значение за оказване на ефективни здравни грижи. За целите на проучването са наблюдавани някои *вербални и невербални поведенческите реакции на пациента в периода на хоспитализацията*. Наблюдаваните реакции разкриват и допълват психо-емоционалния статус на пациента.

В проведеното наблюдение участват 225 пациента с онкологично заболяване, попълнили Дистрес термометъра и отговарящи на критериите за включване в анкетното проучване, оценяващо проблемите на пациента. Наблюдението на пациентите е осъществено поетапно - по време на приема на пациентите, по време на болничния престой и към момента на изписването.

Чек листа на наблюдението позволява бързо и лесно да се идентифицират основните емоционални реакции на пациента и така да се подпомогне периода на адаптация, не само към болничната среда, но и към прилаганото лечение.

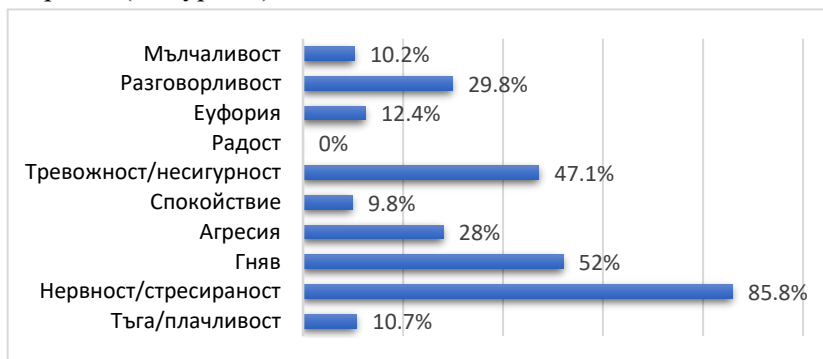
3.5.1. Оценка на поведенчески реакции на пациент с онкологично заболяване при постъпване, по време на престоя и при изписване от отделението

❖ Наблюдение при постъпване в клиниката

Анализът на резултатите от Чек листа показва, че преди прием почти всички пациенти са с видими реакции на нервност (n=193, 85.8%). Онкологичното заболяване е едно от най-стресиращите събития в живота на човека, което повлиява и емоционалните му

реакции. Преодоляването на рака може да бъде голямо предизвикателство като се има предвид добавения стрес от работата, семейството и финансовите притеснения. Медицинската сестра трябва да насочи вниманието си към тези пациенти и да ги запознае с техники за намаляване нивото на стреса. Хроничният стрес може да отслаби имунитета, което да доведе до други здравословни проблеми, които биха могли да утежнят прилаганото лечение и да се наложи удължаване на болничният престой.

Най-често наблюдавани поведенчески реакции на пациента при приемането му са нервност, гняв, тревожност. Рядко поведението на пациента е определено, като спокойно и мълчаливо. Данните от показват, че част от пациентите проявяват агресия (Фигура 29).



Фигура 29. Поведенчески реакции на пациента при приемането му в клиниката.

Гневът е друго чувство, което често се наблюдава при пациентите диагностицирани с онкологично заболяване. Установихме, че малко над половината чакащи за хоспитализация са гневни (n=117, 52%), като разпределението по според пола е равномерно – 50.4 % (n=59) са мъжете, а 49.6% (n=58) са жените. По-задълбоченият анализ на данните не показва значима връзка между наблюдавания израз на гняв на пациентите и нивото на образованието им (p=0.71). Гневът може да се развие по всяко време от пътя на пациента през заболяването. Продължителният

гняв и неспособността за изразяването му по умерен начин може да доведе до депресия. Въпреки, че тя е често срещана сред онкологично болните, това не е нормално състояние в живота на хората с тази диагноза.

Неизвестностите около онкологичното заболяване предизвикват чувства на разтревоженост, гняв, тъга и страх. Често онкологично болните губят увереност и в поведението им се наблюдава несигурност. Анализът на получените данни от наблюдението показва, че почти половината от онкоболните изглеждат тревожни и несигурни (n=106, 47.1%). Анализът на резултатите показва връзка между пола, местоживеенето, нивото на образование и наблюдаваната тревожност/несигурност (p=0.00). Причините за тези емоции са най-разнообразни – забавяне на вече направени планове, страх от противотуморното лечение и страничните ефекти, лечението да не постигне желания ефект, страх от летален изход. Ако тези чувства се задълбочат пациентите трябва да се насочат към разговор с психолог или с друг специалист. Често разговорите имат терапевтичен ефект. По-голямата част от наблюдаваните пациенти бяха разговорливи (n=67; 29.8%) за сметка на тези които мълчаливо чакаха реда си пред приемния кабинет в клиниката (n=23, 10.2%).

Данните от анализа показват, че почти една трета от наблюдаваните пациенти проявяваха вербална и невербална агресия (n=63, 28%) както към останалите пациенти. Страхът от симптомите и нежеланите реакции от лечението на тумора, като смущения в съня, умора, болка и гадене могат да доведат до раздразнителност, ярост и непровокирана агресия.

В Чек листа на наблюдението бе включена и емоционалната реакция „радост“. В някои случаи проявата на радост е в следствие не само на положителни чувства и преживявания. Тя може да е в следствие на стрес. Нашето наблюдение не установи пациенти проявяващи тази емоционална реакция „радост“ (n=0). Минимална част от пациентите изглеждаха спокойни (n=22, 9.8%).

За нас бе интересно да установим, че почти равномерно е разпределението на пациентите показващи реакции на „тъга/плачливост“ (n=24, 10.7%) и тези, при които се наблюдава еуфория (n=28, 12.4%). Еуфорията при пациентите може би е

прикривала страха които изпитват. Изпитването на страх е нещо естествено при сблъсък с реална заплаха като онкологичното заболяване. Всички тези емоции повишават нивата на стрес при пациентите. Известна степен на стрес е нормална част живота, но продължителното му и прекомерно въздействие води до дистрес, утежняване на редица заболявания и възникване на сериозни здравословни проблеми. Известно е, че продължителното и прекомерно излагане на стрес води до нарушения в мозъчната функция, храносмилателния тракт, ускоряване на пулса, повишение на кръвното налягане, промени в метаболитните процеси, хормоналния баланс и имунната функция.

