



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**

ДИ С Е Р Т А Ц И Я

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

СЪДЪРЖАНИЕ

Използвани съкращения.....	5
Въведение.....	7
ГЛАВА ПЪРВА	
ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР.....	10
1. <i>Актуалност на проблема и мястото на медицинската сестра в процеса на скрининг за дистрес</i>	10
2. <i>Онкологични заболявания.....</i>	12
2.1 <i>Епидемиология.....</i>	12
2.2. <i>Етиология.....</i>	14
2.3. <i>Биологично поведение на рака.....</i>	16
2.4. <i>Класификация на туморите. Номенклатура.....</i>	17
2.5. <i>Диагностициране на онкологичните заболявания.....</i>	19
2.6. <i>Стадиране и класификация на туморите.....</i>	22
2.7. <i>Лечение.....</i>	23
2.8. <i>Превенция и скрининг на рака.....</i>	32
3. <i>Роля на медицинската сестра в борбата с онкологичното заболяване и палиативната грижа.....</i>	33
4. <i>Дистрес.....</i>	39
4.1. <i>Здравен проблем: психосоциален дистрес.....</i>	41
4.2. <i>Основни моменти при провеждане на скрининг за дистрес при онкологично болни.....</i>	43
4.3. <i>Скринингов тест.....</i>	43
4.4. <i>Прилагане на програма за скрининг.....</i>	45
4.5. <i>Роля на медицинската сестра при оценка на дистрес.....</i>	46
ГЛАВА ВТОРА	
МЕТОДОЛОГИЯ И ОРГАНИЗАЦИЯ НА НАУЧНОТО ПРОУЧВАНЕ.....	54
2.1 <i>Цел, задачи и хипотези на проучването.....</i>	54
2.2 <i>Организация, време и място на дисертационното проучване.....</i>	55
2.3 <i>Методи на проучването.....</i>	60
2.4 <i>Инструментарий на проучването.....</i>	62

ГЛАВА ТРЕТА

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ	65
3.1 Характеристика на изследваните групи	65
3.1.1. Социално-демографски и клинично-патологични характеристики на изследваните пациенти.....	65
3.1.2. Социално-демографска характеристика на близките на пациентите.....	67
3.2 Анализ на резултатите от измерените нива на дистрес сред пациентите	69
3.2.1. Анализ на резултатите от измерените нива на дистрес сред пациентите – първи етап.....	70
3.2.2. Анализ на резултатите от попълнения Дистрес термометър след приключване на химиотерапията - втори етап.....	83
3.3 Анализ на резултатите от измерените нива на дистрес сред близките	84
3.4 Оценка на връзката между практическите, семейните, емоционалните, физическите проблеми, духовни/религиозни притеснения на пациентите и нивото на дистрес	94
3.4.1 Оценка на практически проблеми.....	95
3.4.2. Оценка на семейни проблеми.....	100
3.4.3. Оценка на емоционални проблеми.....	104
3.4.4. Оценка на духовни/религиозни притеснения.....	111
3.4.5. Оценка на физически проблеми.....	112
3.5 Вербални и невербални поведенческите реакции на пациента в периода на хоспитализация	135
3.5.1. Оценка на поведенчески реакции на пациент с онкологично заболяване при постъпване, по време на престоя и при изписване от отделението.....	136
3.5.2. Профил на поведението на пациента по време на хоспитализация.....	144
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	149

ГЛАВА ЧЕТВЪРТА	
ПРАКТИЧЕСКИ ПОДХОДИ ЗА ОПТИМИЗИРАНЕ ПРОФЕСИОНАЛНАТА ДЕЙНОСТ НА ОНКОЛОГИЧНАТА СЕСТРА ПРИ ПАЦИЕНТИ С ДИСТРЕС.....	152
<i>4.1. Цикъл за оценка на дистрес при пациенти с онкологични заболявания.....</i>	<i>152</i>
<i>4.2. Етапи за оценка на пациенти с дистрес.....</i>	<i>155</i>
<i>4.3. Професионално сестринско поведение при пациент с онкологично заболяване.....</i>	<i>156</i>
ГЛАВА ПЕТА	
ИЗВОДИ, ПРЕПОРЪКИ И ПРИНОСИ.....	160
<i>5.1 Изводи</i>	<i>160</i>
<i>5.2 Препоръки.....</i>	<i>162</i>
<i>5.3 Приноси.....</i>	<i>162</i>
Заклучение.....	164
Научни публикации и участия във връзка с дисертационният труд.....	166
Използвана литература.....	167
Приложения.....	176

Използвани съкращения

АЛАТ - аланин аминотрансфераза

АСАТ - аспарат аминотрансфераза

ДНК - Дезоксирибонуклеиновата киселина

ЗТ - Злокачествени тумори

КТ/СТ - компютърна томография

ПЕГ- Перкутанна ендоскопска гастростомна система

ПЕТ/КТ (РЕТ/СТ) – позитроно-емисионна томография

РНК - Рибонуклеинова киселина

СЗО - Световната здравна организация

СПИН - Синдром на придобитата имунна недостатъчност

ССЗ – сърдечно-съдови заболявания

ЦНС – централна нервна система

ЯМР (MRI) – ядрено-магнитен резонанс

AFP - алфа фетопротеин

ANOVA - Analysis of Variance

BAI - Beck Anxiety Inventory

BDI - Beck Depression Inventory

BDI-II - Beck Depression Inventory

BSI-18 - The Brief Symptom Inventory 18

СА 19-9 - Cancer antigen

СА-125 - Cancer antigen

СЕА - Carcinoembryonic antigen

CES-D - Center for Epidemiological Studies–Depression Scale,

DT - Distress Thermometer

ЕСМ - екстрацелуларн матрикс

ЕСОГ – Eastern Cooperative Oncology Group, скала оценка на пърформанс статус

EGFR - estimated glomerular filtration rate

ЕРО – erythropoietin, еритропоетин

ESAS - Edmonton Symptom Assessment System

GAD-7 - Generalized Anxiety Disorder

GAD-Q-IV - Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV

G-CSF - Granulocyte-colony stimulating factor
GDS - Geriatric Depression Scale
GM - генно модифицирани вируси
GM-CSF - Granulocyte-macrophage colony-stimulating factor
Gy – Gray, Грей, единица за измерване на погълната доза йонизиращо лъчение
HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale
HCG - human chorionic gonadotropin
HFS – hand-foot syndrome, синдром ръка- крак
HIV - вирус на човешката имунна недостатъчност
HPV - човешки папилома вирус
HTLV - Human T-cell lymphotropic virus, човешки ретровирус
i.m. - интрамускулно
i.t. - интратекално
i.v. - интравенозно
NCCN - National Comprehensive Cancer Network
NM - nuclear medicine, нуклеарна медицина
PDI - Psychological Distress Inventory
PHQ-9 - Patient Health Questionnaire for Depression
PS – Performance status, пърформанс статус
PSA - Prostate-specific antigen, простатноспецифичен антиген
PSSCAN – Psychosocial Screen for Cancer
s.c. - подкожно
TNF - tumor necrosis factor
US - ултразвук
VEGF - Vascular endothelial growth factor
WHO – World Health Organization
 χ^2 - хи-квадрат, всеки статистически тест на хипотезата, при който разпределението на пробата на критерия има квадратно разпределение под условие, че нулевата хипотеза е вярна.

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.

ГЛАВА ПЪРВА

ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

1. Актуалност на проблема и мястото на медицинската сестра в процеса на скрининг за дистрес

Съществуването на емоционални промени при онкологично болни пациенти е описано от много автори, както в научни публикации, така и в непрофесионалната литература. Доказано е, че диагностицирането и лечебния процес на рака имат не само физическо въздействие.^{1,2} Идентифицирани са редица самостоятелни отговори към дистреса, както и във възможността за адаптация към него (справяне с него). Психосоциален дистрес може да се генерира още при подозрение за диагнозата „рак“^{3,4} и да се променя в зависимост от терапевтичните резултати в процеса на лечение.

В следствие на развитието на медицината и променящите се нужди на населението се появяват и все повече нови роли на медицинските сестри. Практикуващите медицински сестри извършват високоспециализирани изследователски и лечебни процедури в грижа за онкологично болните. Медицинските специалисти, наред с консултанти от сродни професии в здравеопазването, дават своя принос за високо ниво на опитност, ръководство и развитие на практиката.⁵⁻⁷

Според някои автори професионалистите по здравни грижи все повече преосмислят мястото на пациента и тези, които се грижат за него, в системата на здравните грижи. Диагнозата „рак“ вече не е смъртна присъда. Сред все по-голяма част от населението ракът обикновено се възприема като хронично заболяване, с което хората могат да живеят дълго. Поради това пациентите имат нужда от помощ, за да устроят живота си и да се справят както с лечението, така и с резултатите от него. Персоналът трябва да бъде насочен както да подпомага пациентите, техните семейства и грижешките се за тях, така и върху лечението. Никой друг не може по-добре да идентифицира нуждите на един онкологично болен, както той самият, особено с подобренията в достъпа на информация за рака и възможностите за лечение, които съществуват сега.^{5,8}

Различни автори посочват, че един от най-важните приоритети в онкологичното сестринство е адаптирането на тази специалност, чрез създаването на определен брой нови позиции за медицински специалисти. Много от тях биха били специфични

клинични специалисти, медицински сестри, които са отговорни за грижата на определен вид рак, като например рак на гърдата, рак на главата и шията, белодробен рак, невроонкология, гинекологична онкология, хематология, палиативна грижа и много други.^{5,9-12}

Дейността на професионалиста по здравни грижи позволява на пациентите и техните семейства да получат допълнение към помощта и изграждане на по-цялостен подход, който е ключов при борбата им с рака. Със задълбоченото познаване на отделните пациенти, клиничните специалисти имат добра възможност да улеснят продължаването на помощта в многопрофилните екипи, както и отвъд границата на първичната, вторичната и третичната помощ.^{5,13}

Изискването за високо ниво на специални умения и знания включва опит в помощта при специфичните видове рак, като и по-съществени комуникационни и консултантски умения, образователни, ръководни и изследователски способности. Тази допълнителна специализация дава възможност за ефективно подпомагане на болните и техните семейства, а също така и на неспециализирания персонал, който работи директно с онкологично болните.^{14,15}

Медицинските специалисти много често имат ключова роля в развитието и подобряването на обслужването на пациентите. Примерите включват развитие и подобрене при „пътя на пациента“ - от първата му среща с личния лекар до завършване на лечението; намаляване на закъсненията в диагностичните клиники и обезпечаване на пациентите и техните семейства с целенасочено проследяване.⁵

Много медицински специалисти имат и по-сложни задачи, свързани с нарастващите изисквания в следствие на постоянно покачващият се брой пациенти тъй като възможностите за лечение се развиват.¹⁶

Интересът към скрининг за дистрес при онкологично болни нараства значително, като излизат наяве и съответните доказателства за проблеми при разбирането и прилагането на програми за идентифицирането му. Медицинската сестра, работеща в онкология, също има роля в оценката за дистрес. В наши дни механизмите на скрининг и ролята на отделните участници (здравни специалисти) все още търпи развитие и подлежи на дискусия. Скринингът за конкретно заболяване или здравословен проблем зависи от

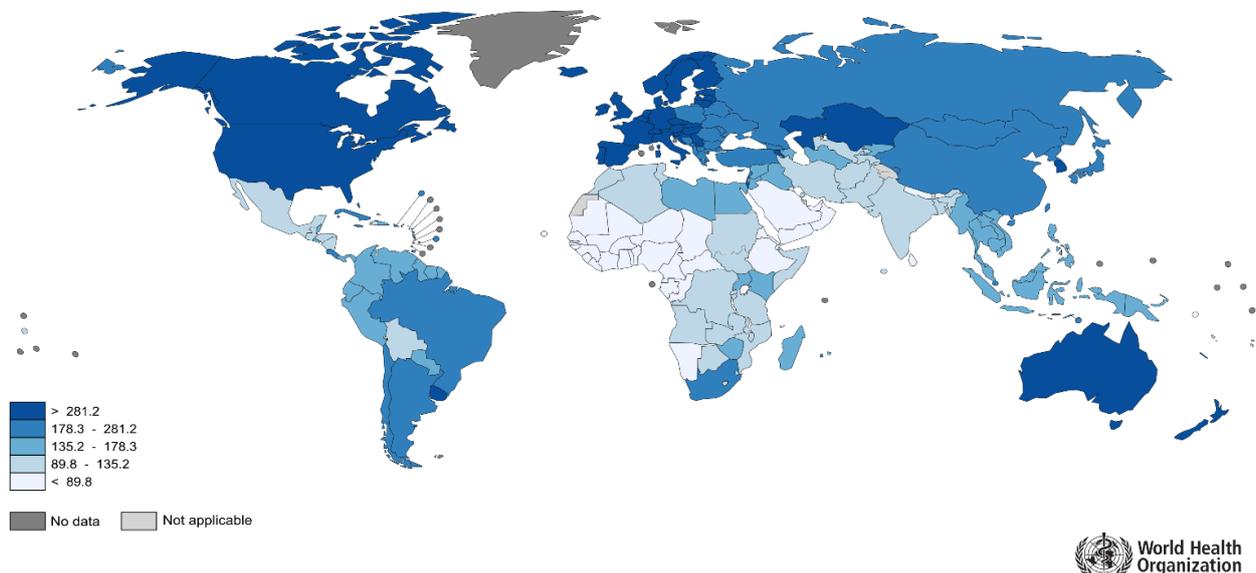
няколко основни фактора: самият здравен проблем (в конкретния случай онкологичното заболяване), типът скринингов тест и националната система за здравеопазване.^{17,18}

