

ИДЕНТИФИЦИРАНЕ НА ДИСТРЕС ПРИ ОНКОЛОГИЧНО БОЛНИ

Мартина Стоянова Иванова¹, Станислава Павлова Пенева²,
Николай Владимиров Цонев^{1,3}

¹ Клиника по медицинска онкология, УМБАЛ „Света Марина“, Варна

² Катедра „Логопедия и медицинска педагогика“, МУ-Варна

³ Катедра „Онкология“, МУ-Варна

Резюме: Въведение: Дистресът представлява значим здравен проблем и все още остава неразпознат в много онкологични центрове. Медицинската сестра, работеща в онкология, също има роля в процеса на скрининга за дистрес. В наши дни механизмите на скрининг и ролята на отделните участници, здравни специалисти, все още търпи развитие и подлежи на дискусия. Интересът към скрининг за дистрес при онкологично болни нараства значително, но изпъкват и проблеми при разбирането и прилагането на програми за идентифицирането му.

Цел на настоящото изследване е да се определи и идентифицира дистреса при онкологично болни пациенти, чрез прилагането валидирани анкетни карти, като процеса се осъществи от медицинска сестра.

Материали и методи: Анкетен метод - използване на стандартен въпросник за определяне на изходното ниво на дистрес (в началото на химиотерапия – неоадювантна, адювантна и първа линия). Методи за медико-статистическа обработка на данните.

Резултати: Следните фактори се асоциират с по-висок риск за високи нива на дистрес- съответно: -несемейни (OR 5.3, 95% CI, 1.2-21.3; $p=0.02$), 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; $p=0.01$). Пациентите в метастатичен и неметастатичен стадий на болестта имат сходни нива на дистрес.

Заклучение: Обуславя се необходимост медицинската сестра и лекуващия лекар да информират добре пациентите за стадия на болестта и за възможностите за излекуване с цел намаляване нивата на дистрес и подобряване качеството на живота на болните.

Ключови думи: медицинска сестра, дистрес, онкологично болни, скрининг

IDENTIFICATION OF DISTRESS IN CANCER PATIENTS

Martina Stoyanova Ivanova¹, Stanislava Pavlova Peneva², Nikolay Vladimirov Conev^{1,3}

¹Medical Oncology Clinic, University Hospital Sveta Marina, Varna

²Department of speech therapy and medical pedagogics, Medical University “Prof. Dr. Paraskev Stoyanov”, Varna

³Department of Oncology, Medical University “Prof. Dr. Paraskev Stoyanov”, Varna

Abstract: Introduction: Distress is a significant health problem and still remains unrecognized in many cancer centers. The nurse working in the oncology field also plays role in the process of screening. Nowadays the screening mechanism and the part of the different participants, medical care providers, is still developing and needs more discussions. The interest about

distress screening in oncology patients is increasing rapidly. However there are also for difficulties in applying and understanding the screening problems.

The aim of the present study is to determine and identify the level of distress in cancer patients by applying validated questionnaires.

Materials and methods: Questionnaire method - using a standard questionnaire to determine the baseline level of distress in patients diagnosed with cancer (before the start of the chemotherapy - neoadjuvant, adjuvant or first line of chemotherapy). We also used a standard questionnaire to determine the level of distress after the completion of the prescribed chemotherapeutic treatment. Medical and statistical methods were used for analyzing the collected data.

Results: The following factors are associated with a higher risk for high levels of distress in cancer patients – unmarried status (OR 5.3, 95% CI, 1.2-21.3; $p = 0.02$), poor performance status (OR 0.46, 95% CI, 0.26 -0.8; $p = 0.006$), lung cancer (OR 4.9, 95% CI, 2.1-11.3; $p = 0.001$), breast cancer (OR 2.7, 95% CI, 1.2-6.1; $p = 0.01$). Patients with metastatic or non-metastatic stages of the disease have similar levels of distress.

Conclusion: An area is set for the nurse and the attending physician to inform the patients about the stage of the disease and the possibilities for treatment. This will lead to reducing levels of distress and improving quality of life of cancer patients.