Оценката на несигурността бе базирана на реакциите на пациентите по отношение на даваните им указания. Част от пациентите „*задаваха едни и същи въпроси на медицинския персонал*“, въпреки че преди това им бе разяснено.

❖ *Наблюдение по време на хоспитализацията*

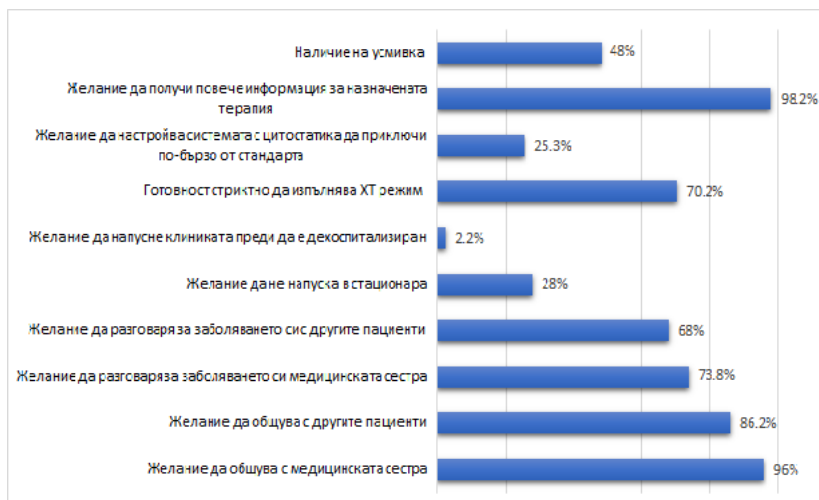
Наблюдението на пациентите продължи и през престоя на болния в клиниката при провеждане на химиотерапевтичното лечение. Избирият ден е в средата на престоя за да има възможност пациента да се адаптира към болничната среда, медицинския екип и провежданата терапия.

Анализът на данните от наблюдението по време на престоя на пациентите в клиниката показва, че почти всички имат желание да узнаят повече подробности относно химиотерапевтичното лечение (n=221, 98.2%), в превес на женския пол (n=121, 54.7%). Населеното място и образованието на пациентите не повлиява изказаното мнение. Голяма част от пациентите проявяваха „*интерес да разговарят за заболяването си с медицинските сестри*“ (n=166, 73.8%) и имат желание да *обсъждат подробности около заболяването си с другите пациенти* (n=153, 68%) в зависимост от образованието ($p < 0,05$). Анализирането на резултатите показва **незначима разлика в посочените характеристики в зависимост от пола** ($p=0.29$).

По-голямата част от наблюдаваните пациенти показаха готовност стриктно да изпълняват химиотерапевтичният режим и времето за преливане на цитостатиците (n=158, 70.2), но има и такива които настройваха системата с цитостатика да приключи

по-бързо (n=57, 25.3%). По-задълбоченият анализ на данните не показва връзка между нивото на образование на пациентите и готовността им за спазване или неспазване на химиотерапевтичният режим (p=0.61).

Онкологично болните показаха и желание да общуват и обсъждат различни теми (не свързани с онкологичното заболяване) с медицинските сестри (n=216, 96%) и с другите пациенти (n=194, 86.2%). Част от пациентите нямаха желание да излизат от клиниката, предпочитаха да стоят в болничната стая (n=63, 28%). Минимална част от наблюдаваните лица изразяваха желание да напуснат стационара и да се откажат от лечението (n=5, 2.2%). По време на престоя при част от пациентите се наблюдаваше усмивка (n=108, 48%) (Фигура 30).



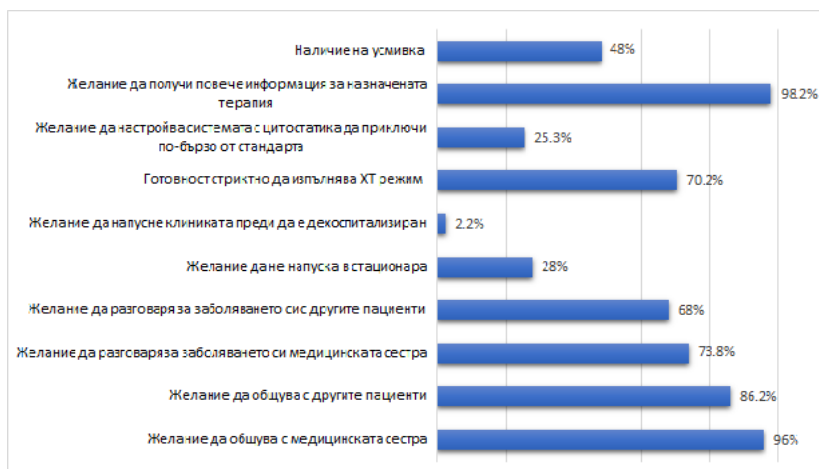
Фигура 30. Поведенчески реакции на пациента при престоя му в клиниката.

❖ *Наблюдение по време на дехоспитализацията*

В деня на дехоспитализацията при пациентите се наблюдаваше „усмивка“ (n=209, 92.8%), и бяха изразени благодарности към екипа (n=223, 99.1%) и показаха решителност да продължат своето лечение (n=222, 98.7%). Половината от наблюдаваните лица изказаха съпричастност към натовареността на

медицинските сестри (n=133, 59.1%) и попитаха за възможност за контакти с тях при възникване на въпроси свързани с онкологичното заболяване, лечението и евентуални нежелани странични реакции (n=173, 76.8%) и телефон за връзка с клиниката при необходимост (n=113, 50.2%). При по-подробен анализ се установи, че няма значима връзка между пол, местоживеене, ниво на образованието и посочените характеристики (p=0.21). По време на дехоспитализация в болничната система част от пациентите изявиха желание за контролни прегледи, ако им се наложи преди следващата хоспитализация (n=36, 16%), както и готовност за спазване на хигиенно диетичният режим (n=165, 73.3%).