2. Онкологични заболявания

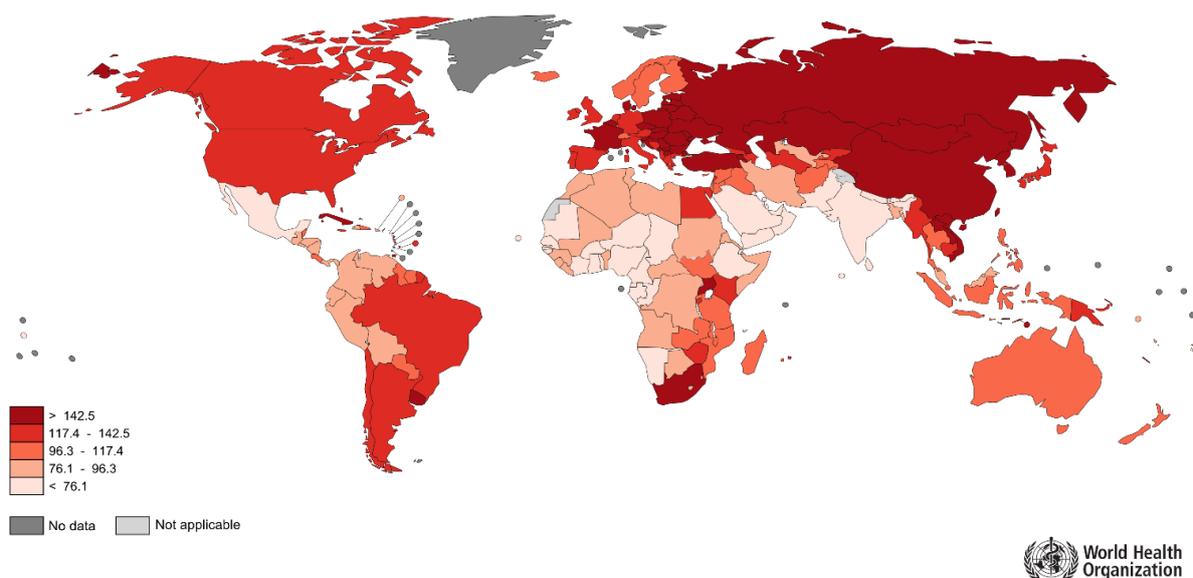
2.1. Епидемиология

Всяка година около 11 млн. души по света са диагностицирани с рак, като около 7 млн. умират от тази болест. Това се равнява на около 12% от годишните смъртни случаи в целия свят.¹⁹

Пропорцията на смъртните случаи, причинени от рак, варира от 4% в Африка до 23% в Северна Америка. Тъй като рактът е заболяване предимно на зрялата възраст, много от тези различия се обясняват с възрастта на населението в различните райони по света. Понастоящем 10% от хората в света са на възраст над 60 години. В развитите райони 20% от населението е над 60 години, в сравнение с 8% в по-слабо развитите. Очаква се към 2050 година 20% от населението на света да бъде над 60 години. Това ще доведе и до много случаи на ракови заболявания.^{19,20} (Фигура 1, 2).



Фигура 1. Пропорцията на раковите заболявания по света (Източник: WHO).



Фигура 2. Пропорцията на смъртните случаи от раковите заболявания по света (Източник: WHO).

Най-разпространените видове рак в света са белодробният, ракът на гърдата, на червата и стомаха. Ракът на белите дробове сега представлява 12% от всички видове рак и разпространението му се е увеличило двойно от 1975 година до сега. Прогнозите са ракът на белите дробове да се увеличи през следващите 20 години в тези райони на света, където разпространението на пушенето се увеличава – такива като източна Африка, централна Америка и югоизточна Азия.^{19,21}

Съществуват много големи различия в най-разпространените локализации. В Европа ракът на гърдата, червата, простатата и белите дробове представляват 50% от случаите на рак. Това е резултат от застаряващото население и някои фактори от начина на живот, като например храна с по-висок процент мазини, както и от нивата на тютюнопушене. В източна Африка саркома на Капоши и цервикалният рак са около 30% от случаите като резултат от епидемията от СПИН и високият брой полово предавани инфекции.²¹

Общата преживяемост също е различна в отделните региони. В слабо развитите страни има ограничен достъп до скринингови програми, диагностични процедури и до много от лечебните практики, които биха подобрили броя на оцелелите. Клеймото, свързано с рака, и високата стойност на лечението забавят диагностицирането, а от там и лечението.²²⁻²⁵

Световната здравна организация (СЗО) насърчава обществената здравна ангажираност с цел да се намалят причините и последствията свързани с рака. Фокусът на СЗО пада върху: развитие и укрепване на национални програми за контрол на рака; ранно откриване на рака на гърдата и маточната шийка; развитие на насоки за справяне с болестта; подкрепа за ефективни (евтини) подходи за реагиране на световните нужди за облекчаване на болката и палиативната грижа.^{22,24,26}

Регионалните различия в нивата на разпространение показват нуждата от специално насочени обществени здравни мерки във всеки отделен регион на света.^{27,28}

2.2. Етиология

Епидемиологичните проучвания се опитват да идентифицират и съпоставят отделни рискови фактори с определени локализации на онкологичните заболявания. Проблемите възникват поради комплексността и комбинирането на различни фактори, като например химични и физични агенти, храненето, наднорменото тегло, консумацията на богати на мазнини храни или липсата на активно движение, като те всички играят роля при развитието на рака на дебелото черво в комбинация или при самостоятелното им въздействие.²⁹⁻³²

Фактори свързани с индивида

Възраст: ракът е предимно заболяване на по-напреднала възраст и 2/3 от раковите заболявания са диагностицирани при хора над 65 годишна възраст. Това може да се обясни с повишеното въздействие на карциногени. Развитието на рака също изисква неколкочратни генни мутации, които са в комбинация с намалената активност на имунната система при по-възрастни хора.^{29,31,33,34}

Генетични фактори: повечето видове рак се появяват поради въздействие на карциногени, които предизвикват генетични мутации и увреждане на човешката ДНК. Около 5% от раковите заболявания могат да бъдат предадени по наследство от свързани с рака генни мутации. Наследствения рак обикновено се появява в по-млада възраст, като все по-голям брой наследствени гени/синдроми са идентифицирани при онкологичните заболявания.³⁵⁻³⁸

Фактори на средата

Карциноген е всяка субстанция или агент, който повишава риска от развитие на рак. Те обикновено предизвикват генни мутации, т.е. увреждат ДНК на клетките, като по този начин нарушават нормалните биологични процеси.^{34,39}

Експозицията на карциногени в средата повишава риска от развитие на рак, като са идентифицирани хиляди такива. Епидемиологичните изследвания доказват, че радиацията, замърсяването и вредната работна среда съставляват по-малко от 10% от известните рискови фактори. Тютюнопушенето и начинът на хранене обаче са сред най-важните известни рискови фактори.³⁴

Тютюнопушене: той е най-важният известен рисков фактор за много видове рак, включително рак на белите дробове, рака на главата и шията, рака на хранопровода и стомаха. Броят на цигарите, които човек изпушва за един ден и броят години, през които е пушил са рискови фактори. Програмата за спиране на тютюнопушенето играе важна роля при намаляването на риска от развитие на рак.^{35,40,41}

Консумация на алкохол: основният ефект е комбинирането му с тютюнопушене при рака на глава и шия и хранопровод. Алкохолът сам по себе си има роля при развитието на рака на черния дроб и може да бъде една от причините за рак на гърда и дебело черво.^{33,40}

Хранителни навици: според редица епидемиологични изследвания, начинът на хранене може би е най-важният рисков фактор за рак. Трудно е обаче да се оцени начина на хранене на отделния човек през времето и да се направи връзка с рака. Храната с високо съдържание на мазнини и ниско съдържание на плодове и зеленчуци е предпоставка за развитие на рак на дебелото черво.^{31,39} Храната, съдържаща много плодове и зеленчуци има защитен ефект срещу много видове рак, включително рак на стомаха, хранопровода и ларинкса.³³ Не е определена ясно ролята на всеки отделен зеленчук, но има някои доказателства, че карфиолът, зелето и брюкселското зеле имат специфични превантивни свойства. Употребата на много сол е свързана с рака на стомаха. Замърсяването на храната с афлатоксини повишава риска от рак на черния дроб. Други сфери на живота, свързани с храненето, са физическата активност и затлъстяването. Липсата на физическа активност е свързана с риск от рак на дебелото черво, гърдата и простатата.^{29,32-35}

Инфекции: те са причина за 10-20% от разпространението на рака в света, макар че в много от развиващите се региони тази цифра е много по-висока. Редица вируси са етиологична причина за развитие на рака – HPV е причина за между 80-90% от рака на шийката на матката, а хепатит В и С са свързани с 80% от рака на черния дроб. HIV инфекцията е свързана с повишена честота на саркома на Капоши и лимфомите. Други важни инфекции, свързани с разпространението на рак са вирусът на Епщайн-Бар (Лимфом на Бъркит), *Helicobacter pylori*, която е важен рисков фактор за рак на стомаха.³⁰

Експозиция на ултравиолетова радиация: има сигурни доказателства, че по-малкото излагане на ултравиолетова радиация (на слънце) понижава риска от развитие на немеланомния рак на кожата.^{29,39}

2.3. Биологично поведение на рака

Общоприето е, че ракът е генетична болест, която възниква от натрупване на мутации и селектиране на клетки с агресивно поведение. Тези увреди може да са вродени или да се появят по-късно, като основни етиологични фактори са експозицията на радиация, химически агенти и вируси. Мутациите могат да доведат до активация на онкогени или загуба на онкосупресорни гени (това са гени свързани с регулация на клетъчния цикъл) и до увреждане на гени, които са свързани с репарацията на ДНК. Нормалният ген (неувредения ген) се нарича протоонкоген.^{38,42,43}

Въпреки че са описани редица онкологични заболявания, шест фундаментални промени в клетъчната биология определят малигнения растеж:

- осигуряване на собствена стимулация на клетъчния растеж,
- резистентност към фактори – инхибитори на клетъчния растеж,
- резистентност към апоптоза,
- потенциал за безкрайна репликация,
- способност за стимулиране на ангиогенезата,
- способност за тъканна инвазия и способност за метастазиране.⁴²

Според съвременните схващания туморната клетка винаги придобива изброените качества, въпреки големите различия в механизмите, които ги осъществяват, както и в самия момент на придобиване (хронологични различия).^{42,44}

Метастазиране: Това е сложен процес, който преминава през определени стъпки:

Ангиогенеза (неоваскуларизация): развитие собствено кръвоснабдяване. Степента на васкуларизация на тумора има пряка връзка с оцеляването, тъй като тя предлага идеален път за разпространение на метастази.⁴⁵

Интравазация: измененията в повърхността на молекулите (клетъчна адхезия на молекулите) позволява раковите клетки да се отделят от първичния тумор и от екстрацелуларния матрикс (ЕСМ). След това завладяват ЕСМ като синтезират протеази и фактори, които подпомагат тяхното движение. Чрез получаване на достъп до локалните кръвоносни съдове те навлизат в централното кръвообращение и могат да бъдат транспортирани в цялото тяло.

Циркулация и имунен отговор: по време на циркулацията имунният контрол разрушава повечето от раковите клетки, но някои оцеляват и се заселват в капилярите на различни органи или тъкани.^{38,43}

Екстравазация е процесът на напускане на кръвоносните съдове от туморните клетки, попадането им в околните тъкани, тяхното имплантиране и образуване на ново туморно огнище.

Обичайните места за метастазиране например са: белите дробове - рак на гърдата, на колона, на пикочния мехур и бъбреците, черен дроб – рак на колон, панкреас, бели дробове, гърда и стомах, мозък - рак на белите дробове, гърдата, меланом, кости – рак на гърда, бял дроб, простата.^{12,45,46}

След дълги години на ремисия е възможно при пациентите да се получи внезапно рецидив на болестта. Смята се, че това се причинява от латентни микрометастази, които остават стабилни поради липса на ангиогенеза дълги години, преди следващите генетични изменения да им позволят да нарастват отново.^{45,47,48}

2.4. Класификация на туморите. Номенклатура.

Тумор: подутина или тъканна маса, която може да бъде доброкачествена или злокачествена.

Доброкачествени тумори - ДТ не могат да се разпространяват чрез инвазия или метастазиране: следователно те растат само на място. Тъй като ДТ не метастазират и не увреждат нормалната тъкан, вероятността да бъдат заплаха за живота на пациентите е по-

малка. Изключение са туморите на мозъка. Някои ДТ като напр. аденоматозните полипи на дебелото черво могат да се трансформират в злокачествени тумори.

Злокачествени тумори - ЗТ са такива, които се разпространяват чрез инвазия или метастази.

Рак - по определение, терминът „рак” се отнася само за ЗТ, които метастазират и инвазират. *Метастазиране*: пренасят се благодарение на кръвоносните и лимфните съдове и образуват метастази; *Инвазиране*: проникване в органа гостоприемник чрез специфична ензимна активност на туморните клетки.

Съществуват стотици видове рак поради многото различни тъкани, от които може да се появи рак в човешкото тяло. Те биха могли да се класифицират в пет основни типа: карцином, сарком, миелом, левкемия и лимфом, а също така и смесен тип⁴⁹.

1. Карцином – рак на епителната тъкан и причина за 80-90% от случаите на ракови заболявания. Епителната тъкан покрива външната и вътрешната повърхност на тялото и се открива навсякъде в тялото. Карциномите се делят на два основни подтипа: - аденокарцином, който се развива в орган или жлеза - плоскоклетъчен карцином, който се развива в плоския епител в много части на тялото.

2. Саркомите се зараждат в помощни и съединителни тъкани като кости, сухожилия, хрущяли, мускули и мазнини.⁵⁰

3. Миеломът е рак, който се заражда в плазмоцитите и костния мозък.⁵¹

4. Левкемиите (рак на кръвта) са карциномите на костния мозък. Те се разделят на миелоиден и лимфоиден тип в зависимост от кръвните клетки, в които се развиват.^{39,49}

5. Лимфомите са рак на лимфните възли. Те също така може да се появят в някои специфични органи като стомаха, гърдите или мозъка. Делят се на Ходжкинов лимфом и Не-Ходжкинов лимфом.⁴⁹

6. Смесени типове – някои видове рак възникват от различни видове тъкани, напр. аденосквамозния карцином. Други типове възникват от първоначалните зародишни тъкани и след това нямат никаква връзка с тези тъкани по произход, напр. тератокарциномите.

2.5. Диагностициране на онкологичните заболявания.

Ранното диагностициране дава най-добрата възможност за излекуване и удължава общата преживяемост. Бързото и точно поставяне на диагноза е от изключително значение за избор на най-ефективна и подходяща схема на лечение на карцинома.