Key words: nurse, distress, cancer patients, screening

1. Увод

Дистресът представлява значим здравен проблем, все още неразпознат в много онкологични центрове. Скринингът за дистрес се препоръчва като стратегия, улесняваща идентифицирането на конкретни пациенти и създаване на подходящи условия за бъдещи интервенции. Въвеждането на скрининга в рутинната практика изисква съгласувани и последователни действия на всички здравни специалисти. Днес, дистресът се дефинира като многофакторно, негативно емоционално преживяване от психологически, социален и/или духовен характер, негативно повлияващо способността на човек за ефективно справяне с онкологичното заболяване [1]. Дистресът се концептуализира като простиращ се от обичайни, нормални усещания за уязвимост, тъга и страхове – до проблеми свързани с неспособност за функциониране, като клинична депресия, паника и духовни кризи. В скрининга за дистрес съществена роля имат медицинските сестри, които показват разбиране на резултатите от скрининга, произтичащо от професионалната сестринска роля, включваща задълбочена оценка на нуждите на пациентите, улесняване на процеса на непрекъснатост на грижите, участие при вземане на решения и др. Обучението на пациенти и на техните близки, оказване на емоционална подкрепа за справянето със симптомите, са основни принципи в дейността на онкологичната медицинска сестра. Разчита се тя да извърши проследяване на пациента и по-нататъшна оценка и интервенции, като от останалите членове на екипа се изисква първоначалното идентифициране на дистреса [2]. Използването на резултатите от Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) в клиничната практика, са с по-висока степен на полезност в сестринската практика, отколкото в дейността на лекаря. Данните от проведеното канадско проучване, сочат, че онкологичните медицински сестри считат, че резултатите от ESAS са подобрили полезността на срещите с пациенти и оценката на тежестта на симптомите и са улеснили вземането на решения [3].

Дистресът, депресията и психиатричните разстройства варират в зависимост от редица фактори: локализация на карцинома, стадий на онкологичното заболяване, пол, етническа принадлежност и възраст на пациента [4,5,6]. Пациенти с по-висок риск за развитие на дистрес са с анамнеза за психично разстройство, депресия или зависимости, с когнитивни нарушения, тежка коморбидност, лошо контролирана симптоматика,

състояния, които затрудняват/нарушават комуникацията, проблеми в социалната сфера. Рискните фактори с голяма тежест включват младата възраст, женския пол, самотници, родители с малки деца и лица обект на насилие. Не на последно място, дистресът засяга и членовете на семейството на онкологично болният пациент. Скринингът и ранното ефикасно лечение имат потенциал да намалят психосоциалния дистрес не само за пациенти, но и за техните близки. Поради това, че дистресът оказва негативно влияние върху лечението, качеството на живот и преживяемостта, ранният скрининг и навременното справяне с него подобряват медицинското лечение и подпомагат сестринските грижи [7,8,9,10,11]. Множество автори обсъждат наличието на емоционални промени при онкологично болни пациенти. Поставянето на диагноза и специфичното лечение на онкологичното заболяване имат не само физическо въздействие [12,13].

Описани са разнообразни индивидуални реакции към дистреса, както и в способността за адаптация към него. Първа проява на психосоциален дистрес при много хора може да се появи още в момента, в който има подозрение, че възможната диагноза е „рак” и варира в хода на заболяването [14,15]. Установява се, че нивото на дистрес е еднакво при различните стадии на онкологичното заболяване, което налага нуждата от по-добра информираност по отношение на прогнозата с цел редуциране на дистреса. На този етап се препоръчва идентифицирането и борбата с дистреса да бъде стандарт при цялостната грижа за онкологично болните, тъй като винаги съществува риск от развитието му в хода на заболяването [16].

2. Целта на настоящото изследване е да се определи и идентифицира дистреса при онкологично болни пациенти.

3. Материал и методи

Проведено е научно проучване сред 225 пациента, обхващащо периода 2019-2021г. Използван е въпросник, за определяне на изходното ниво на дистрес (в началото на химиотерапия – неoadювантна, адювантна и първа линия). За оценка на степента на дистрес сред изследваните лица е използван Дистрес Термометър според препоръките на NCCN. За анализ и интерпретация на данните са използвани различни статистически методи. Измерени са корелациите между различните клинични и демографски параметри и нивата на дистрес при пациенти започващи лечение с химиотерапия с Chi square теста. Mann-Whitney анализа е използван за сравнение нивата на дистрес между отделните групи. Възможността на даден показател да предскаже високото ниво на дистрес бе оценена чрез логистичен регресионен анализ и изчисляване на odds ratio (OR).

4. Резултати и обсъждане

За оценка на степента на дистрес сред изследваните пациенти е използван Дистрес Термометър, при който пациентът избира число от визуално-аналоговата скала (от 0 до 10). 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. Жените са малко над половината (56%, n=126) от общия брой изследвани. Анализът на данните показва, че пациенти са в добро общо състояние, което е оценено според скалата ECOG – пърформанс статус (PS). В зависимост от PS с малка разлика преобладават пациенти с оценен PS 1 (54.2%, n=122) за сметка на тези с PS 0 (45.7%, n=103). Всички пациенти, са с хистологично потвърдена онкологична диагноза в стадий II, III и IV. При анализиране на събраните данни установихме минимална разлика между респондентите в стадий II/III, неметастатичен (46.2%, n=104) и IV метастатичен стадий (53.7%, n=121) (Таблица 1).