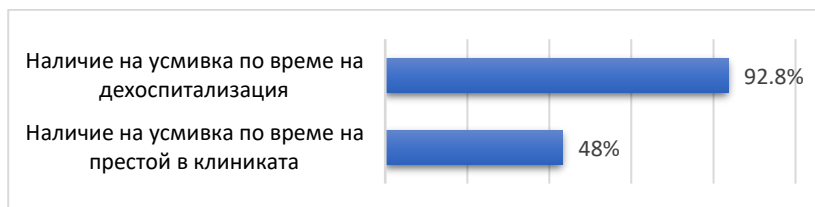
Малка част от онкоболните изразиха своето на недоволство (n=11, 4.8%), защото *медицинските сестри не откликвали мигновено на звуковата сигнализация от стаите, а се бавели 2,3 минути*. След като им бе обяснено, че в клиниката постъпват пациенти по спешност и има настанени тежко болни за палиативни грижи и такива усложнили се след проведена химиотерапия, пациентите се успокоиха, *осъзнавайки натовареността на сектора и благодариха за положените грижи (Фигура 31)*.



Фигура 31. Поведенчески реакции на пациента при изписване от клиниката.

В деня на дехоспитализацията единици от наблюдаваните пациенти изразиха вербално своя гняв към екипа (n=4, 1.8%): *Защо толкова са се бавили лекарствата*, *„Защо чакат за изписване, имали работа и задължения, не можело ли да си тръгнат без да са „изписани“*. Дежурният екип успокои тези пациенти обяснявайки им, за разпоредбите, правилата и наказателна отговорност която носят, ако се изпълнят желанията им. Интересно бе да се наблюдава разбирането от страна да тези пациенти и преобразуването на гнева в извинение.

При проследяване на емоционалните реакции на пациентите за нас бе важно да установим степента на изразното средство - „усмивка“. Усмивката се приема, като средство за комуникация между хората, въпреки че няма универсално значение. Усмивката може да характеризира различни положителни и отрицателни емоции, но въпреки това е богато изразно средство. Нашето наблюдение показва, че се увеличава броя на пациентите, с „усмивка“ след като са преминали през стационара, за разлика от деня на прием (Фигура 32). Многофакторният анализ показва, че наличието на усмивка е независимо от пол, семейно положение, местожителство, възраст, стадий, PS и локализация на карцинома (p=0.71).



Фигура 32. Сравнителен анализ между наличието на усмивка при пациента по време на болничния престой и при изписване.

3.5.2. Профил на поведението на пациента по време на хоспитализация

След анализът на резултатите от проведеното наблюдение се разкри положителна промяна в емоциите, реакциите и поведението на пациентите. Превес пред гнева, нервността, тревожността и агресията заеха желанието за общуване, за повече информация и готовност за изпълнение на химиотерапевтичният

режим.

Резултатите от получените данни показаха, че за разлика от приема при изписването пациентите са с различни емоционални реакции, като с „усмивка“, решени да продължат своето лечение и благодарни на екипа грижещ се за тях (Фигура 33).



Фигура 33. Най-често срещани поведенчески характеристики на пациента по време на прием, престой в клиниката и дехоспитализация.

На базата на получените данни от проведеното наблюдение на поведенческите реакции на пациента в периода на хоспитализацията, можем да опишем **профил на пациента**:

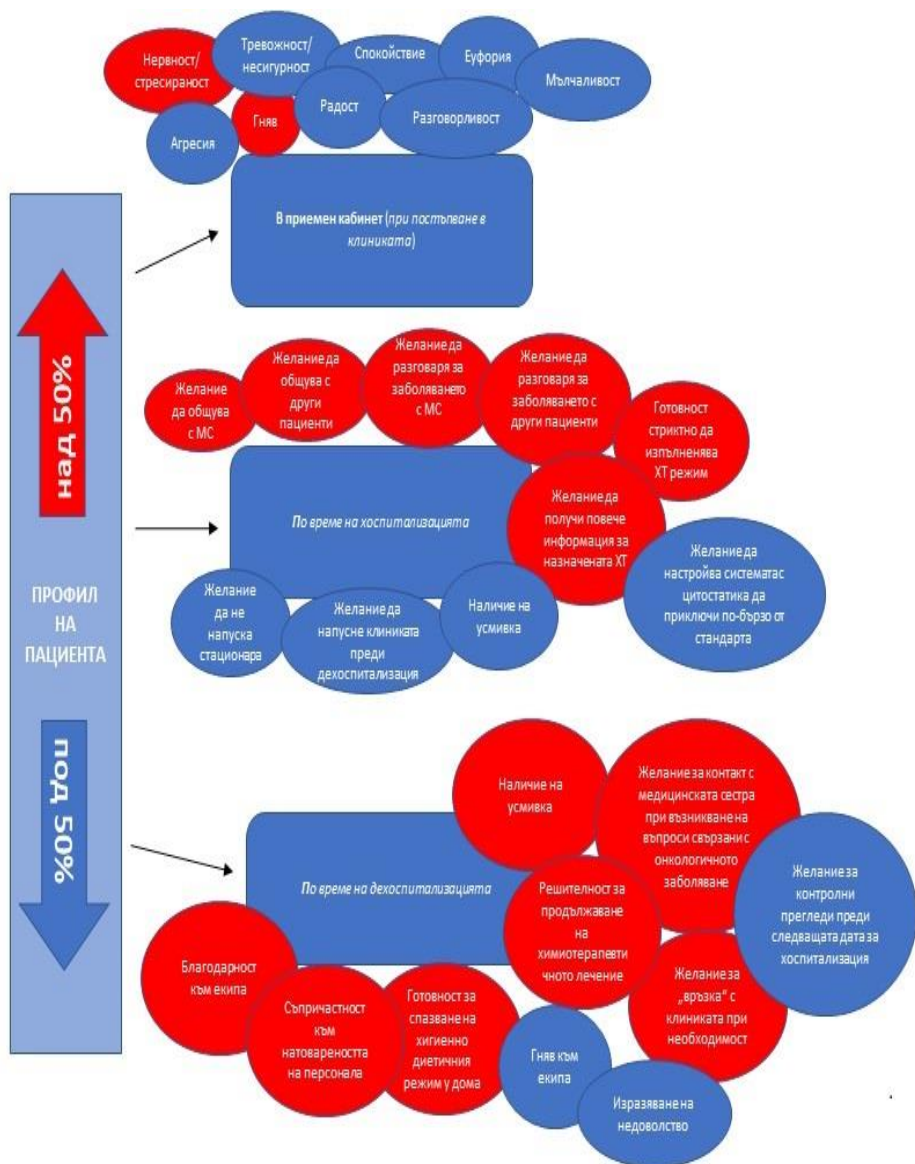
Наблюдение при постъпване в клиниката: Пациентите са с видими реакции на нервност, гняв, тревожност. Рядко поведението на пациента е определено като спокойно и мълчаливо. Част от пациентите проявяват агресия.