Класификацията на видовете рак по хистология и степен на разпространение дава възможност да се създаде прогностична информация и плануване на подходящо лечение, както и да се сравнят резултатите от лечението, например излекуване и качество на живот с други страни.⁵²

Изборът на подход е тясно свързан със симптоматиката, пърформанс статуса, очакваните цели от лечението, наличие на подходяща апаратура и оборудване, както и от очакванията и желанията на пациента и неговите близки. Няма тестове, които да са достатъчно прецизни и специфични, за да определят точната диагноза на всеки. Поради това се налага провеждането на редица изследвания - инвазивни и неинвазивни, за да се постави точна диагноза на пациента.^{52,53}

Напредъкът в диагностицирането, развитието на КТ и ЯМР методите, въвеждането на ПЕТ/КТ, както и използването на ултразвуково контролираните биопсии доведе до по-точно определяне на стадия при много видове онкологични заболявания. Като това от своя страна оптимизира изборът на лечение и намали безполезната хирургическа намеса. В бъдеще по-точното диагностициране на рака на клетъчно и генетично ниво ще подобри схемите и резултатите от лечението. Специфичните гени могат да се използват, за да се подскаже отговора от лечението, а биологичните маркери дали съответното лекарство действа. По време на процеса на поставяне на диагноза следва да се обсъждат история на заболяването, симптомите, лабораторните изследвания, образните изследванията, да се потърси мнение на хирург и да се определи вида на тумора. Обръща се внимание на пърформанс статуса на отделния пациент. Това е опит да се окачестви общото състояние на онкологично болния. Тази мярка се използва често, за да се определи дали пациентът може да понесе химиотерапията, дали е нужно адаптиране на дозата и като мярка за определяне на интензивността на палиативната грижи.⁵³⁻⁵⁶

Основната скала, която се използва в медицинската онкология е тази на WHO/ ESOG. Друга скала е тази на Karnofsky. Те варират от 100% „идеално здраве“ до 0% - смърт, на интервали от 10%.⁵⁷

СКАЛА НА ECOG ЗА PERFORMANCE STATUS:

0 - нормална физическа активност;

1 - с наличие на симптоматика, но амбулаторен; може да извършва лека работа у дома или в офис;

2 - амбулаторен и в състояние да се самообслужва, но не може да работи; под 50% от времето е на легло;

3 - ограничени възможности за самообслужване, повече от 50% от времето е на легло;

4 – напълно инвалидизиран, изобщо не може да се обслужва сам, непрекъснато е на легло;

5 - смърт⁵⁸ (Таблица 1).

Таблица 1. Оценка на общо състояние според скала на Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG)

Оценка	ECOG (PS) – пърформанс статус
0	Пациентът е напълно активен, може да извършва всички дейности от времето преди болестта си без ограничения
1	Съществуват ограничения във физическа активност, но пациентът има възможност за извършване на лека или седяща работа (примерно лека домашна дейност или работа в офис)
2	Пациентът е амбулаторен и може да се грижи изцяло за себе си, но невъзможност за никаква трудова дейност; прекарва > 50% от времето, в което е буден, в изправено състояние
3	Пациентът е способен само на ограничени грижи за себе си; прекарва > 50% от времето, през което е буден, в леглото
4	Пациентът е напълно неспособен да се грижи за себе си; напълно прикован към леглото или стола
5	Смърт

В процеса на диагностициране участват много членове на медицинския екип. За да се осигури ефикасно и добре подпомогнато преминаване на пациента през този труден период и да се оптимизират здравните грижи е необходимо да е налице ефективна координация между членовете на мултидисциплинарния екип. Медицинските сестри са изключително ангажирани с процеса да покажат „пътя на пациента“, с цел по-бързото поставяне на диагноза и назначаване на лечение. Те подготвят пациента за това какво му предстои и как би могъл да се справи със симптомите.³⁹

Миналата история на пациента, семейната история, рисковите фактори и физическия преглед са най-важната част при диагностицирането. На рака може да са нужни години, за да се развие, така че симптомите може да са съществували години.

Всички очаквания, мнения, физически, социални, духовни и емоционални потребности на пациента трябва да бъдат оценени и обсъдени, като това ще подпомогне за подобряване качеството на здравните грижи.^{5,39,59,60}

Лабораторни изследвания:

Те включват – кръвна картина, тест за функционално състояние на черния дроб и бъбреците, биохимия, анализ на урината, окултно кървене от храносмилателната система и специфични туморни маркери.

Туморни маркери:

Това са хормони, ензими или антигени, произвеждани от тумора или от тъкан, стимулирана от тумора. Те се различават по своята чувствителност и специфика. Много туморни маркери са високо чувствителни, т.е. те са откриваеми, ако има тумор. Те често са позитивни когато няма заболяване, а се дължат на други незлокачествени причини. Това редуцира използването им като диагностичен тест. Могат да бъдат използвани за оценка на лечението.⁶¹

Хирургическа оценка:

Ракът може да се наблюдава макроскопски и може да се вземе биопсия. Вземането на точен материал от тъканта е много важно при определяне на диагнозата рак. Различни видове рак, които се срещат в един и същ орган, може да изискват различни лечебни подходи (например дребноклетъчен и недребноклетъчен карцином на бял дроб).^{5,39,59}

Оценка на клиничните симптоми:

Загуба на тегло, изтощение, постоянна болка, безболезнени бучки, необяснима температура, очевидни изменения в брадавици и бенки, необичайно кървене или секрети от брадавици и бенки, възпаления, които не оздравяват; постоянна кашлица/присипналост; изменения в навиците за уриниране/дефекация; стомашно разстройство/ трудности при дефекация, при преглъщане.^{5,39,59}

Образно изследване:

Целта на рентгенографията е да покаже анатомията на отделна зона от човешкото тяло и да открие някакви отклонения. В медицинската онкология се използва, за да предостави подробна информация за първичните тумори, вероятните им пътища на разпространение и отговор на лечение.

Образни методи:

Конвенционален рентген, флуороскопия, компютърна томография (СТ), магнитен резонанс (MRI), нуклеарна медицина (NM) и ултразвук (US), позитрон - емисионна томография (PET). Тези основни типове може да се използват самостоятелно или в комбинация, за да се получи образ, който да бъде тълкуван.

2.6. Стадиране и класификация на туморите

Клиничният стадий на даден тумор е определяне на степента на неговото разпространение: размер и прорастване на първичния тумор, разсейване в лимфните възли в региона на тумора, разсейване в по-далечни органи.

Определянето на стадия е част от диагнозата на тумора и се нарича стадиране. Системата, по която стадирането се описва, се състои от три категории и се нарича TNM.

T е символ на категорията тумор и определя размера и степента на прорастване на първичния тумор.

N е символ на категорията нодул (лимфен възел) и определя степента на въвличане на лимфните възли в региона на тумора в процеса на раково разсейване.

M е символ на категорията метастаза и определя отсъствието или наличието на далечни ракови разсейки.

Стадирането на всеки пациент по системата TNM е задължителен прогностичен фактор, без който не може да се назначи и започне подходящо противотуморно лечение.⁵⁹

2.7. Лечение

Онкологичните заболявания подлежат на многокомплексно лечение. При не малка част от пациентите се извършва хирургическо лечение за отстраняване на първично заболяване и/или регионални лимфни възли. Възможно е да се приложи лъчелечение на засегнатия орган с цел намаляване на риска от локален рецидив. Възможно е радиотерапията да бъде последвана от адювантна химиотерапия с цел намаляване вероятността от далечни метастази (някои пациенти с голям тумор може да преминат химиотерапия преди хирургичната интервенция – неoadювантна терапия).^{5,59}

Хирургично лечение

Въпреки развитието на радиотерапията, химиотерапията и другите лечебни специалности в последните десетилетия, хирургията остава основният начин за лечение. Тя дава най-голяма надежда за излекуване на много пациенти с различни видове тумори.

Традиционно хирургията е основен метод за лечението на рака. Тя може да бъде използвана като самостоятелно лечение, например за отстраняване на малки бучки при рак на гърдата или полипи на дебелото черво. Но по-често тя се комбинира с друг вид лечение като радиотерапия и химиотерапия.³⁹

Хирургията се използва по много различни начини за контрол на рака:

- при диагностициране, например за биопсия на тъканите при първичен тумор;
- за определяне на стадия, например при взимане на материал от лимфен възел;
- ексцизия на тумор – първичен тумор или метастаза с цел излекуване, например рак на дебелото черво с единична метастаза в черния дроб;
- палиативна хирургия;
- подпомагащи процедури, като въвеждане на катетър в централна вена, ПЕГ- сонда;
- реконструктивна хирургия;

- оформяне на стома.

Лъчелечение

Лъчелечението изучава използването на йонизиращите лъчения за унищожаване на туморните клетки или намаляване обема на тумора при приемливи локални и общи лъчеви реакции. Основното свойство на йонизиращото лечение е да йонизира и възбужда атомите и молекулите, през който преминава, което определя неговия лечебен ефект. Основна мишена на йонизиращото лъчение е генетичния материал на клетката – ДНК и ефектът върху нея зависи от големината на погълнатата доза.⁶²

Лъчечувствителността на тъканите зависи от пролиферативната им активност и базирана на делене на клетките. Различните видове тъкани и органи в човешкото тяло проявяват различна лъчечувствителност. В зависимост от тъканта, от която произхожда и вродената лъчечувствителност, туморите се разделят на лъчечувствителни (тумори на хематопоетичната система, Ходжкинови лимфоми, семиноми), такива с умерена лъчечувствителност (тумори с епителен произход, като аденокарциноми, спиноцелуларни карциноми) и лъчезистентни (саркоми, глиобластоми, бъбречноклетъчни тумори). Един от главните дозоопределящи фактори при провеждане на лъчелечение е толерансът на здравите тъкани и органи.^{63,64}

Приблизително 60% от онкологично болните пациенти подлежат на лъчелечение. Според целите си радиолечението може да бъде осъществено по два начина: по радикална и по палиативна програма.

По радикална програма

Дефинитивно лъчелечение. Прилага се при: карциноми на кожата, на простатата, тумори на глава и шия, Ходжкинови и неходжкинови лимфоми. При някои от посочените локализации лъчелечението е алтернатива на хирургичното лечение

Следоперативно лъчелечение: прилага се след хирургично отстраняване на първичния тумор и/или след химиотерапия, като например при карцином на млечна жлеза, ректум, гинекологични тумори.

Предоперативно лъчелечение: с него се цели намаляване на размера на първичния тумор и стерилизиране на околотуморните микрометастази в лимфните възли. Може да бъде приложено при карцином на ректум и маточна шийка.

По палиативна програма

Палиативно лъчелечение: прилага се с цел повлияване на редица симптоми, свързани с развитието на рака, болка или заплашваща фрактура при наличие на метастази в костите, опасност от пареза или парализа в резултат на компресия на гръбначния мозък, хеморагии, свързани с туморния растеж и инвазия на съседни органи.

Лъче - химиолечение

Едновременното приложение на химиотерапия и лъчелечение, все повече се използва при много туморни локализации, като целта е повишаване на ефекта и подобряване на локалния контрол. Прилага се при тумори на глава и шия, карцином на хранопровода, гинекологични тумори, карцином на ректума, ануса и пикочния мехур.

Химиотерапия

Принципи

Химиотерапията се използва в почти всички етапи на лечение на онкологично болните пациенти в лечебен или палиативен аспект, като се използва цитотоксичния ефект, който блокира клетъчния цикъл, безконтролното деление и нарушението в диференциацията на злокачествените клетки. Химиотерапията има ефект и върху здравите тъкани (като на това се дължат познатите нежелани лекарствени реакции), но все пак здравите тъкани са по-устойчиви на подобно влияние.^{65,66}

Видове цитотоксична терапия

Съществуват различни класове химиотерапевтици, които имат и различна ефикасност спрямо типа на туморите, тяхната хистология и други фактори.⁶⁷

Лекарствени подходи с комбинации от цитостатици

Идеята за комбинирани режими (използване на няколко различни цитостатика) се основава на синергизма между различните лекарства, което повишава тяхната цитотоксичност, но също така пречи на туморните клетки да развият резистентност.

Прилагането на цитостатици трябва да се извършва по определен ред, като това е в основата на избягване на допълнителната токсичност (задължение на медицинските сестри).^{68,69}

Приложението на цитостатиците спазва определен ритъм и цикличност, който е съобразен с тяхната фармакокинетика и фармакодинамика. Ето защо съществуват различни периоди между циклите, а също така и различни дози на един и същ медикамент (интензивност и плътност на дозата). Всичко това позволява да се унищожат чувствителните ракови клетки, които са с по-бърз цикъл на деление и да се запазят максимално клетките на здравите тъкани.^{67,70,71}

Адювантна химиотерапия – цитотоксична и друга терапия, която се прилага постоперативно с цел намаляване на риска от рецидив.

Неоадювантната химиотерапия – предоперативна терапия (основно при рак на гърдата, стомах, хранопровод, тумори на глава и шия) с цел да осъществи първична циторедукция, операбилност, максимално запазване на здрави тъкани чрез органсъхраняващи операции, а също така намаление на риска от рецидиви.¹²

Конкурентна химио-лъчетерапия

Съчетаването на цитотоксична терапия с лъчетерапия се осъществява с цел да се увеличи радиочувствителността на туморните клетки (радиосенсибилизация) и да подобри ефектите от приложението на локорегионалните методи. Основно се използва при тумори на глава и шия, белодробни карциноми, а също така и при някои заболявания на храносмилателната система.⁷²

Палиативната химиотерапия се прилага при некурабилни пациенти с цел да подобри общата преживяемост, преживяемостта свободна от прогресия, а също така да постигне и обективен отговор, който да доведе до туморна циторедукция. Всичко това може да подобри симптоматиката и да повиши качеството на живот, отложи използването на последна линия обезболяващи препарати.^{73,74}

Безопасност и работа с цитотоксични препарати

Известно е, че цитотоксичните препарати са тератогенни, мутагенни и карциногенни и поради това са потенциално опасни за пациентите, персонала и околната среда. Излагането на тяхното въздействие може да се случи чрез поглъщане, вдишване и поемане през кожата. Това въздействие може да се прояви на всеки етап - подготвяне, прилагане или изхвърляне на лекарствата или изключване на интравенозната система и изхвърляне на използвано оборудване и екскрети от пациентите.

Жизненоважно е медицинските работници, ангажирани с подготовката, прилагането и изхвърлянето на химиотерапевтиците и отпадъците да спазват процедурите за безопасна работа, за да предпазят себе си и другите от потенциалния риск, свързан с излагането на тяхното въздействие.