Таблица 1. Разпределение на пациентите според локализацията на първичния тумор

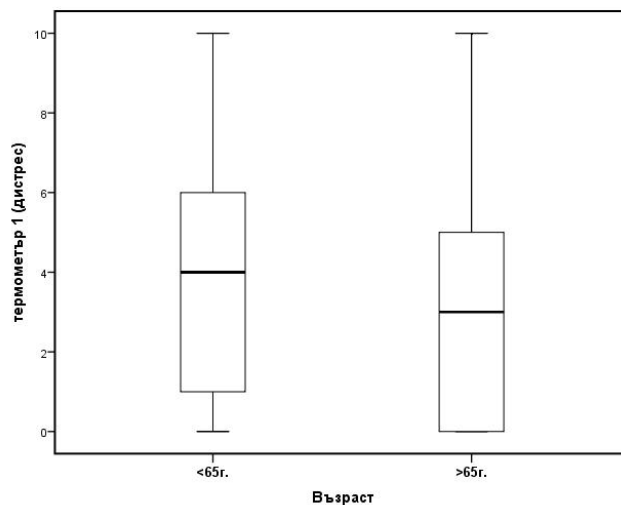
Локализация	%,брой
Бял дроб	23.5%, n=53
Рак на гърда	26.2%, n=59
Колоректален карцином	26.6%, n=60
Други (над 14 различни локализации)	23.5%, n=53

Резултатите от измереното ниво на дистрес показва, че лицата с ниско ниво на дистрес са 50.6% (n=114), а тези отбелязали умерено/високо ниво на дистрес са 49.3% (n=111). Chi square анализът на социо-демографските данни, показва че, пациентите включени в нашето проучване няма зависимост между години, пол, религия, етнос и местоживееене (отдалеченост от обслужващият онкологичен център) и нивото на дистрес, отчетено с Дистрес термометъра. Наблюдава се връзка между, пърформанс статус, локализация на карцинома, ниво на образованието и нивото на дистрес (Таблица 2).

Таблица 2. Връзка на социо-демографските данни и нивото на дистрес

Дистрес термометър	Ниско		Умерено/високо	P value
Години				
≤65	64	72		0.13
>65	50	39		
Пол				
Мъже	55	45		0.3
Жени	60	65		
Стадий				
II и III	54	52		0.7
IV	61	58		
PS				0.006
0	66	47		
1	46	66		
Местоживееене(разстояние)				0.7
Варна	64	65		
извън Варна	50	46		
Религия				0.1
Атеист	23	15		
Християнин	68	79		
Мюсюлманин	6	8		
Неуточнени	17	9		
Етнос				0.2
Български	108	101		
Турски	6	10		
Образование				0.017
Основно/ Средно	92	75		
Висше	22	36		
Локализация				0.001
Бял дроб	17	36		
Рак на гърда	27	32		
Колоректален карцином	34	36		
Други (над 14 различни локализации)	35	18		

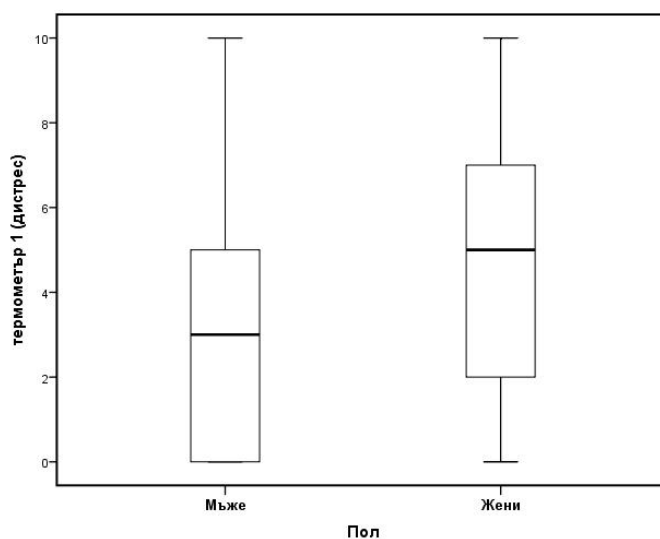
Получените данни показват, че по-голямата част от пациентите са на възраст под 65 години (60.8%, n=137), в сравнение с лицата над 65 годишна възраст (39.1%, n=88). Установихме, че се при пациентите под 65 годишна възраст (4.07 ± 3.07) има тенденция за по-високо ниво на дистрес спрямо тези на възраст над 65 години (3.39 ± 3.08) ($p=0.08$) (Фиг. 1).