Наблюдение по време на хоспитализацията: Пациентите показват желание за узнаване на повече подробности относно химиотерапевтичното лечение, проява на интерес за разговор за заболяването си с медицинските сестри, желание за обсъждане на подробности около заболяването си с другите пациенти. Онкологично болните показват и желание да общуват и обсъждат различни теми (не свързани с онкологичното заболяване) с медицинските сестри и с другите пациенти. По време на престоя при част от пациентите се наблюдава усмивка.

Наблюдение по време на дехоспитализацията: В деня на

дехоспитализация при пациентите се наблюдава усмивка и желание за продължаване на лечението. Пациентите изказаха съпричастност към натовареността на медицинските сестри и желание за контакт с тях при възникване на въпроси свързани с онкологичното заболяване, лечението и евентуални нежелани странични реакции. Пациентите са с желание за контролни прегледи, ако им се наложи преди следващата хоспитализация, както и готовност за спазване на хигиенно диетичният режим.

Схематично профильтът на пациента е представен на фигура 34.



Фигура 34. Профил на поведението на пациента по време на

хоспитализация.

Информацията, която медицинската сестра събира при комуникация и наблюдение е необходима както за нейната дейност, така и за дейността на всички участници в процеса на адаптация на пациентите към онкологичната диагноза и всичко свързано със заболяването. Медицинската сестра отговорно и критично трябва да отчита събраната информация, за да може да я насочи към повишаване удовлетвореността на пациентите и качеството на здравните грижи.

3.6 Анализ на резултатите от проведените интервюта с медицински сестри за необходимостта от прилагане на дистрес термометъра и възможностите за оптимизиране на сестринските грижи при пациенти с дистрес.

Проведено бе интервю „лице в лице“ с медицинските сестри за придобиване на информация до колко резултатите от поведената анкета сред пациентите и попълнения дистрес термометър им помагат да разберат и анализират дистреса при пациентите, да оценят нуждата от поддържащи грижи, както и необходимостта от по-нататъшно насочване към специалист.

Проведени са 23 индивидуални интервюта за проучване мнението на медицинските сестри работещи в клиниката. Интервюто включва тематични области, отнасящи се до клиничната работа на професионалистите по здравни грижи, влиянието им върху поведенческите реакции на пациентите и приложимостта на използваните инструменти за самооценка на дистреса сред пациентите и Анкетната карта за самооценка на проблемите им.

Единодушно е мнението на медицинските сестри, че пациентите са с повишени нива на стрес и дистрес (МС-22), като само една изказа своята несигурност при оценката на дистреса при онкоболните. Медицинските сестри са категорични, че дистресът оказва влияние върху поведението на онкоболните (МС-22) и изброиха някои от наблюдаваните от тях емоции като *тъга, нервност, гняв, тревожност, несигурност, разговорливост, мълчливост.*

Взаимоотношенията медицинска сестра-пациент са от изключително значение. Медицинската помощ трябва да включва про-

фесионална компетентност, основана на личната грижа към човека, изразена в отношение на внимание, съчувствие, емоционална топлина, зачитане и подкрепа. Болшинството от професионалистите по здравни грижи са на мнение, че дистрес термометъра и анкетната карта отчитаща проблемите на пациентите са *добри инструменти и биха били полезни в практиката* (МС-21). Само две от медицинските сестри, които са с над 25 годишен стаж (в пред пенсионна възраст) изказаха мнение, че *не са им необходими допълнителни инструменти за отсяване на рисковите пациенти и че те разчитат на натрупаният през годините опит* (МС-2).

Отговорите са разбираеми и очаквани, тъй като медицинските сестри са тези, които най-често контактуват с пациента и без значение дали ще разчитат на опита или на инструментариум за оценка на дистреса, те оказват необходимите грижи и подкрепа на онкоболните. Онкологичните медицински сестри са в основата на справянето с нарастващото глобално бреме на рака. Техният принос е уникален поради мащаба и разнообразието от роли и отговорности в грижите за онкологично болните.

Медицинските сестри показаха единодушие по въпроса с практическото приложение на дистрес термометъра и предложената анкетна карта включваща различни проблеми засягащи пациентите с онкологично заболяване. Мнението им е, че *подобряват клиничната си работа с пациентите, в следствие на разбирането на индивидуалните нужди им нужди*. (МС-22). Отговорите на медицинските сестри доказват, че никакви технологични средства не могат да поемат тяхната ролята, и че чрез ежедневното си общуване, наблюдение и взаимодействие се стремят да разберат поведението, преживяванията и нуждите на онкологично болните.

Отговорите на онкологичните сестри показаха, че разбирайки конкретните нужди на раково болните се улеснява комуникацията с тях. По-голямата група от медицински сестри отговориха, че предложеният инструментариум им помага за *по-ефективна комуникация с пациентите* (МС-17), следвани от тези които *не могат да преценят* (МС-6). Добрата комуникация между медицинския персонал и болния се основава не само на психологични правила за взаимодействие между хората, но и на специфични за

здравната практика поведенчески модели. Общуването е свързано с процеса на установяване на взаимоотношения на един човек с друг. Доверието на пациента към медицинската сестра възниква, когато тя общува ефективно. Това е важен компонент от грижите подпомагащи пациента за водене на независим живот и възможно най- безопасно съществуване.