Доказателствата за безопасна работа са непълни. Въпреки това, съществуват различни указания, базирани на факти и мнение на специалисти.^{5,39,59,69}

Подготовка

Цитотоксичните лекарства трябва да бъдат разреждани от подходящо обучен персонал, облечен с лично предпазно облекло, в стерилна обстановка.^{5,39,59,69}

Транспортиране и съхранения

Цитотоксичните лекарства трябва да се транспортират и приемат в зоната на пациентите от персонал, обучен в процедурата за безопасна работа и безопасно съхранение. Химиотерапевтиците трябва да се съхраняват при съответните условия на ясно обозначени места, отделно от другите лекарства.^{5,59,69,74}

Лично защитно облекло

По всяко време на работа с цитотоксични лекарства и екскрети трябва да се носят ръкавици. Някои ръкавици не са напълно непроницаеми за химиотерапевтиците. Пропускливостта нараства с времето и затова те трябва да бъдат редовно подменяни, за да се намали вероятността от вредното въздействие на препаратите.

Препоръчва се предпазване на очите и дихателната система, когато съществува риск от пръскане или образуване на изпарения. Престилките могат да предпазят дрехите и да предотвратят по-нататъшно въздействие върху кожата.^{5,39,59,69}

Прилагане

Лекарствата трябва да бъдат доставяни готови за приложение. Не се препоръчва никакво по-нататъшно разбъркване или разреждане. Оралните лекарства не трябва да се пипат. Таблетките не трябва да се чупят, а капсулите не трябва да се отварят.^{5,39,59,69}

Изхвърляне на отпадъците

Когато се изхвърлят интравенозното оборудване, екскрети, кръв и течности трябва да се слагат ръкавици и полиетиленова престилка. Замърсените игли, спринцовки и интравенозни системи трябва да се изхвърлят цели. Целият боклук трябва да бъде събран в специални чували и ясно обозначен, че съдържа цитостатици. Екскретите на пациентите може да съдържат следи от цитотоксичните лекарства до 72 часа след прилагането.

Огромни количества вода и сапун трябва да се използват при контакт с кожата. Очите трябва да бъдат обилно промивани с вода и/или изотоничен разтвор най-малко пет минути и трябва да се потърси лекарска помощ.^{5,39,59}

Почистване

Остатъци от лекарства трябва да бъдат отстранявани от работната повърхност. Персоналът разтварящ химиотерапевтиците трябва да е запознат и добре обучен с процедурите свързани с това да се излага възможно най-малко на действието на цитотоксичните медикаменти.^{5,39,59}

Безопасно приложение

Цитотоксичните препарати могат да имат тежки и даже фатални последствия, ако се прилагат неправилно. Предотвратяването на грешки и безопасността на пациентите е от изключителна важност и процедурите, свързани с прилагането на цитотоксици, трябва да се спазват през цялото време. Всички лекари и медицински сестри, които са ангажирани с прилагането на химиотерапевтиците, трябва да имат специално образование и обучение, да бъдат добре запознати с препаратите, техните странични ефекти и да показват компетентност на заеманата позиция.⁷⁵

Преди започването на курс химиотерапия трябва винаги да има получено и документирано информирано съгласие от страна на пациента.

Химиотерапията трябва да се извършва в работно време на определените за целта работни помещения, под наблюдението на медицинските сестри и лекарите онколози.

При провеждането на лечение не трябва да се бърза и трябва да се обърне внимание на това вливането да не се прекъсва.

Лекарите и специализираните онкологични сестри трябва да са запознати със спешните състояния, които могат да възникнат по време на вливането, например алергични реакции, анафилаксия и екстравазация, и да бъдат компетентни да се справят с тях.⁶⁹

Местата, където се провежда химиотерапия трябва да са предвидени оборудване за реанимация, лекарства за спешни случаи и набор инструменти за екстравазация.

Преди да се приложат лекарствата, онкологът трябва да е запознат с кръвната картина и общото физическо състояние на пациента. Неправилното функциониране на черния дроб или бъбреците може да наложи корекция в дозата. Персоналът трябва да е запознат също така с историята на алергии на пациента; всички лекарства, които онкологично болния приема; препоръчителната и максималната доза лекарство; начин на прилагане; краткотрайни и дълготрайни нежелани лекарствени реакции; начин на отделяне; съвместимост на всички лекарство.^{5,69,76}

Обучение на пациента

Много е важно медицинската сестра да обучи добре пациента, за да сме сигурни, че той прилага безопасно самостоятелната химиотерапия в къщи. Трябва да се разработят ясни правила за първичната и вторичната грижа. Добре оформени информационни пакети, лечебни указания и пациентски дневници също могат да бъдат от полза.⁷⁶⁻⁷⁸

Пациентите може да не желаят да съобщават нежеланите лекарствени реакции ако си мислят, че намаляването на дозата или прекъсването ще понижат ефективността на лекарството. Много е важно да ги информираме, че редуцирането на дозата до 50% и кратките прекъсвания в лечението няма да понижат ефективността на тяхната терапия.⁷⁸

От изключителна важност е да информираме и обучим пациентите каква доза да приемат и да спазват стриктно графика на прием. Медицинската сестра и лекуващия онколог трябва да им дадат ясна и точна информация, за това как да разпознаят и степенуват най-честите странични ефекти. Трябва да са информирани, че по всяко време могат да се обърнат към онкологичната сестра и лекаря във връзка с нежелано събитие. Ролята на медицинската сестра и онколога е да обяснят на пациента и близките му какво се цели с намаляването на дозата и евентуалното прекратяване на медикамента.^{5,59,69,79}

Медицинските сестри имат ключова роля при оценката на страничните реакции от провежданата химиотерапия. Необходимо е отделно да оценяват всяко едно нежелано

събитие. Да идентифицират евентуалните причини, за да се осигури лечение на всяка обратима причина. Ролята на онкологичната сестра е да информира пациентите за първите признаци на страничните ефекти, както и от нуждата да алармират за това лекар и лекуващия ги онкологичен център. Специализираната медицинска сестра с по-богат опит би могла да съветва пациентите кои нефармакологични методи биха могли да им бъдат полезни, за да намалят дадената симптоматика докато пристигнат до онкологичния център.^{5,59,69,76}

Таргетна терапия

Това е терапия, която е в основата на персонализираната медицина. Таргетните медикаменти са насочени срещу конкретни биологични особености, които могат да се идентифицират с предикторни биомаркери – например активиращи мутации, които се намират само в раковите клетки. Всичко това да възможност за „прицелна“ атака само на раковата тикан и запазване на здравите клетки, което води до висока ефективност и ниска токсичност.

Хормонална терапия

Някои тумори са хормонозависими и тяхното развитие се стимулира от един от половите хормони. Тези видове рак могат да реагират на хормонална терапия. Те са: рак на гърдата, на простатата, на ендометриума, на бъбрека, на яйчниците, на тестисите и на щитовидната жлеза. Лечението на рака на гърдата и на простатата става причина за множество видове хормонална терапия, които се прилагат днес.

Имунотерапия. Биологична терапия

Освен класическата цитотоксична терапия в онкологията се използват и редица нови класове лекарства, които са в основата на персонализираната медицина. Това са противотуморните ваксини, цитокините, имунните чекпойнт инхибитори, хормоналната терапия а също така антиангиогенните препарати. (Фигура 3). Всички те имат различен и често „по-мек“ токсичен профил, което дава възможност за разширение на терапевтичните подходи.



Фигура 3. Класове противотуморни медикаменти.

Моноклоналните антитела са протеини и съществува теоретичен риск от изостряне на чувствителността на работещия с тях не-човешки моноклонални антитела. Поради тази причина подготовката на моноклоналните антитела трябва да се извършва във фармацевтични стерилни помещения за да се обезпечи, от една страна защитата на работещия с тях персонал от замърсяване, а от друга – предпазването на пациента от кръстосано замърсяване.

При работа с моноклонални антитела трябва да се спазват стриктно правилата за безопасност: шишенцата не трябва да се разклащат, за да се избегне разпенване; важно е да не се образуват аерозоли; при добавяне на съдържанието на шишенцето към системата внимателно да се завърта инфузионния сак за смесване, като в никакъв случай не се разклаща.

Реакции на свръхчувствителност

Най-честите странични ефекти на моноклоналните антитела са свързани с инфузията, включително грипоподобни симптоми или синдром на освобождаването на цитокини. Симптомите при такива реакции обикновено се изразяват 1-2 часа след приключване на инфузията и варират от много леки до много тежки и/или фатални анафилактични реакции. Освен това може да са свързани и със синдрома на туморния лезис. Рискът от такива реакции означава, че тези лекарства трябва да се прилагат само в помещения снабдени с оборудване за реанимация.

Моноклоналните антитела (като например Трастузумаб, Бевацизумаб, Цетуксимаб) се използват за стандартно лечение при някои видове рак.

2.8. Превенция и скрининг на рака

Макар, че индивидуалната причина за поява на рак при част населението не е известна, много от най-разпространените форми на рак имат причинно-следствена връзка с фактори от околната среда, като например пушене, излагане на слънце и неправилно хранене. За това те са потенциално податливи на превенция. Установено е, че повече от половината случаи на рак биха могли да бъдат избегнати, така че превенцията може да има много по-голямо влияние върху броя на смъртни случаи от рак, отколкото усилията той да бъде лекуван.

Условно подходите към превенция на рака се разделят на първична, вторична и третична. Първична превенция включва редица стратегии, които понижават излагането на карциногени. Към тях спадат медицински интервенции и имунизации, целящи понижаване на развитието на някои видове рак. Например имунизациите против човешки папилома вирус и хепатит В намаляват риск от развитие на цервикален и чернодробен рак. Повечето стратегии, обаче са поведенчески, т.е. насочени са към здравното образование, начина на живот и промяната в заобикалящата среда.

Вторичната превенция обхваща скрининга и мерките за ранно идентифициране на онкологичното заболяване и включват мероприятия насочени към персонално и обществено обучение относно най-разпространените признаци, алармиращи за наличие на рак.

Третичната превенция е насочена най-вече към предпазване от страдание. Или тя включва избягването на усложнения от лечението, рехабилитация и избягване на

рецидивирването на заболяването. Често възникват трудности третичната превенция да се разграничи от лечението и медицинските грижи.

Всички здравни професионалисти, работещи в областта на медицинската онкология трябва да преценят своята собствена роля и принос в превенцията на рака. Пред медицинската сестра ежедневно се разкриват множество възможности за оценка на персоналните рискови фактори на всеки един пациент. Специализираната онкологична сестра би могла да насочи пушачите към клиники за борба и отказване от тютюнопушенето и/или медикаментозна терапия, или пък да даде съвет за правилното хранене и спортуване. Би могла да даде професионален съвет при прилагането на правилата и инструкциите за здраве и безопасност, които ограничават излагането на действието на субстанции, които могат да причинят рак.^{5,76,80,81}

Скрининг на рака

Скринингът на рака включва тестване на безсимптомна група от населението, за да се открие кой хора от тази група имат рак или предраково състояние, което може да бъде от полза за ранно лечение. Скринингът се базира на принципа, че ранното откриване на онкологичното заболяване реагира по-добре на лечение отколкото в по-напреднал стадии.

Все повече държави насочват усилията си към превенцията на рака, скрининга и нарастват обществените здравни програми достъпни за населението. Жените над 25-годишна възраст имат възможност да се включат в програми за скрининг на цервикален рак; жените над 50-годишна възраст участват в скрининг за рак на гърда; мъжете и жените над 50-годишна възраст имат възможност да се включат в програмите за скрининг на рак на дебелото черво. Скринингът може би изглежда най-правилният подход спрямо многото видове рак.^{5,80,81}

3. Роля на медицинската сестра в борбата с онкологичното заболяване и палиативната грижа

Грижата за онкологично болни включва и допълнителни терапии, които добиват все повече популярност както сред хората, така и сред здравните специалисти. Ключовата роля, която имат професионалистите по здравни грижи във връзка с допълнителните терапии, е да оказват подкрепа на пациентите, както и да проучват различни методи за

справяне със симптомите на рака. При обсъждане на терапията, медицинските сестри могат да насочат пациентите към най-добрите източници на информация. Може също така да е необходимо да дадат адекватна информация, която да ограничи нереалистичните очаквания от страна на пациента и неговите близки, посочвайки точно и ясно ползата и ограниченията на терапиите/интервенциите. Голяма част от „популярните“ сред пациентите сайтовете и други източници предлагат информация, която не е базирана на „медицина на доказателствата“.

Много сайтове препоръчват недоказани терапии и интервенции, които в не малка част могат дори да са опасни за здравето на пациента. Медицинските сестри имат важна роля да помогнат на пациентите да осмислят информацията. При хоспитализиране на даден пациент е от изключително значение да се разбере дали той провежда някаква допълнителна терапия, в частност дали приемат хранителни добавки, билки или прилагат други недоказани средства. Тази информация е важна от гледна точка на безопасността и е полезно за разбиране на това как самият пациент се справя с поставената диагноза. Причината пациентите и техните семейства да прибегват до допълнителни терапии е, че търсят алтернатива на конвенционалното лечение или искат да подобрят качеството си на живот. Предимството на допълнителните терапии е, че те действат изцяло върху човека. Вземането на решение за провеждане на допълнителна терапия може да подобри възможностите и да създаде чувство за контрол и избор.^{5,59,82,83}

Една от основните роли на онкологичната медицинска сестра е оценката на пациента. Професионалистите по здравни грижи са отговорни за наблюдението, оценката на пациентите преди, по време и след химиотерапия.^{16,84,85}

Медицинската сестра работеща в онкология следва да разбира възникващите патологични промени и последващите от тях странични реакции от лечението на онкологичното заболяване. Онкологичната сестра трябва също да използва своите междуличностни умения, за да изслушва пациента, като оценява тяхното разбиране за заболяването и неговия процес, както и емоционалното състояние на пациента.^{85,86}

Медицинската сестра се грижи и за осигуряването на нужната информация на всеки пациент. Онкоболните трябва да са запознати със своето заболяване, неговото лечение и очакваните странични ефекти. Медицинските сестри трябва да установят нивото на разбиране, което всеки пациент и неговите близки имат и биха искали да имат и съответно, след това да ги обучават.^{16,76,87-89}

Професионалистите по здравни грижи, работещи в сферата на онкологията трябва лесно да идентифицират нуждите на пациента, въпреки че не всеки обича пълното разкриване на информация. Медицинска сестра може да играе ключова роля в координирането на грижите за болния от рак. Тя трябва ясно да документира всички грижи за пациентите, като поддържа актуализирани медицински досиета, за да се гарантира непрекъснатост на грижите както в рамките на медицинския екип, така и в мултидисциплинарната група, която отговаря за всеки пациент.^{87,89}