Фиг. 1. Оценка на нивата на дистрес при пациенти под 65г и над 65г

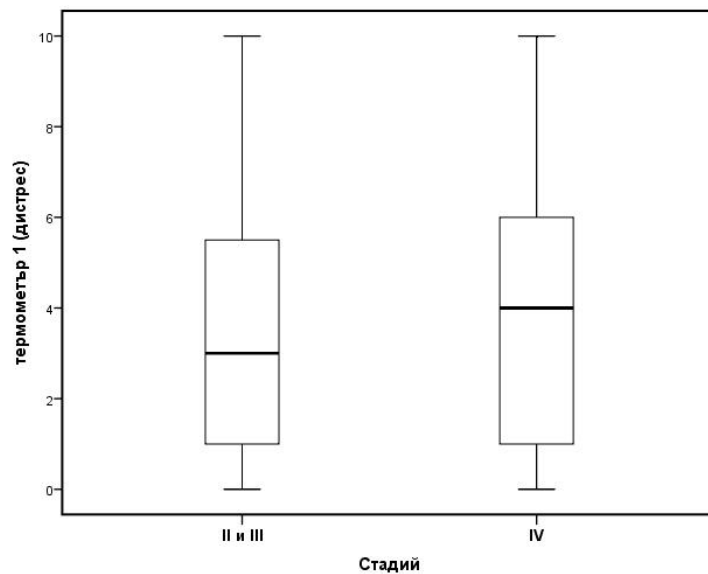
Стресът се разглежда, като естествена защитна реакция на организма. В зависимост от интензивността на стресора, трайният увреждащ стрес преминава в дистрес. Дистресът варира, в зависимост от множество фактори. Приложението на химиотерапевтичните лекарства може да се разглежда, като стресиращ фактор, различно оценяван от пациентите, в зависимост от пола. Известно е че те са предпоставка за алоpecia, съпроводена с по-голямо емоционално страдание, вероятно по-силно изразено при жените.

Резултатите от проведения Mann-Whitney анализ показват сигнификантно по-високо ниво на дистрес при женски пол (4.3 ± 3.2) в сравнение с анкетираните от мъжки пол (3.2 ± 2.8) ($p=0.014$) (Фиг. 2).



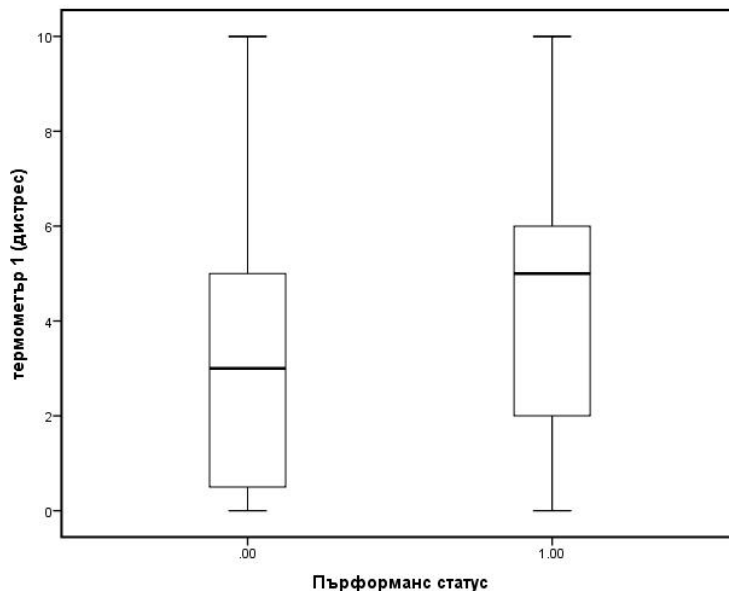
Фиг. 2. Ниво на дистрес при пациентите, според пола

Не беше установена разлика в нивото на дистрес при пациентите с потвърдена онкологична диагноза в стадий II/III неметастатичен (3.6 ± 3.1) и тези в стадий IV метастатичен стадий (3.9 ± 3.2) ($p>0.05$) (Фиг. 3).