Един от въпросите по време на интервюто бе свързан с това дали *информацията получена от Дистрес термометъра и категориите проблеми би подпомогнала да се подобрят резултатите от лечението*. По-голямата част от медицинските сестри *не могат да преценят* (МС-12), следвани от групата на отговорилите *да, биха били от полза* (МС-7) и тези отговорили, *че не биха могли* (МС-4). Разбираемо е затруднението, свързано с оценката на резултатите от лечението, тъй като фокусът на работа на медицинските сестри пада върху грижата за самият пациент (преди, по време и непосредственото след вливане на цитостатиците), а не върху оценката от проведения курс химиотерапия. Съмнения и доказване на прогресия/рецидив или стабилна болест е от компетенциите на лекуващите онколози, имащи по задълбочени познания в специалността.

Мнението от проведеното интервю с медицинските сестри категорично показва, че биха използвали и *препоръчали въвеждането на дистрес термометъра и анкетаната карта описваща проблемите на пациентите в рутинната практика*. С положителна оценка са отговориха почти всички онкологични сестри (МС-20), следвани от отговорилите, *че не могат да преценят* (МС-2) и само една е на мнение, *че не би препоръчала използването на предложения инструментариум за оценка* (МС-1). Създаването на стабилна връзка сестра-пациент изисква чувствителност към нуждите на пациента и добре разработен и обмислен план за удовлетворяване на тези нужди. Това оказва позитивното влияние върху резултатите и създава добри възможности за подпомагане, обучение, осъзнаване и приемане на диагнозата, лечението и последствията не само на онкологично болните, а и на техните близки, тъй като медицинската сестрата е най-добре подготвеното лице за оценяване и отзоваване на нуждите на пациентите.

От медицинските сестри се очаква да бъдат ангажирани в оценката на физическото и емоционалното състояние на пациента. Оценката и разбирането на нуждите на пациента са от основно значение за облекчаване на тревожността и формулиране на план за сестрински грижи, които да повлияе положително на резултатите от лечението. Системата за предоставяне на здравни грижи се променя и новите научни открития се интегрират в грижите за онкологично болни, ролята на онкологичната медицинска сестра продължава да се развива. Участието на медицинските сестри в проекти, които анализират дистреса повишават техните знания, помагат за по-добрата комуникация и разбиране нуждите на пациентите, като това води до подобряване на клиничната им работа.

IV. ПРАКТИЧЕСКИ ПОДХОДИ ЗА ОПТИМИЗИРАНЕ ПРОФЕСИОНАЛНАТА ДЕЙНОСТ НА ОНКОЛОГИЧНАТА СЕСТРА ПРИ ПАЦИЕНТИ С ДИСТРЕС

Анализът на литературните източници и резултатите от проучването ни дават възможност да разработим и предложим практически подходи за оптимизиране на здравните грижи, оказвани от онкологичните медицински сестри на пациентите.

4.1. Цикъл за оценка на дистрес при пациенти с онкологични заболявания

Теоретична обосновка

Цикъл за оценка на дистрес при пациенти с онкологични заболявания улеснява професионалната дейност на медицинската сестра, открива, регистрира и подпомага пациенти с дистрес.

Идентифицирането на пациентите с дистрес се улеснява като се определят предварително високо рисковите групи, които да са приоритетни при скрининг, за това медицинските сестри трябва да са запознати с „пътя на пациента” и прилагането на Дистрес термометъра в рутинната практика.

Цикъл за оценка на дистрес при пациенти с онкологични заболявания, основан на професионално сестринско поведение е базиран и на „пътя на пациента“, показвайки необходимостта от повтаряемост на професионалната дейност, в зависимост от наличието или отсъствието на дистрес, със следните елементи:

- **Попълването на Дистрес термометъра се осъществява още при постъпването на пациента за първи цикъл на химиотерапевтичното лечение.** Онкологичната сестра запознава онкоболния с понятието „дистрес“.
- **Определянето на нивото на дистрес** ще подпомогне онкологичните сестри при съставяне на план за сестрински грижи. Основната цел на Дистрес термометъра е да открие клинично значим дистрес, за да се предприемат навременни действия за борба с него и да предизвикат по-нататъшна му оценка.
- **Сестринските грижи** трябва да бъдат планирани така, че да насърчават комфорта на пациентите, да предоставят на

пациентите и техните семейства информация и помощ при поведенчески и физически интервенции, да предотвратяват и облекчават страничните ефекти от фармакологичните терапии, да насърчават придържането към терапията и необходимостта от проследяване на ефектите от лечението.

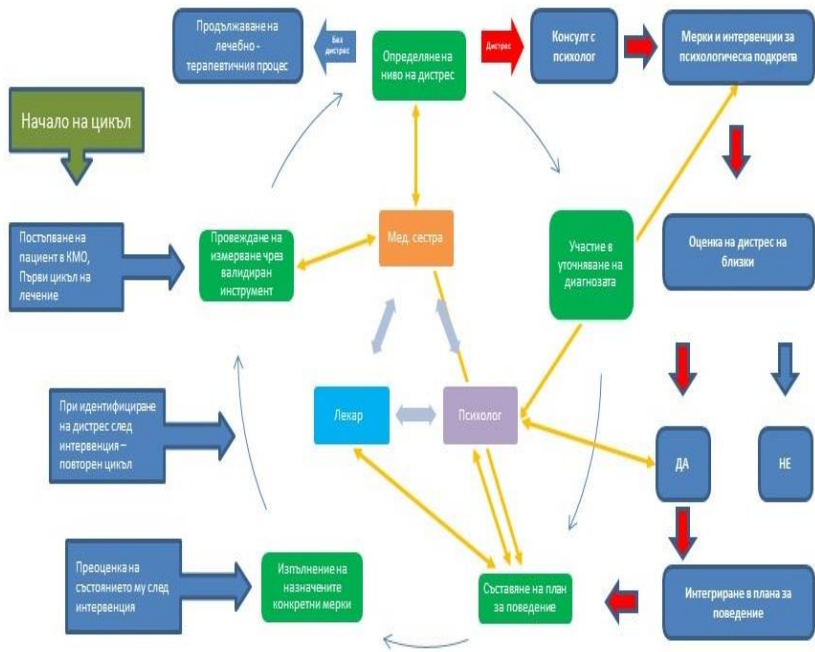
Медицинската сестра трябва да обясни важността на интервенциите и да предостави време за въпроси на пациента и семейството му. При желание от страна на пациентите, обучението им може да включва имената на химиотерапевтичните лекарства, схеми на дозиране, странични ефекти, интервенции за облекчаване на гадене и повръщане, като антиеметици, интервенции за облекчаване на запек и други.