Част от работата на онкологичните медицински сестри включва насочването на пациентите към други доставчици на здравни услуги, като диетолози, психолози, социални работници или логопеди и патолози.⁸⁹⁻⁹¹

Професионалистите по здравни грижи трябва да се справят както със симптомите на заболяването на пациента, така и със страничните ефекти при лечението на онкологичното заболяване. Те трябва да могат да оценят всеки пациент и да започнат подходящи грижи. Медицински сестри трябва да имат задълбочени познания за страничните ефекти от противотуморното лечение.^{89,92,93}

Онкологичните медицински сестри играят роля в подкрепата на пациента през целия му път в борбата с онкологичното заболяване. Те трябва да бъдат обучени за оценка на нуждите на пациента, да могат да отсяват практическите, физическите, емоционалните, семейните проблеми, на базата на които да оценят нивото на дистрес и да се погрижат за благополучието на пациентите.^{60,93}

Палиативни грижи

Сестринските грижи имат за цел да повишаване качеството на живот на хората. Палиативните грижи като част от сестринските грижи са насочени към пациенти страдащи от животозастрашаващата болест, както и на техните близки. Принципите, върху които е изградена палиативната грижа, сочат че тя: утвърждава живота и разглежда смъртта като естествен процес; обезпечава облекчение на болката и на съпътстващата симптоматика; обединява духовните и психологическите аспекти на грижата; предлага подкрепа, за да даде възможност на пациентите да живеят възможно най-пълноценно и активно до неизбежния летален изход. Палиативната грижа се прилага от самото начало на заболяването, наред с други интервенции и съпътстващи терапии (химиотерапия, радиотерапия), като включва изследване на нуждите за справяне с тежките клинични

усложнения. За обслужването на пациентите на палиативни грижи и техните семейства са необходими знанията и уменията на многопрофилен екип. Тази грижа може да започне още при диагностицирането на болестта и да продължи по време на лечението до смъртта, а за семейството и през периода, в който те трябва да преживеят тежката загуба. В основата на палиативните грижи стои съвместната работа с пациентите и техните близки, за да им се даде шанс за възможно най-пълноценно изживяване на последните дни. Палиативната грижа обхваща редица заболявания и пациентите могат да бъдат обслужвани не само болнични заведения, а и в различна среда – хосписи, домашна обстановка.^{89,94,95}

Общите палиативни грижи представляват набор от умения и знания, базирани на философията за грижата, които могат да бъдат предоставени от всеки добре обучен здравен специалист или социален работник. Общата палиативна грижа включва цялостна оценка и ефективна комуникация, контрол на симптоматиката, както и психологическа, социална, духовна и практическа подкрепа.^{89,96,97}

Специализираната палиативна грижа може да включва стационарно лечение в хоспис, екипи за палиативна грижа, интензивни болнични екипи или екипи с тясно насочена специалност. Специализираната палиативна грижа може да бъде осъществявана не само на базата на консултации и/или съвети, а и да включва директна грижа за пациента и неговите близки. Повечето услуги включват не само онкологично болни, а и пациенти с животозастрашаващи заболявания, които имат нужда от палиативна грижа (например при ССЗ – сърдечно съдови заболявания, СПИН и други хронични състояния).^{91,99}

Термините използвани, за да опишат палиативната грижа се различават в зависимост от средата, в която се употребяват. Например в някои части на света, тези услуги се описват като палиативна грижа, но не включват борбата със симптомите като част от тяхната роля. Освен това има и значително препокриване между термините подпомагаща и палиативна грижа. От изключително значение е уточняването на ролята на специализираната палиативна помощ при лечението на пациенти в напреднал стадий на заболяването, тъй като съществуват и сложни психологически въпроси.^{5,89}

Сега съществува политика изискваща въвеждането на специализирана палиативна грижа на всеки етап от развитието на заболяването - от диагностицирането до края на живота. В някои страни не е необичайно пациентите да получават едновременно

палиативна грижа и лечение на карцинома. Но в други като България и САЩ, пациентите трябва да направят избор между химиотерапия и палиативни грижи.^{89,98,100}

Екипът, оказващ специализирана палиативна грижа, обикновено се състои от редица различни специалисти, които биха включват медицински сестри, лекари, социални работници, психолози, физиотерапевти, специалисти по трудова медицина, арт терапевти, музикални терапевти, свещеници.^{5,59,89,101}

Грижа за умиращите хора

Краят на живота е уникален момент за всеки човек, който се запечатва в паметта на членовете на семейството, които ще го видят. Това е важно време за бъдещите опечалени, да се подготвят за смъртта на обичания от тях човек, тъй като моментът на смъртта може да се отрази зле на преживяванията на опечалените. Основната грижа в края на живота трябва да е насочена към това да се даде възможност на човека да умре колкото се може по-спокойно, заобиколен от близки и в позната за него среда. Усилията трябва да са насочени към справяне със симптомите на болка и тревога. Да се отговори на нуждите на умиращия човек и негово семейство, включително емоционални и духовни потребности, да се направи споменът за смъртта колкото е възможно по-положителен.^{77,100,102-105}

Комуникация в края на живота

В края на живота фокусът, от страна на медицинската сестра трябва да пада върху комуникацията, върху предоставянето на възможност и демонстриране на готовност да се говори по въпроси, свързани със смъртта. Семейството на пациентите обикновено имат притеснения, за това какво ще се случи след смъртта на техния близък, за физическите симптоми и самия процес на умирање, а също така и за недовършени дела на онкоболния. От изключително значение е да се вземе мнението на пациента относно грижите, които се полагат за него през терминалната фаза, стига да е в състояние да взема самостоятелни решения, относно своето лечение. Тревогата и страхът, свързани с приближаващия летален изход са обичайни. Споделянето и разбиването им на специфични въпроси може да бъде полезно.^{77,97,102,103,106}

Грижа за семейството в момента на смъртта

Обичайната практика е да се говори със семействата, когато техен близък си отива, за да бъдат успокоени и да бъдат те убедени, че е направено всичко възможно при борбата

с болката, съпътстващите симптоми и тревогата. Желателно е да бъдат удовлетворени всички нужди както на умирация, така и на неговото семейство. В случай на неудовлетвореност, това може да направи последващото преживяване на скръбта по-трудно.^{77,103,104,107}

Тежката загуба

Тежката загуба е изпитване на чувство на липса, особено на някой близък. Скръбта е свързана с нея емоционална реакция. Преживяването на тежка загуба и скръбта са черти на преживяването на рака през различните стадии на болестта. Пациентите претърпяват загуби от различно естество по време на лечението (напр. мастектомия), от ефектите на заболяването и общо отражение върху целия живот на човека (напр. загуба на активност, работа, социална дейност). Усещането за загуба се среща в семействата на онкологично болните преди и след смъртта.^{5,103-105,108}

Етика при грижата за онкоболни

Етичните и морални ценности засягат всички аспекти от грижата за онкоболния – химиотерапевтичното лечение, лечение на симптомите, помощ в края на живота и участие в клинични проучвания. С напредъка на медицинската технология и развитието на базирана на доказателства практика, етичните въпроси, свързани с грижите за онкологично болните, стават все по-сложни. В основата на медицинската етика са залегнали четири основни принципа:

Автономия - самоопределяне, възможност за мислене, решение и действие на базата на тези мисли, свободно и независимо. Всеки човек има право да контролира своя живот, включително решенията за това как да приключи живота си. Затова е прието, че хората трябва да имат възможност да отказват поддръжане на живота или продължаване на лечението.^{108,109}

Полза - прави добро; принципът се отнася до моралното задължение в полза на другите. При взимането на решение в края на живота този принцип е свързан с това какво ще бъде най-добро за пациента и балансирането между ползата и болезнеността на едно продължаващо лечение. Разбирането на човека за качество на живот в този случай е важно за определяне на това кое е най-добро за него.^{108,109}

Не вреди - принципът засяга да не вредиш преднамерено на някого. Вредните ефекти от лечението може да превъзхождат ползата или безопасността на лечението.

Справедливост - бъди честен, справедлив и провеждай съответното лечение в светлината на това какво е дължимо към хората.^{108,109}

В края на живота трябва да се взимат решения дали трябва да се започне, продължи, спре или откаже лечение. Тези решения са сложни и могат да бъдат още по-трудни за пациента, неговото семейство и медицинските специалисти. Причините за спиране или оттегляне на лечение могат да бъдат различни: да се уважи желанието на пациента и семейството му или факта, че продължаващото лечение няма да доведе до никаква полза.^{5,103,104,110}

4. Дистрес

Според определението на National Comprehensive Cancer Network (NCCN) дистресът е многофакторно, негативно емоционално преживяване от психологически (когнитивен, поведенчески, емоционален), социален и/или духовен характер, което може да повлияе негативно върху способността за ефективно справяне с онкологичното заболяване, произлизащите от него физически симптоми и лечение.¹¹¹

Терминът „дистрес“ е избран поради няколко съображения:

- лесно може да се даде дефиниция за дистрес
- има разработени методи за оценка – т.е. е мерим
- терминът „дистрес“ не е стигматизиращ в обществото

В литературата се съобщава, че между 20 и 30% от пациентите, които са диагностицирани с онкологично заболяване изпитват дистрес (дистрес, който е мерим и доказан с разнообразни инструменти), като това явление е независимо от хистологичния вид, локализация, а също така и от стадия на тумора. Нивата на дистрес варират в зависимост от онкологичното заболяване, като средното ниво е приблизително 35%, при 43% за рак на бял дроб, около 30% за онкогинекологичните локализации.² Системните метаанализи разкриват около 30-40% честота при различните типове тумори на разстройства на настроението.¹¹² В настоящето съществува проблем както с идентифицирането на болните, които изпитват дистрес, така и с достъпа им до адекватна

медицинска помощ – психологическа или психиатрична. Съществуват проблеми и с информираността на екипите, които лекуват и обслужват онкологично болните.^{18,113}

Психиатричните разстройства, депресия, дистреса могат да бъдат с разнообразна интензивност в зависимост от различни променливи, като хистология и вид на онкологичното заболяване, пола и етническа принадлежност, възраст и други.¹¹⁴⁻¹¹⁶ С повишен риск от развитие на разнообразни разстройства са пациенти, които са с доказани в миналото депресивни епизоди, коморбидни, лекуващи зависимост или депресия, лош социален статус, когнитивни дисфункции. С по-висок риск са младите, жените, несемейните или самотните родители, а също така и инвалидите или жертвите на насилие, като застрашени са и родните и други близки лица.¹¹¹ Идентифицирането на епизодите на дистрес е изключително важно, защото дава възможност за своевременно и ефективно лечение не само на онкологично болния, но дава възможност за контрол на нивата на дистрес и сред близките му.^{97,106,117,118}

Ранният скрининг дава възможност за подобряване на резултатите от лечението, в това число подобряване на общата преживяемост, нивата на инвалидизация и значително подобрение на кмпляенса с персонала.¹¹⁹⁻¹²³ Това се осъществява чрез различни инструменти за измерване на дистрес - Distress Thermometer, PDI, ESAS, HADS, BSI-18, PSSCAN – Psychosocial Screen for Cancer, BDI-II (подходящи за ранен скрининг). Дистрес термометър (DT) е лесен за употреба, кратък инструмент за определяне на изходното ниво (за скрининг) и причините за дистрес. Валидиран е от проведени проучвания при пациенти с различен вид тумори. При различни условия (различни езици, различни култури и различни страни) дава сходни и възпроизведими резултати.¹²⁴⁻¹²⁸

При по-напреднали случаи – умерен и тежък дистрес (тревожност или депресия) се използват също валидирани скали за оценка.

Скали за оценка на тревожност:

- Beck Anxiety Inventory, BAI
- Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV, GAD-Q-IV
- Generalized Anxiety Disorder, GAD-7
- Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS и др.¹²⁹⁻¹³²

- Скали за оценка на депресивност:
- Beck Depression Inventory, BDI
- Center for Epidemiological Studies–Depression Scale, CES-D
- Geriatric Depression Scale, GDS
- Patient Health Questionnaire for Depression, PHQ-9 и др.¹²⁹⁻¹³²

Ранното идентифициране и лечение на състоянията, които са свързани с дистрес може да доведе до значителни положителни емоционални, междуличностни и финансови последици за пациентите, както и икономически последици за изпълнителите на здравни услуги и здравната система.^{18,133,134}

4.1. Здравен проблем: психосоциален дистрес

За да бъде обоснован, но също така и възможен за приложение, даден скрининг трябва да бъде насочен към здравен проблем със следните характеристики: самият проблем да е със значителна тежест (медицинска, социална, финансова и др.); прилагането на скрининг да води до сериозни последици по отношение на ефективност на разходите; да има значителен период, през който да може да се идентифицира; ранното лечение да води до по-добри резултати. През последните 15 години се увеличиха доказателствата в полза на това, че психосоциалния дистрес отговаря на тези критерии.¹³⁵

Съществуването на емоционални промени при онкологично болни пациенти е описано от много автори, както в научни публикации, така и в непрофесионалната литература. Доказано е, че диагностицирането и самия лечебен процес (а понякога и съмнението за онкологично заболяване) могат да се разглеждат като генератори на дистрес, който да доведе до различни промени с цел преодоляване на това въздействие – разнообразни адаптационни феномени.¹³⁵

Съществуват изследвания сред разнообразни групи болни, а също така и сред „оцелели“ – излекувани от онкологично заболяване, които определят нивата на дистрес и доказват мощното му влияние върху качеството на живот.^{136,137} Установяват се и вариации в нивата според различни фактори: локализация,¹³⁸ стадия,¹³⁹ възраст,¹⁴⁰ пол¹⁴¹ и социален статус.¹⁴² Най-високите нива на дистрес са идентифицирани сред пациентите, които подлежат на „най-добри поддържащи грижи“ – палиативните грижи.²

Дистресът води до влошено качество на живот, непридържане към лечението, неувереност, а също така е генератор на конфликти с медицинския персонал, повишена честота на хоспитализации и допълнителна нужда от медицински грижи.^{139,143} Болните много често прикриват тези негативни емоции от страх от стигматизация и неприемане от обществото^{144,145}. Друг основен проблем е трудното идентифициране на тези разстройства от самия медицински персонал, водещи до по-лоши резултати.¹⁴⁶⁻¹⁴⁸ Обикновено дистресът се идентифицира едва когато е достигнал твърде високи нива, като освен това не винаги психосоциалната помощ е достатъчно адекватна, поради не доброто ниво на обученост на персонала.^{149,135,150}

Напоследък се докладват не само по-голям брой изследвания, които анализират нивата на дистрес сред онкологично болните, но и се представят оптимистични резултати от интервенционални изследвания, които целят намаляване на нивата на тези разстройства, които са свързани с дистреса и дори показващи оптимизиране на разходите на здравните системи.^{151,152,106,153}

Според съвременните схващания проявата на дистрес е нормална част от хода на онкологичното заболяване. Днес дистресът се дефинира като „многофакторно, негативно емоционално преживяване от психологически (когнитивен, поведенчески, емоционален), социален и/или духовен характер, което може да повлияе негативно върху способността за ефективно справяне с онкологичното заболяване, произлизащите от него физически симптоми и лечение“.¹⁵⁴ Дистресът се характеризира с разнообразни прояви от леки форми (усещане, че си уязвим) до тежки форми на депресия и нарушения в нормалното социално функциониране, като това се определя и от разнообразните фактори, които го генерират.^{155,156,157,158}

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.¹⁵⁹ Концепция за борба и управление (мениджмънт) на психосоциалния дистрес, при които скрининга за дистрес в рамките на рутинната ежедневна практика е ключов аспект, на национално ниво е описана в „Национално ръководство: Психосоциална подкрепа и рехабилитация в онкологията, МОРЕ 2015“.¹⁶⁰

4.2. Основни моменти при провеждане на скрининг за дистрес при онкологично болни

- Скринингът за дистрес използва стандартизирани инструменти, които систематизират (описват) моментното състояние (виждания) на пациента, като това дава основа или начална точка за необходимата интервенция.
- Скринингът за дистрес изисква и програма, която включва и клиничен специалист, който проследява динамиката на проблемите, маркирани от пациента при изходния скрининг.
- Интегрирането на скрининга за дистрес в рамките на рутинната ежедневна практика изисква съгласувани и продължителни усилия, насочени към промяна на съществуващите практики (често не добре приемани от здравните специалисти).
- Необходими са проучвания, за да се установят най-ефективните подходи за прилагането на програми за скрининг за дистрес в клинични условия.