Фиг. 3. Нивата на дистрес при пациенти, според стадия на заболяването

Без значение дали пациентите са в метастатичен или неметастатичен стадий на болестта, медицинските сестри подпомага адаптацията на пациента към предстоящото лечение, подкрепят и повишат увереността му в хода на лечението. Резултатите от проведения анализ показват, сигнификантно по-високо ниво на дистрес при пациентите оценени според скалата ECOG – пърформанс статус 1 (4.4 ± 3.1) в сравнение с тези с пърформанс статус 0 (3.4 ± 3.2) ($p=0.029$) (Фиг. 4).



Фиг. 4. Ниво на дистрес при пациенти според пърформанс статуса

Дори пациентите да не са в уведено общо състояние и да нямат наличие на симптоматика, диагноза „рак“ е свързана с високи нива на стрес при тези болни. Отчитайки нивата на дистрес, нуждата от емпатия и съчувствие на медицинския екип

при тези пациенти не трябва да бъде подценявана. Оказването на здравни грижи не е насочено само към подобряване на физическото състояние на пациента, а и към подпомагането му да запази високо ниво на качество на живот.

5. Заключение

Знанията за спецификата на стреса подобрява подкрепящата ролята на медицинската сестра в грижите за пациента, съобразно индивидуалните му особености и специфични нужди. Лошият пърформанс статус, карциномите на бял дроб и гърда са независими предиктори за високи нива на дистрес, което предполага интензивно наблюдение за идентифициране на ранните симптоми. Факторите, които се асоциират с по-висок риск за високи нива на дистрес, съответно: несемейни (OR 5.3, 95% CI, 1.2-21.3; p=0.02), лош 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). Пациентите в метастатичен и неметастатичен стадий на болестта имат сходни нива на дистрес.

Библиография

1. Holland, J.C., American Cancer Society Award lecture. Psychological care of patients: psychooncology's contribution. *J Clin Oncol*, 2003. 21(23 Suppl): p. 253s-265s
2. Absolom, K., et al., The detection and management of emotional distress in cancer patients: the views of health-care professionals. *Psychooncology*, 2011. 20(6): p. 601-8.
3. Bainbridge, D., et al., Multidisciplinary health care professionals' perceptions of the use and utility of a symptom assessment system for oncology patients. *J Oncol Pract*, 2011. 7(1): p. 19-23.
4. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *Jama* 1983; 249(6): 751-7.
5. Hegel MT, Moore CP, Collins ED, et al. Distress, psychiatric syndromes, and impairment of function in women with newly diagnosed breast cancer. *Cancer* 2006; 107(12): 2924-31.
6. Linden W, Vodermaier A, Mackenzie R, Greig D. Anxiety and depression after cancer diagnosis: prevalence rates by cancer type, gender, and age. *Journal of affective disorders* 2012; 141(2-3): 343-51.
7. Carlson LE, Bultz BD. Cancer distress screening. Needs, models, and methods. *Journal of psychosomatic research* 2003; 55(5): 403-9.
8. BrintzenhofeSzoc K, Davis C, Kayser K, et al. Screening for psychosocial distress: a national survey of oncology social workers. *Journal of psychosocial oncology* 2015; 33(1): 34-47.
9. Massie MJ. Prevalence of depression in patients with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004; (32): 57-71.
10. Brown KW, Levy AR, Rosberger Z, Edgar L. Psychological distress and cancer survival: a follow-up 10 years after diagnosis. *Psychosom Med* 2003; 65(4): 636-43.
11. Kissane D. Beyond the psychotherapy and survival debate: the challenge of social disparity, depression and treatment adherence in psychosocial cancer care. *Psychooncology* 2009; 18(1): 1-5.
12. Zabora J, BrintzenhofeSzoc K, Curbow B, Hooker C, Piantadosi S. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-oncology* 2001; 10(1): 19-28.
13. Herschbach P, Keller M, Knight L, et al. Psychological problems of cancer patients: a cancer distress screening with a cancer specific questionnaire. *Br J Cancer* 2004; 91(3): 504-11.

14. Awsare NS, Green JS, Aldwinckle B, Hanbury DC, Boustead GB, McNicholas TA. The measurement of psychological distress in men being investigated for the presence of prostate cancer. *Prostate Cancer Prostatic Dis* 2008; 11(4): 384-9.
15. Iwamitsu Y, Shimoda K, Abe H, Tani T, Okawa M, Buck R. Anxiety, emotional suppression, and psychological distress before and after breast cancer diagnosis. *Psychosomatics* 2005; 46(1): 19-24.
16. Kahn, K.L., et al., Patient centered experiences in breast cancer: predicting long-term adherence to tamoxifen use. *Med Care*, 2007. 45(5): p. 431-9.