Медицинската сестра трябва да наблюдава ефективността от прилаганото лечение и страничните ефекти от фармакологичните интервенции, респираторния статус, функционирането на червата, както и умственото и когнитивното функциониране.

Медицинските сестри осъществяват преките грижи за пациентите. Те се оказват консултанти, обучители на пациенти, изследователи и ръководители на онкологично болните по време на тежкия път в борбата със заболяването. Те са в тясно сътрудничество с лекари и други членове на здравния екип, за да осигурят най-високо качество на грижите за пациентите.

Оценката за дистрес и насочването за предоставяне на психосоциални грижи е препоръчителен подход за управление на дистрес. **Клиничният екип е необходимо да осигури подкрепа на пациенти с дистрес и насочване към допълнителни психосоциални грижи.**

Схематично Цикълът за оценка на дистрес при пациенти с онкологични заболявания е представен на фигура 35.



Фигура 35. Цикъл за оценка на дистрес при пациенти с онкологични заболявания.

Предлагаме този модел, тъй като скринингът за дистрес и насочването за предоставяне на психосоциални грижи понастоящем е препоръчителен подход за управление на дистрес. Клиничният екип трябва да осигури подкрепа на пациенти с лек дистрес и насочване към психосоциални грижи за пациенти с умерен или тежък дистрес. Този подход би довел до подобряване на мерките в процеса на лечение. Прилагането на скрининг за дистрес в онкологичните центрове в страната е неоптимално и трябва да се подобри, за да се получат по-добри резултати.

Необходими са допълнителни научни изследвания, за да се проучи как скринингът за оценка на дистрес може да бъде част от сестринската документация и интегриран в ежедневната работа на медицинските сестри. За да осигурят индивидуализирани и високо професионални грижи, медицинските сестри в онкологичните центрове трябва внимателно и правилно да тълкуват нуждите на онкоболните, а планирането на грижите да се осъществява в сътрудничество с пациентите.

4.2. Етапи за оценка на пациенти с дистрес

Успешното прилагане на програмите за скрининг на дистрес зависи от обучението на персонала, който трябва да притежава както познания за психосоциалния дистрес, така и умения за работа с Дистрес термометъра. Необходимото обучение за клиничния персонал трябва да включва сесии за въвеждане на скрининг при пациентите и техните семейства, изучаване на процедурите за оценяване на дистрес, уведомяване на други клиницисти поради клинично значим резултат за дистрес в подходящото време и наблюдение на проследяването на препоръките и критериите за скрининг за дистрес. За поддържане на стандартизиран, всеобхватен подход към скрининга на психосоциален дистрес клиничният персонал трябва да преминава първоначално и текущо обучение. Обучението на персонала, който ще участва в скрининга за дистрес е от изключително значение.

За да се интегрира Дистрес термометъра и да се използва в рутинната практика трябва да срещне подкрепа и разбиране от страна на екипите работещи в онкологичните болници. Ние разработихме **Етапи за оценка на пациенти с дистрес** (Фигура 36), който да улесни онкологичните сестри в прилагането на скрининговата програма както следва:



Фигура 36. Етапи за оценка на пациенти с дистрес.

Медицинската сестра съвместно с лекуващия онколог биха могли да подкрепят пациентите и да отговорят на нуждите им, осигурявайки подкрепа и предоставяйки информация за други източници на емоционална подкрепа и борба с дистреса (напр. дискусии с пациенти и групи за подкрепа). Въпреки всичко осигуряването на емоционална подкрепа не е достатъчно за всички пациенти. Някои от тях се нуждаят от професионална грижа за психичното здраве. Ранното откриване на дистреса подпомага психосоциалната адаптация на пациентите и на техните близки. Поради това, че дистреса оказва негативно влияние върху лечението, качеството на живот и върху преживяемостта, ранният скрининг и навременното справяне с него са предпоставка за подобряване на състоянието.

4.3. Професионално сестринско поведение при пациент с онкологично заболяване.

На базата на етапите за оценка на дистреса, предлагаме схематичен модел на **Професионално сестринско поведение при пациент с онкологично заболяване.**

Теоретична обосновка

На базата на получените резултати от Дистрес термометъра, анкетната карта за оценка на проблемите на пациента и проведеното наблюдение ние разработихме схематичен модел за **„Професионално сестринско поведение при пациент с**

онкологично заболяване“, представен на Фигура 37.

Всички пациенти с хистологично доказана диагноза се **представят на Общоболнична комисия** за обсъждане и взимане на решение за терапевтичен план и насочване към онкологична клиника. След като комисията издаде решение, пациента се насочва към онколог, за да се представи случаят му пред **Онкологична комисия по химиотерапия** и да се насрочи дата за прием в клиниката.

В деня на хоспитализацията медицинската сестра оценява нивата на дистрес на пациента с помощта на Дистрес термометъра и списъкът с възможни проблеми и на база на своята наблюдателност преценява какви потребности има пациента.

В зависимост от изпитваните емоции и физическите усещания медицинската сестра предприема действие, като обсъжда състоянието на онкологично болния с лекуващият му лекар.

Онкологичният екип трябва да реши дали **пациента има нужда от допълнително лечение, консулт с психолог, консулт с психиатър или да бъде насочен към групи за подкрепа**. След обсъждане от мултидисциплинарният екип, **медицинската сестра съставя своя план за грижи.**

След осъществяване на предвидените интервенции, **онкологичната сестра оценява постигнатите резултати.**

Желаният краен резултат от положените грижи и извършените интервенции е **потребностите на пациента да бъдат задоволени.**

Схематичен модел за **„Професионално сестринско поведение при пациент с онкологично заболяване“** е примерен, може да се обогатява в зависимост от спецификата на лечебното заведение.

Така онкологичните медицински сестри ще участват в превенция и ранно откриване на рисковите групи пациенти за развитие на дистрес, но и ще извършват оценка на физическите и емоционалните проблеми на своите пациенти, което ще ги подпомогне в оказване на грижи според потребностите на конкретния пациент.