4.3. Скринингов тест

Провеждането на скрининг за дистрес води до необходимостта от въвеждането на подходящ инструмент или средство, което да служи за тази цел. Счита се, че един тест (или инструмент) е подходящ за скрининг, ако отговаря на дадени условия: да е надежден, да е валидиран, евтин, с добра възвращаемост на инвестираните средства, да се приема добре от пациентите и да е лесно приложим. В ежедневната практика инструментът трябва да е бързо и лесно приложим, надеждно да идентифицира индивиди, които могат да се повлияят положително от по-нататъшна интервенция или подлежащи на последваща по-обстойна оценка. Инструментът трябва може да се използва като индикатор или средство за определяне на ниво на спешност (триаж), а не само като метод за оценка.

Съществуват редица доклади, свързани с разработването на инструменти, предназначени за целите на скрининг.^{161,162} Първоначално основен фокус при създаването на тези инструменти е скринингът за тревожност и депресия с цел да се идентифицира психологична или психиатрична заболяемост. Един от инструментите, използвани най-често, е Скалата за тревожност и депресия в болницата (Hospital Anxiety and Depression Scale). Новата концепция за дистрес води до проектирането на инструменти, насочени и към други променливи величини (например дистрес от физически симптоми,

неудовлетворени нужди от най-добри поддържащи грижи и оплаквания (притеснения) от онкологичното заболяване), използвайки подход на конкретно отчитане на всеки един проблем.¹⁶³⁻¹⁶⁶ В наши дни най-често използван инструмент в клиничната практика е „Термометъра за дистрес“, който е валидиран и предоставен за ползване от NCCN (The National Comprehensive Cancer Network).^{124,167} Самият въпросник е съобразен с това, че източниците на дистрес са разнообразни и списъкът предлага на пациентите възможност да посочат конкретния източник на дистрес в точно определен момент от време. Тази точна идентификация е основата за провеждането на клиничен разговор и последваща интервенция.

Публикувани литературни обзори на тема дистрес скрининг идентифицират проблеми в определянето на термините, формата, дължината и времето за попълване на инструментите за скрининг.^{161,162} Съществува противоречие между инструмента, който е оптимален за използване в условията на натоварена (лекарска) практика и този, който е валидиран с протокол за научни изследвания. Един изключително кратък (с малко въпроси) инструмент (1-4 елемента) може да бъде евтин и лесно да се наложи за приложение в клинични условия, но съществува риск той да оцени само една област с висока чувствителност, а това от своя страна да доведе до ниска средна специфичност на използвания тест.¹⁶¹ Инструмент с 5 до 20 елемента може да срещне повече трудности по отношение на клиничното му прилагане и по-високи административни разходи, но от своя страна да извърши оценка на множество критични области, да има висока чувствителност и висока специфичност. Възможен начин за преодоляване на проблема с обема на теста е поетапният подход - първоначално приложение на свръхкратък инструмент за скрининг, като стъпка за триаж (например самостоятелен доклад на пациента), последван от по-задълбочена оценка от професионалист по здравни грижи, който да използва и по-дълъг инструмент. Въпреки, че не може да се постигне консенсус относно най-добрите инструмент(и) за конкретните цели на скрининга, се препоръчва приложението на тестове, които са валидирани за точно определена група пациенти, стадий на заболяването и други.

Според различни изследвания отношението на пациентите към скрининга за дистрес е по-скоро положително¹⁶⁸ въпреки, че ключът към това възприемане е дизайна и начина, по който се предоставя самата анкета от здравните специалисти. Когато има незначителни последващи действия (интервенции) въз основа на резултатите от

скрининга, пациентите губят доверие и не са склонни да продължат.¹⁶⁹ Въпросите от скрининга трябва да бъдат ясни, добре формулирани, с възможност за еднозначен отговор, а също така и насочени към проблемите, за които пациентите желаят помощ.¹⁷⁰ Много от съществуващите инструменти за скрининг са разработени от професионалисти по здравни грижи, но без участието на пациенти или „оцелели“ от борбата с рака. Освен това, не всички хора желаят да получат помощ в момента, в който дистресът бъде идентифициран.^{145,171,172}

4.4. Прилагане на програма за скрининг

Всяка здравна система, преди въвеждането на дадена програма за скрининг, подлага на оценка определени критерии за допустимост. Разглеждат се възможностите на програмата да достигне до тези, които са подложени на риск, възможностите за проследяване на резултатите от теста, наличието на достатъчно ресурси за извършване на интервенции.

Въпреки съществуването на ясни и формулирани критерии, все още се полагат недостатъчно усилия, насочени към разбирането на ефекта от използването на скрининг като част от рутинната практика при онкологично болните.

В България не се прилагат рутинни програми за идентифициране на дистрес, като също така те не са застъпени широко и в световен мащаб. Проучванията показват, че по-малко от една трета от онкологите са запознати детайлно с дистрес термометъра, че само около 14% от тях го използват рутинно. Основните проблеми с по-масовото му използване са свързани с липсата на време сред персонала, липса на мотивация и липса на съдействие от пациентите.^{173,174,175,176-178}

С прилагането на скрининг в реални условия се установи, че съществуват два ключови момента: конкретната цел на скрининга и обема на нужните промени в даден център при въвеждането му. В някои случаи скринингът за дистрес се прилага само с цел да се идентифицират тези пациенти, които се нуждаят от насочване към психолог или психиатър. В други случаи целта е да се предостави информация за моментното състояние (виждания) на пациента, като това дава основа или начална точка за необходимата интервенция или за преминаване към подход, фокусиран върху болния.¹⁷⁹ Този подход обхваща първоначалния разговор, който е проведен в медицинския център и последващото предоставяне на психосоциална помощ (грижа) в рамките на рутинните

визити на пациента. Съществуват доказателства, че скринингът за дистрес води до положителен ефект върху комуникацията между пациент и лекуващ лекар и до по-ясното разбиране (осъзнаване) от страна на медицинския персонал на психосоциалните нужди, а от там и до по-голяма удовлетвореност на пациентите.^{168,180} Следователно въвеждането на програми за обучение на персонала, които са насочени към психосоциалните здравни грижи биха могли да подобрят резултатите от скрининга. От съществено значение е и ангажирането на заинтересованите страни от всички организационни нива, ефективното ръководство при прилагане и управление на проекта, както и въвеждането на доказани стратегии за подобряване на качеството (например проверки за обратна връзка).⁷⁵

Според някои източници при около 65% от случаите на въведен рутинен скрининг е докладвано за значително подобрение в процеса на оказване на медицински грижи, а при 47% - за подобрения в резултатите на пациентите, които са били подложени на интервенция.¹⁸¹ Съществуват обаче все още твърде големи разлики в обявените цели на скрининга, използваните валидирани инструменти (а от там и разлика в съобщената от пациента информация), което предполага и разлики в планираните интервенции, стъпки на прилагане и очакваните резултати. Тази нехомогенност прави трудно дефинирането на най-добрия подход в практиката за прилагане на скрининг за дистрес.

4.5. Роля на медицинската сестра при оценка на дистрес

В скрининга за дистрес съществена роля имат медицинските сестри, които показват значително разбиране на резултатите от скрининга. Това не е толкова изненадващо поради факта, че тяхната професионална роля включва задълбочена оценка на нуждите на пациентите, улесняване на процеса на непрекъснатост на грижите, а също така и участие при вземането на решения, свързани с болните. Обучението на пациентите, справянето със симптомите и оказването на емоционална подкрепа, в това число и на техните близки, са основни принципи на тяхната роля. В някои центрове на медицинската сестра се разчита да извърши проследяване на пациента с по-нататъшна оценка и интервенции, като останалите членове на екипа се занимават основно с първоначалното идентифициране на дистреса.^{77,78,182}

Съществуват редица прочувания (анкети сред медицински специалисти) във Франция,¹⁸³ Канада¹⁸⁴ и Англия,¹⁸⁵ при които медицинските сестри съобщават, че информацията от скрининга им помага при разбирането и анализа на дистреса, при оценката на нуждата от поддържащи грижи и необходимостта по-нататъшно насочване

към специалист. Подобни резултати са наблюдавани в Австралия¹⁸⁶ и САЩ, като медицинските сестри отчитат по-добра информираност относно проблемите, които пациентите срещат, и подобряване на комуникация с тях и техните семейства.^{97,187} В канадско проучване, свързано с мнението на здравните работници относно използването на резултатите от ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) в клиничната практика, медицинските сестри съобщават за по-висока степен на полезност (на резултатите) в тяхната практика отколкото при лекарите.^{77,188} 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.¹⁸⁹

На този етап няма неоспорими доказателства в подкрепа на практическото използване на скрининга за дистрес и положителното му въздействие върху пациентите. Повечето проучвания показват, че има твърде малко (или изобщо няма) промени в резултатите на пациентите след провеждане на интервенции.¹⁹⁰ Това е така, защото все още съществуват вариации: в идеята за дистрес; какво всъщност се измерва чрез използваните инструменти; какво се очаква да се случи въз основа на резултатите.¹⁹¹ Съществуват също така и редица организационни предизвикателства, които трябва да бъдат преодоляни, за да се приложи напълно програма на скрининг, която да е внедрена в ежедневието на практиката. Без здравните специалисти да предприемат необходимите мерки, които те трябва да изпълняват в отговор на резултатите от скрининга, то очакваните резултати за пациентите също няма да бъдат постигнати. В бъдеще трябва да бъдат положени усилия за идентифицирането на оптималните подходи в практиката за прилагане на скрининг за дистрес с цел постигане на възможно най-добрите резултати.^{189,192}

Дистресът представлява значим здравен проблем и все още остава неразпознат и непризнат в много онкологични центрове. Скринингът за дистрес се препоръчва като стратегия, която да улесни идентифицирането на пациентите и да създаде подходящи условия за бъдещи интервенции. Проблем остават големите нужди от съгласувани и последователни действия на всички здравни специалисти, а също така и администрацията при внедряване на скрининга в рутинната практика.¹⁸⁹

Безспорно диагнозата рак, може да доведе до сериозни сътресения в живота на човек. В хода на лечението, хората с диагноза рак могат да страдат от огромен физически и емоционален дистрес.^{193,194} Данните от научните проучвания показват, че около 30% от

хората с рак ще развият тревожност или нарушения на настроението.¹⁹⁵ Изследване, което разглежда световни проучвания на психичното здраве (World Mental Health Surveys) от 13 страни, установява, че честотата на разпространение на тревожните разстройства и разстройствата на настроението през даден период е по-висока при пациенти с рак (18%) в сравнение с хора, които не са имали рак (13%).¹⁹⁶ Подходящото лечение на психичните разстройства при пациенти с рак може да повлияе на хода на заболяването,¹⁹⁷ продължителността на болничния престой,¹⁹⁸ придържането към лечението и ефикасността, удовлетвореността от лечението¹⁹⁹ и евентуално прогнозата и качество на живот.^{200,201} Няколко проучвания обаче идентифицират различия в лечението на пациенти с рак, когато става въпрос за тяхното психично здраве.^{193,195} „Липсата на лечение“ (treatment gap) се среща при хората с рак, които имат съпътстващи нелекувани психични разстройства. Тази „липса на лечение“ е широко разпространена в страните с висок и нисък среден доход, като 40% от пациентите отговарят на този критерий.¹⁹⁵ Нелекуваните съпътстващи заболявания могат да имат силно отрицателен ефект върху хода на заболяването и върху качеството на живот на пациентите.^{118,202}

Навременната и точна диагноза на психичните разстройства е основата за лечение на психичното здраве и е от решаващо значение за увеличаване на използването на интервенции при необходимост и намаляване на т. нар. „липсата на лечение“ (treatment gap). Скринингът за дистрес на психичното здраве е толкова важен, че е препоръчан като стандартна грижа от няколко организации, включително NCCN и American College of Surgeons.²⁰³⁻²⁰⁵ Въпреки тези препоръки и наличието на надеждни инструменти за измерване на дистрес, изследванията показват, че здравните професионалисти често не разпознават нарушенията на психичното здраве при пациенти с рак.²⁰⁶⁻²⁰⁸ Способността на здравните професионалисти за точно откриване на емоционален дистрес при пациенти с рак е лоша.^{113,208} В проучване проведено от Söllner et al. (2001), се установява, че само 30% от пациентите с рак, които са били в тежък дистрес, са били идентифицирани от техните онколози, че изпитват проблеми с психичното здраве. Въпреки че разпознаването на емоционален дистрес може да бъде възпрепятствано от нежеланието на пациентите да разкриват подобни оплаквания, здравните специалисти често не са склонни да изследват адекватно тези области.^{209,210} Анализът показва, че дистреса при пациенти с рак е често срещано и точното идентифициране на този дистрес е от решаващо значение за подобряване качеството на живот на пациентите и техните семейства. Онкологичните сестри поради честите и по-продължителни контакти с пациентите и техните семейства