Предложените практически подходи за оценка на дистрес при пациенти с онкологично заболяване и професионално поведение на онкологичните медицински сестри, описват специфична част от сестринските грижи, приложими в практиката и с възможност за бързо прилагане.

V. ИЗВОДИ, ПРЕПОРЪКИ И ПРИНОСИ

5.1. Изводи

Въз основа на проведеното научно проучване можем да направим следните изводи:

- 1. Почти половината от пациенти (49.3%) са с високо ниво на дистрес.** Нивото на дистрес се повлиява от пърформанс статус ($p=0.006$), локализация на карцинома ($p=0.001$) и ниво на образованието ($p=0.017$) на пациентите. **Нивото на дистрес се запазва при повечето пациенти и след приключване на химиотерапията (59.1%).**
- 2. Фактори, като възраст, пол, образование, местоживеене, семейно положение, PS са определящи за нивата на дистрес при пациентите с онкологични заболявания.** По-високо ниво на дистрес се отбелязва при пациенти *на възраст под 65г.* ($p=0.08$); при пациенти от *женски пол* ($p=0.014$); при пациенти с *висше образование* ($p=0.08$) и при пациентите с *PS* ($p=0.029$); Установена бе несигнификантна разлика в нивото на дистрес при пациентите *живеещи във Варна* (3.84 ± 3.0) и живеещи в други населени места (3.76 ± 3.2) ($p > 0,05$). При несемейните пациенти се установяват по-високи нива на дистрес, в сравнение със семейните (OR 5.3, 95% CI, 1.2-21.3; $p=0.02$).
- 3. Пациентите участващи в проучването, показват различни нива на дистрес според религиозната ($p=0.07$) и етническа ($p=0.07$) си принадлежност.** Пациенти, които не могат да определят точно вероизповеданието си имат много по-ниско ниво на дистрес (2.7 ± 0.6), в сравнение с нивото на дистрес при християните (4.1 ± 3.1), мюсюлманите (4.7 ± 3.6) и атеистите (3.05 ± 2.8). Установени са по-високи нива на дистрес при пациенти с онкологични заболявания от турската етническа група (5.2 ± 3.4) в сравнение с анкетираните от българския етнос (3.7 ± 3.0) ($p=0.08$).
- 4. Високите нива на дистрес се определят от вида на заболяването, в зависимост от карциномната локализация - карцином на бял дроб, колоректален карцином, карцином на гърда и пърформанс статуса.**

✓ При пациенти с *карцином на бял дроб нивата на дистрес са по-високи* (4.9 ± 3.1), в сравнение с тези, диагностицирани с

колоректален карцином (3.02 ± 2.7)($p=0.002$). Приблизително равни са нивата на дистрес при между пациенти с карцином на бял дроб (4.9 ± 3.1) и тези с карцином на гърда (4.3 ± 3.2). При пациентите с карцином на гърда нива на дистрес са по-високи (4.3 ± 3.2) спрямо пациентите с колоректален карцином (3.02 ± 2.7) ($p=0.018$).

✓ *Добрия пърформанс статус редуцира риска от умерен или тежък дистрес с 70% (OR 0.30, 95% CI 0.14-0.63, $p=0.001$). Карцинома на белия дроб и карцинома на 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, $p=0.02$.*

5. **Повечето близките на пациента (58%) са с високо ниво на дистрес. Особено значимо за живеещи извън Варна ($p=0.03$).**
6. **По-висок дистрес се установява при пациенти с практически, семейни, емоционални и физически проблеми** както следва по отношение на: „*транспортиране*” (4.8 ± 3.4)($p=0.01$) и „*работа/училище*” (3.7 ± 3.0) ($p<0.05$); „*взаимоотношения с децата*” (4.0 ± 3.3)($p<0.05$), „*взаимоотношения с партньора*” (4.7 ± 3.9)($p>0.05$) и „*взаимоотношенията с близки приятели*” (5.2 ± 3.2)($p=0.036$); „*депресия*” (6.6 ± 3.2) ($p=0.003$), „*страхове*“ (5.4 ± 3.1), ($p<0.001$), „*нервност*” (4.6 ± 3.3)($p<0.001$), „*тъга*” (5.2 ± 3.2)($p<0.001$), „*тревожност*” (5.03 ± 3.1) ($p<0.001$) и „*загуба на интерес към обичайни дейности*” (4.9 ± 3.4)($p=0.008$); „*дишане*” ($p=0.00$), „*умора*” (4.6 ± 3.1)($p<0.001$), „*разходки*” (4.8 ± 3.4) ($p<0.05$), „*храносмиане*” ($p=0.01$) и „*проблеми със съня*” (5.4 ± 3.1)($p<0.001$).
7. **Поведенческите – вербални и невербални реакции на пациентите са различни в различните етапи на престоя в болничното заведение. При постъпване** пациентите проявяват най-вече нервност(85.8%), гняв (52%). **По време на престоя в стационара** проявяват желание да общуват с медицинската сестра (96%) и с другите пациенти (86.2%), желание за провеждане на разговор свързан със заболяването с медицинските сестри (73.8%) и с другите пациенти (68%), готовност стриктно да изпълняват химиотерапевтичен режим (70.2%), желание да получаване на повече информация за назначената терапия (98.2%), а по време на дехоспитализация -

благодарност към екипа (99.1%), съпричастност към натовареността на персонала (59.1%), готовност за спазване на хигиенно диетичния режим у дома (73.3%), решителност за продължаване на химиотерапевтичното лечение (98.7%), желание за „връзка“ с клиниката при необходимост (50.2%) и медицинската сестра при възникване на въпроси свързани с онкологичното заболяване (76.8%). Наблюдава се усмивка (98.2%).

- 8. Почти всички медицински сестри оценяват влиянието на дистреса върху поведението на пациента,** отчитат необходимостта от прилагане на дистрес термометъра и оценката на проблемите на пациента в ежедневната си работа, като възможност за оптимизиране на сестринските грижи и подобряване на комуникацията.

5.2. Препоръки

Към медицинските университети

В процеса на обучението на медицинските сестри да се разширят знанията и уменията формиращи професионалното им поведение чрез използване на Дистрес термометъра при онкологично болни.