играят важна роля при идентифициране на дистрес.^{211,212} Musiello et al. (2017) пилотно тества рутинен скрининг от психолог и медицинска сестра в амбулаторна онкологична клиника. Използвайки "термометъра за дистрес" (Distress Thermometer), се установява, че медицинските сестри прекарват повече време в разговори с пациентите за резултатите от скрининга и са по-склонни да направят препоръки към съответните служби, отколкото психолозите.²¹³

Въпреки централна роля за потенциално идентифициране на дистрес, някои изследвания показват, че подобно на други здравни професионалисти, онкологичните сестри като цяло често не откриват точно психичното страдание на пациентите.^{207,214,215} McDonald et al. (1999) посочва, че медицинските сестри са били в състояние да идентифицират правилно клиничната депресия при пациенти с рак само в 29% от случаите, когато депресията е била лека, и едва в 14%, когато депресията е била тежка. Медицинските сестри са склонни да подценяват нивото на депресия при своите пациенти, особено за тези, които страдат от тежка депресия. Разпознаването на психологическите нужди на пациентите от медицинските сестри е лошо.^{148,195}

Способността за разпознаването на дистрес при пациентите с онкологични заболявания е оценена от професионалистите по здравни грижи, като недостатъчна.^{214,216} Липсата на достатъчно знания и умения е предпоставка медицинските сестри да са неуверени при извършване на психосоциална преценка на пациенти.²¹⁶

Барьерите пред онкологичните медицински сестри при идентифициране на дистрес при пациенти с рак включват липса на време и ресурси, липса на знания и липса на уединение, за да се разговаря с пациента за потенциалния им дистрес.²¹⁷⁻²¹⁹

Медицинските сестри разчитат на редица показатели за оценка на емоционалния дистрес. Те включват емоционални показатели, като симптоми на тежко депресивно разстройство, гняв и раздразнение, безпокойство или страх и отричане или деперсонализация. Поведенческите показатели включват плач, външен вид и социална изолация. Показателите за психично страдание се посочват директно от пациентите или техните болногледачи.¹¹⁸

Съществуващите бариери пред идентифицирането на дистрес при пациенти, прикриващи дистрес са липсата на обучение на медицинските сестри и ограниченията във времето. Тези обективни показатели помагат да илюстрират способностите на

медицинските сестри да описват правилно индикаторите за дистрес. Симптомите на тежко депресивно разстройство (лош апетит, апатия, сънливост, привидно депресирани) са подходящи „симптоми“ за проследяване при пациенти с рак. Други показатели, като плач, външен вид, гняв и социална изолация, са по-неясни и могат или не могат да идентифицират емоционален дистрес при пациентите. Идентифицирането на посочените показатели подсказва, че онкологичните сестри са силно загрижени към емоционалното и физическото състояние на пациентите и разчитат на редица сигнали, които да им помогнат да преценят дали пациентът е в дистрес. Провеждането на изследване с помощта на ясни диагностични въпроси осигурява по-надеждна диагностична информация и намалява грешките.^{75,220}

Директното задаване на въпроси на пациентите е един ефективен начин за оценка на дистрес, но той е ограничен по обхват, особено когато се прилага по непоследователен и неструктуриран начин. Някои пациенти не са склонни да отговорят на лични въпроси. Разпитването на пациентите за определяне нивата на дистреса може да възпрепятства точната оценка на емоционалното им състояние.¹¹⁸

Затрудненията пред идентифицирането на дистрес, включително липсата на обучение и разбирането, че пациентите прикриват дистреса си, също могат да бъдат преодолени. Обучението в ефективни комуникативни умения при онкологичните сестри е предпоставка за откриване на психично страдание при пациенти. Медицинските сестри, преминали обучение за комуникативни умения, са по-способни да открият дистрес при новодиагностицирани пациенти с рак в сравнение с тези, които не са провеждали обучение.^{95,221-223}

Информацията за наличие на онкологично заболяване води до промени в живота на пациента и повишава нивата му на стрес. Скринингът за дистрес на психичното здраве е препоръчан като стандартна грижа от различни организации. Въпреки тези препоръки и наличието на надеждни инструменти за измерване на дистрес, здравните професионалисти често не разпознават нарушенията на психичното здраве при пациенти с рак. Барьерите пред онкологичните медицински сестри при идентифициране на дистрес при пациенти с рак включват липса на знания, възможности за разговор с пациента, липса на време и ресурси, което допълнително ги прави неуверени при извършване на психосоциална преценка за пациентите. Най-често използвани показатели за преценка на емоционалния статус на пациента са свързани с гняв и раздразнение, безпокойство или

страх и отричане, деперсонализация и др. Надежен метод за оценка на дистреса са различни стандартизирани въпросници, които ще покажат емоционалния статус при всеки пациент и ще подпомогнат ефективността на сестринските грижи.

Комуникацията с пациента и разбирането на нуждите му е неизменна част от ежедневната работа на специалистите по здравни грижи.^{15,95}

Дистресът е резултат от реакцията на психиката към поставената диагноза и към различните стресогенни фактори в хода на онкологичното заболяване. NCCN (National Comprehensive Cancer Network) избира термина дистрес като най-удачен, тъй като той се оказва по приемлив за пациентите и се избягват стигматизиращи понятия като психиатричен, психо-социален и емоционален.⁹⁸ Немалък брой от пациентите развиват клинично значими нива на дистрес, поради което ранното откриване и лечение са от изключително значение.²²⁴ Идентифицирането на дистреса е първата стъпка от разработването на план за терапевтичното му повлияване.²²⁵

В повечето здравни заведения се разчита на лекуващия лекар или специално назначени психолози да идентифицира пациентите с високи нива на дистрес, но поради ограничен ресурс на време не винаги това се постига. Тук медицинските сестри играят ключова роля. Те са в уникалната позиция да направят разлика в скрининга и управлението на страданието, което пациентите често преживяват, но може и да не докладват. При всяко посещение сестрите имат по пряк контакт с пациента и получават повече информация от лекаря. Следователно медицинските сестри са на преден план за задаване на въпроси свързани с пациента относно симптомите на дистрес (нарушения в съня, хранителни разстройства, умора, чувство на безнадеждност, тревожност, гняв и други). За да идентифицират дистреса онкологичните сестри е нужно да го познават. Важно е да се проучи мнението на медицинските специалисти работещи с онкологично болни, за да се изясни разбирането за състоянието дистрес при тези пациенти и как може той да се повлияе положително, с оглед подобряване качеството на живот, гарантирани от стандарт по здравни грижи.²²⁶

* * *

На базата на направения литературен обзор, позовавайки се на различни източници и мнения, можем да направим следните обобщения:

Всеки пациент, диагностициран с онкологично заболяване преживява в различна степен дистрес, зависещ от редица фактори, като пол, възраст, стадий на заболяването и др. Дистресът е динамичен, неговото ниво се променя в хода на заболяването. Определя се, като рисков фактор, негативно влияещ върху пациента и протичането на заболяването. Членовете на семейството на пациенти, които са диагностицирани с онкологично заболяване също са засегнати от дистрес.

Ранният скрининг и ранното идентифициране на рисковите групи подобрява медицинското лечение. По-малко от половината онкологични пациенти с дистрес са идентифицирани адекватно и насочени към подходяща терапия. Дистресът представлява значим здравен проблем и все още остава неразпознат и непризнат в много онкологични центрове.

Медицинските сестри имат съществена роля в оценката за дистрес тъй като професионалните им компетенции включват задълбочена оценка на нуждите на пациентите, улесняване на процеса на непрекъснатост на грижите както и участие при вземането на решения, свързани с болните. Оценката на дистрес при онкологично болните и връзката между нивото му и проблемите в следствие на онкологичното заболяване водят до положителен ефект върху комуникацията между пациент и медицинска сестра, до по-ясно разбиране на психосоциалните нужди, а от там и до по-голяма удовлетвореност на пациентите. Без специалистите по здравни грижи да предприемат необходимите мерки, в отговор на резултатите от скрининга, то очакваните резултати за пациентите също няма да бъдат постигнати. Положените усилия за идентифицирането на оптималните подходи в практиката за прилагане на скрининг за дистрес целят постигане на възможно най-добрите резултати за пациента.

Оценката за нивото на дистрес ще подпомогне медицинската сестра да идентифицира рисковите пациенти и ще създаде подходящи условия за бъдещи действия при реализиране на плана за грижи.

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 проучени.

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 пациенти 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.

ГЛАВА ВТОРА

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, местоживееене, семейно положение, изповядвана религия, етническа принадлежност, образование, локализация на първичния тумор, стадий на заболяването и пърформанс 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, местоживееене, 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 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);

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 отделението (първи етап на проучването);

Изключващи критерии за пациентите:

- Не попълнили анкетна карта **за оценка на проблемите** при първи прием в отделението (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 на провеждане	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	Февруари 2019г. – 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 2019г. – юли 2019г.

<p>ЕТАП III</p>	<p>Набиране на участници в проучването до достигане на целевата бройка (пациенти и членове на семейството им)</p> <p>Провеждане на същинско проучване на респондентите.</p> <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 подходи.</p>	<p>Общоболнична комисия; Онкологична комисия по химиотерапия; Информирано съгласие „Дистрес термометър“ за събиране на информация от пациента;</p> <p>Анкетна карта за оценка на проблемите на пациента; Чек лист за наблюдение на поведенческите реакции на пациента; „Дистрес термометър“ за събиране информация от близките на пациента;</p> <p>Въпросник за провеждане на интервю „лице в лице“</p> <p>SPSS v 23 Microsoft Excel</p>	<p>Клиника по медицинска онкология към УМБАЛ "Св. Марина" - Варна</p>	<p>Юли 2019г.</p> <p>–</p> <p>Септември 2022г.</p>
<p>ЕТАП IV</p>	<p>Обработка и анализ на получените данни чрез подбраните 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 Microsoft Excel</p>	<p>Клиника по медицинска онкология към УМБАЛ "Св. Марина" - Варна</p>	<p>Септември 2021г.</p> <p>–</p> <p>Декември 2022г.</p>

2.3 Методи на проучването

Целта на настоящото проучване наложи използването на разнообразни методи:

Документален метод – анализирани са международни и национални литературни източници; 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.

Социологически методи:

- **Анкетно проучване** за събиране, обобщаване и анализиране на информация 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. Чек листа, обхваща целият период на хоспитализация – от момента в които пациентите постъпват за прием в клиниката, по време на престоя си в стационара до деня на дехоспитализацията им. Разработеният Чек лист цели да разкрие и допълни психо-емоционалния статус при всеки пациент. Чек листът съдържа 30 наблюдавани реакции групирани в 3 раздела (всеки по 10) в зависимост от периода на наблюдаваните вербални и невербални поведенчески реакции при онкологично болните.

Методи за статистическа обработка на данните: Методи за статистическа обработка на данните и интерпретация на резултатите:

- **Метод на статистическа групировка на данните** – подреждане на признаците според вида си във вариационни, интервални, категорийни, степенни и динамични статистически редове.
- **Графичен метод** – използване на линейни и плоскостни графични изображения, кръгови и кръгово-секторни диаграми, стереограми и символни диаграми.
- **Непараметрични анализи** – за оценка на категорийните признаци - критерий χ^2 (хи-квадрат) по Pearson. За сравненията по пол и възрастови групи - Mann-Whitney и Kruskal-Wallis непараметрични тестове.
- **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 (ANOVA) анализ на варибилността.

2.4 Инструментариум на проучването

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

- **„Дистрес термометър“ за събиране на информация от пациента**, чрез стандартен инструмент на NCCN (*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. Пациентът 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. Преди попълването на Дистрес термометъра е разяснено на всички участници какво означава понятието „дистрес“, разликата между състоянието на стрес и дистрес.

Оценката на дистреса сред пациентите се проведе в два етапа.

- ✓ **Първи етап** - За определяне на изходното ниво на дистрес (в началото на химиотерапия – неoadювантна, адювантна 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. Оценката на резултатите от Чек листа ще покажат емоционалния статус при всеки пациент и ще подпомогне професионалната дейност на медицинската сестра при оказване на ефективни онкологични грижи. Чек листа позволява бързо и лесно да се идентифицират основните емоционални реакции на пациента и ще подпомогне периода на адаптация, не само към болничната среда, но и към прилаганото лечение.

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). 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.

ГЛАВА ТРЕТА

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

3.1. Характеристика на изследваните групи

3.1.1. Социално-демографски и клиничко-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%) (Таблица 2).

За да се разбере дали пациента е в подходящо за терапия състояние се изисква използването на стандартизирани критерии за измерване на това, как болестта влияе на ежедневните способности на пациента (известни още и като performance status-PS). Пациентите са в добро общо състояние, което е оценено според скалата ECOG – пърформанс статус (PS). Скалата описва нивото на дейност на пациента по отношение на способността му да се грижи за себе си, ежедневната му активност и физическите му способности (ходене, самообгрижване, работа и т.н.). Според скалата с PS-0 се оценяват пациенти с нормална физическа активност, които са способни да поддържат всички показатели преди заболяването без ограничения, а с PS-1 са онкоболните, при които има наличие на симптоматика, но са на свободен режим и могат да извършват лека работа у дома или на работа. 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%) (Таблица 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%) (Таблица 2).

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%) (Таблица 2).

Таблица 2. Разпределение на пациентите според общо състояние, стадий на заболяването и социално - икономическите фактори

характеристика	брой	%
Пол		
мъж	168	45.0
жена	205	55.0
Скалата ECOG – пърформанс статус (PS)		
PS 0	173	46.2
PS 1	201	53.8
Стадий на заболяване		
II и III стадий	224	59.9
IV стадий	150	40.1
Семейно положение		
несемеен	24	6.4
семеен	259	69.2
вдовец	53	14.2
разведен	38	10.2
Етническа принадлежност		
българска	349	93.3
турска	25	6.7

Религиозна принадлежност		
атеист	40	10.7
християнин	285	76.2
мюсюлманин	23	6.1
неуточнен	26	7.0
Образователна степен		
основно	63	16.8
средно	203	54.3
висше	108	28.9

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, ретроперитониален сарком, мезотелиом на плевра, хранопровод, уретра, тонзила, перитунеум, жлъчни пътища) са 24.9% (n=93) от общия дял на анкетираните (Таблица 3).