Към лечебните заведения

Да се интегрира Дистрес термометъра в клиничната практика като част от професионалната дейност на онкологичната медицинска сестра за подпомагане на пациентите с дистрес.

Да се стимулира мултидисциплинарния подход в оценката и профилактиката на дистреса при пациенти с онкологично заболяване, с оглед намаляване на нивата му.

5.3. Приноси

Приноси с теоретико-познавателно значение

1. Проучен е международният опит в оценяването на дистрес при онкологично болни.
2. Направено е целенасочено и задълбочено проучване на нивата на дистрес при пациенти с онкологични заболявания, чрез използване на Дистрес термометър.

3. За първи път в България се анализира връзката на нивата на дистреса при онкологично болните и оценката на тяхното ежедневие и общуване с техните близки, чрез използване на Дистрес термометър.
4. Очертана е ролята на медицинската сестра в оценката на дистрес при онкологично болни и възможностите за прилагане на Дистрес термометъра и оценката на проблемите им.
5. За първи път в България се оценяват нивата на дистрес при близки на пациенти с онкологично заболяване.

Приноси с практико-приложен характер

1. Предложени са практически насоки за оптимизиране на сестринските грижи при пациенти с дистрес и възможностите за интегрирането им в клиничната практика.
2. Разработени са *Етапи за оценка на пациенти с дистрес* съчетни със схематичен модел за „Професионално сестринско поведение при пациент с онкологично заболяване“ и „Цикъл за оценка на дистрес при пациенти с онкологични заболявания“ основан на професионално сестринско поведение и „пътя на пациента“.
3. Разработен е *Профил на поведението на пациента по време на хоспитализация*.
4. Установените закономерности са основа за бъдещи проучвания, проследяващи изследваните процеси във връзка с дистреса при онкологично болни.

VI. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Дистресът представлява значим здравен проблем и все още остава неразпознат и непризнат в много онкологични центрове. Потвърди се хипотезата ни, че нивото на дистрес варира в зависимост от редица фактори, като възраст, пол, образование, местоживеене, семейно положение, PS, религиозна и етническа принадлежност на пациентите.

Дистресът засяга и членовете на семейството на онкологично болният пациент. Оценката и ранната профилактика на дистресът са значими не само за пациентите, но и за техните близки.

Изясняването на ролята на онкологичната медицинската сестра в оценката на дистресът при пациенти с онкологични заболявания, разкриването на трудностите и проблемите в сестринската практика, показват възможностите за подобряване на състоянието на пациента с онкологично заболяване и повишават качеството му на живот.

Поведенческите – вербални и невербални реакции на пациентите са различни в различните етапи на престоя в болничното заведение. Разкрита бе полезна информация за психоемоционалния статус на пациента и бе очертана ролята на съвременната онкологична медицинската сестра по отношение на ефективните здравни грижи.

Грижите за пациента и неговите близки са част от сестринската дейност, основана на широк спектър от професионални знания, умения и взаимодействие в зависимост от оценката на потребностите.

Комуникацията с медицинските сестри относно заболяването и болничния престой би могла да има терапевтичен ефект или да намали напрежението, негативните емоции и страха породен от незнанието или неизвестността за предстоящото лечение.

Необходимостта и възможността от прилагане на дистрес термометъра от медицинските сестри, както и оценката на проблемите на пациента са предпоставка за оптимизиране на сестринските грижи и подобряване на комуникацията.

Медицинската сестра би могла да помогне на пациентите да се справят с изпитваните емоции и адаптацията към болничната среда, чрез умението си да общува и взаимодейства с тях, тъй като

значителна част от сестринските грижи се основават на общуването с пациента.

Участието на медицинските сестри при установяване и анализиране на дистреса при пациентите повишава техните знания, помага за по-добрата комуникация и разбиране нуждите на пациентите, като това води до подобряване на клиничната им работа.

Успешното прилагане на програмите за скрининг на дистрес зависи не само от обучението на медицинския екип, притежаващ знания за психосоциалния дистрес, но и умения за работа с Дистрес термометъра.

Идентифицирането на пациентите с дистрес се улеснява като се определят предварително високо рисковите групи, които да са приоритетни при скрининг, за това е необходимо медицинските сестри да познават „пътя на пациента” и да прилагат Дистрес термометъра в рутинната си практика. Предложените практически подходи за оценка на дистрес при пациенти с онкологично заболяване и професионално поведение на онкологичните медицински сестри, описват специфична част от сестринските грижи, приложими в практиката и с възможност за бързо прилагане.

Оценката на дистреса при пациенти с онкологични заболявания е предпоставка за оптимизиране на сестринските грижи, чрез които би се подобрило качеството им живот.

VII. НАУЧНИ ПУБЛИКАЦИИ И УЧАСТИЯ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯТ ТРУД

1. Ivanova M., I. Donev, D. Stoyanov, T. Panayotova, Y. Kashlov, M. Efraim, N. Conev, One-minute time interval estimation as a novel potent indicator of emotional concerns in cancer patients prior to starting chemotherapy, *Current Psychology* , Springer US, 2019, pages 1-7
2. Ivanova M., I. Donev,, N. Conev Fast time perception is associated with high levels of anxiety in cancer patients prior to starting chemotherapy, *BioScience Trends, International Research and Cooperation Association for Bio & Socio-Sciences Advancement*, 2020, pages 2019.01296
3. Иванова М., Ст. Пенева, Н. Цонев, Идентифициране на дистрес при онкологично болни. Сборник резюмета, Пета научна конференция "Предизвикателства пред общественото здравеопазване в условията на здравна криза", Българско Научно Дружество по Обществено Здраве, 2022, стр. 223-229

Благодарности:

Благодарности на научния ми ръководител доц. Станислава Пенева, д.м.

Специални благодарности на:

Доц. д-р Николай Цонев, д.м.

Проф. д-р Иван Донев, д.м.

На екипа на Клиника по медицинска онкология при УМБАЛ „Св. Марина“ – Варна, на пациентите, които участваха в изследването и най-вече на майка ми и цялото ми семейство за подкрепата и търпението!!!