Таблица 3. *Разпределение на пациентите според локализацията на тумора (брой, %).*

Локализация	брой, %
Бял дроб	n=86, 22.9%
Рак на гърда	n=99, 26.5%
Колоректален карцином	n=96, 26.7%
Други (20 различни локализации)	n=93, 24.9%

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%) (Таблица 4).

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%), разведените (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%) (Таблица 4).

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%) (Таблица 4).

Таблица 4. Разпределение на близките според социално - икономическите фактори

характеристика	брой	%
Пол		
мъж	89	44.5
жена	111	55.5
Семейно положение		
несемеен	52	26.0

	семеен	140	70.0
	вдовец	3	1.5
	разведен	5	2.5
Местожителство			
	Варна	97	48.5
	извън Варна	103	51.5
Етническа принадлежност			
	българска	184	92.0
	турска	16	8.0
Религиозна принадлежност			
	атеист	15	7.5
	християнин	146	73.0
	мюсюлманин	12	6.0
	неуточнен	26	13.0
	няма посочен отговор	1	0.5
Образователна степен			
	основно	20	10.0
	средно/средно специално	101	50.5
	висше	79	39.5
Родствена връзка			
	майка/баща	7	3.5
	съпруг/съпруга	87	43.5
	дете	85	42.5
	брат/сестра	9	4.5
	друг далечен роднина	12	6.0

3.2 Анализ на резултатите от измерените нива на дистрес сред пациентите

На пациентите им бе предоставен „Дистрес термометър“, оценяващ нивото на дистрес, допълнен със социални и демографски характеристики. Чрез Дистрес термометърът, пациента самооценява нивото на дистрес по визуално-аналогова скала от 0 до 10. Според скалата, числото нулата (0) отговаря на най-ниското ниво на дистрес, а

числото десет (10) на най-високото. На пациентът е предложено да избере и отбележи числото, което най-добре описва степента на дистрес, която е изпитвал през изминалата седмица, включително и в деня на попълване на въпросника (дистрес термометър). Преди попълването на Дистрес термометъра е разяснено на всички участници какво означава понятието „дистрес“, разликата между състоянието на стрес и дистрес. 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. 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%) (Таблица 5).

Таблица 5. Разпределение на пациентите според отчетеното ниво на дистрес чрез дистрес термометъра (брой, %).

<i>Ниво на дистрес</i>	<i>брой, %</i>
Ниско <4	n=167, 44.7%
Високо ≥ 4	n=207, 55.3%

Нивото на самооценката на нивото на дистрес бе свързана със социодемографските показатели и пърформанс статуса. Chi square анализът на социодемографските данни показва, че няма зависимост между характеристиките възраст, пол, религия, етнос и местоживеене (отдалеченост от обслужващият онкологичен център) и нивото на дистрес, отчетено с Дистрес термометъра. 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 6).

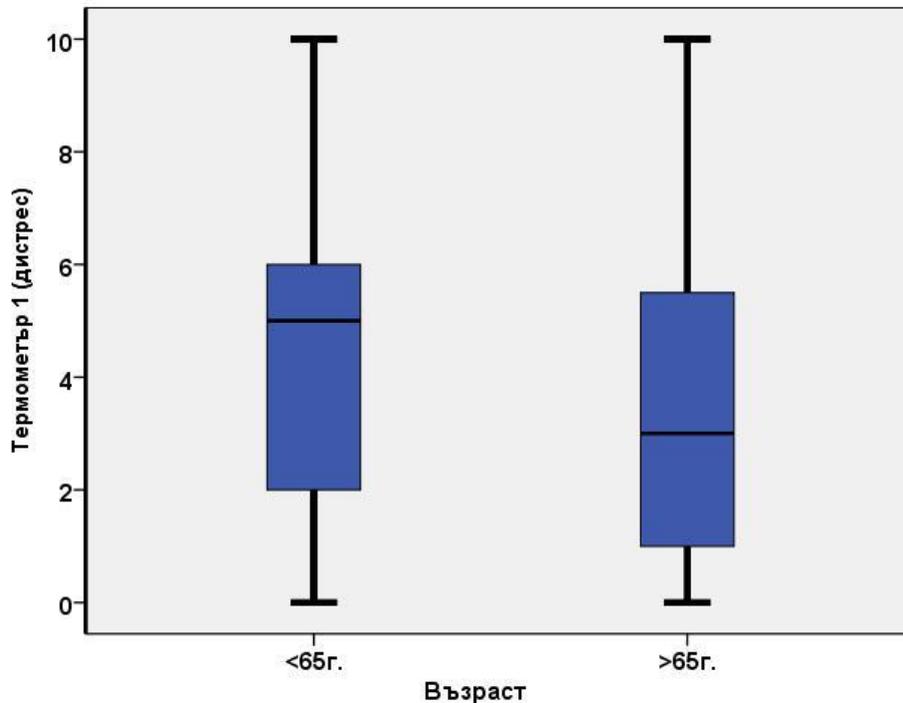
Таблица 6. Връзка между социално-демографските и клинично-патологичните характеристики и нивото на дистрес при пациентите попълнили стандартния въпросник (дистрес термометър).

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	
1	82	119	
Местоживеене(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	

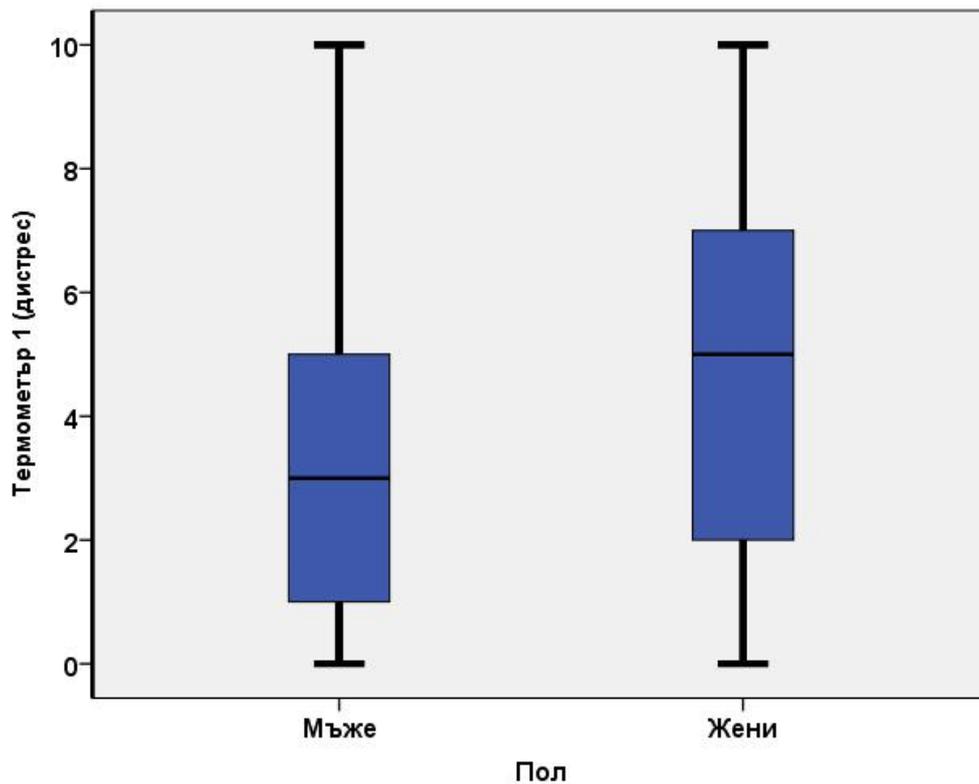
По-голямата част от пациентите са на възраст под 65 години (n=223, 60%), следвани от лицата над 65 годишна възраст (n=151, 40%). На Box plot графиката са илюстрирани нивата на дистрес при пациенти под 65г. и над 65г. На абсцисата е показана възрастта, а на ордината нивото на дистрес на пациентите. Mann-Whitney 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 4). По-възрастните пациенти диагностицирани с рак, вероятно са по-емоционално устойчиви, поради натрупания житейски опит и възможностите за справяне в кризисни ситуации. По-младите пациенти, напълно ангажирани с живота си, вероятно възприемат

заболяването си като предпоставка за несигурно бъдеще, което повишава нивата им на стрес.



Фигура 4. Нива на дистрес при пациенти, според възрастта - под 65г. и над 65г.

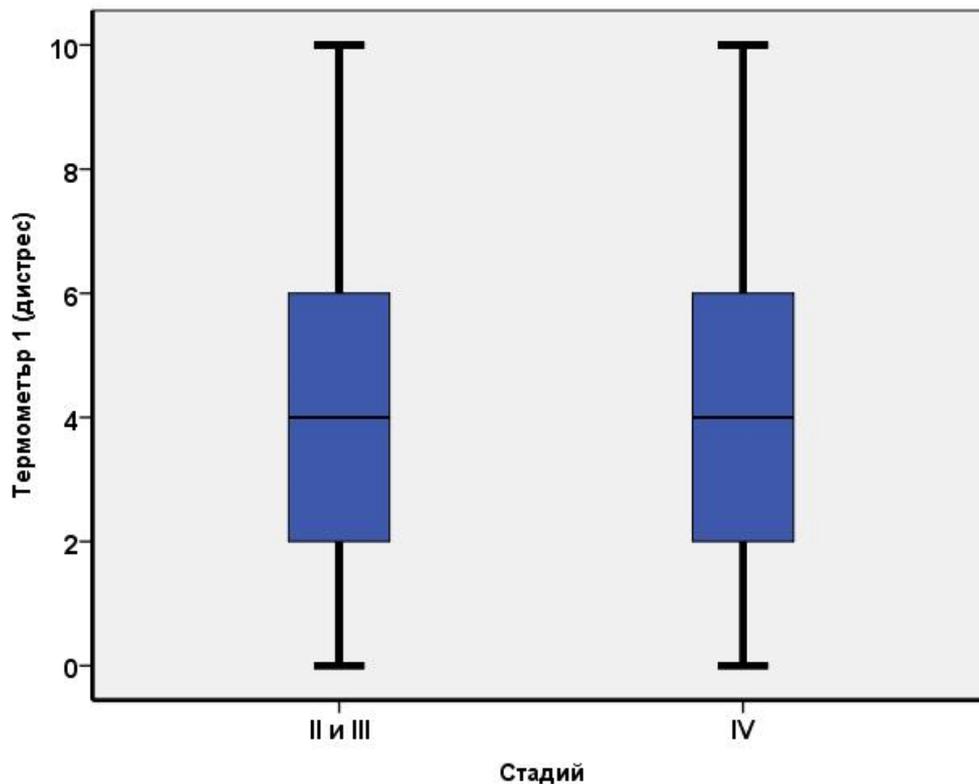
Чувството на безпокойство може да доведе до непродуктивност в личния и професионалният живот сред по-социално активните пациенти, което да повиши нивата на стрес, предпоставка за развитие на дистрес. Онкологичната медицинска сестра въз основа на компетенциите си може да насърчи пациента към промяна в поведението и да му предостави нужната информация свързана с намаляване нивото на стрес. На Фигура 5. са показани нивата на дистрес при пациенти от женски и мъжки пол, като на абсцисата е илюстриран пол на пациентите, а на ордината нивото на дистрес. Манн-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 5. Нива на дистрес при пациенти с онкологични заболявания, според пола.

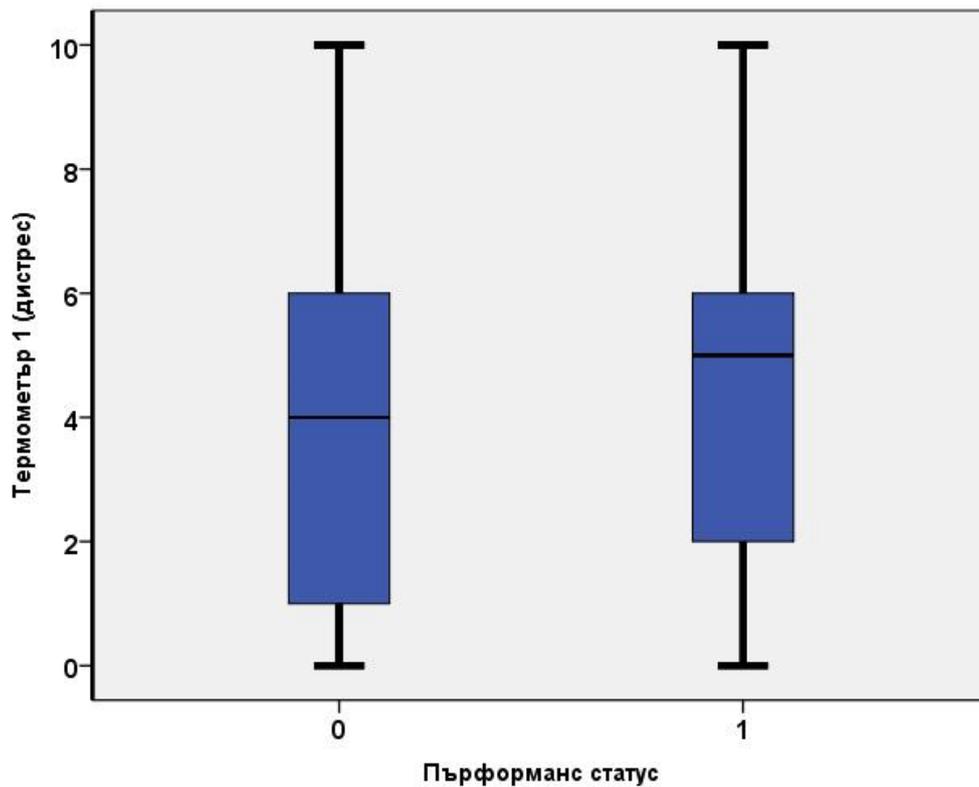
Приложението на химиотерапевтичните лекарства причинява различни странични ефекти. При пациентите от женски пол част от тези реакции, като например алопеция, са съпроводени с по-голямо емоционално страдание.

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. Диагнозата „рак“ е условие за увеличаване нивата на стрес при пациентите. 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. *На Box plot* графика е илюстрирано нивото на дистрес при пациенти в зависимост от стадия на заболяването. На абсцисата е изобразен стадий на заболяването, а на ордината нивото на дистрес на пациентите. *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 6).



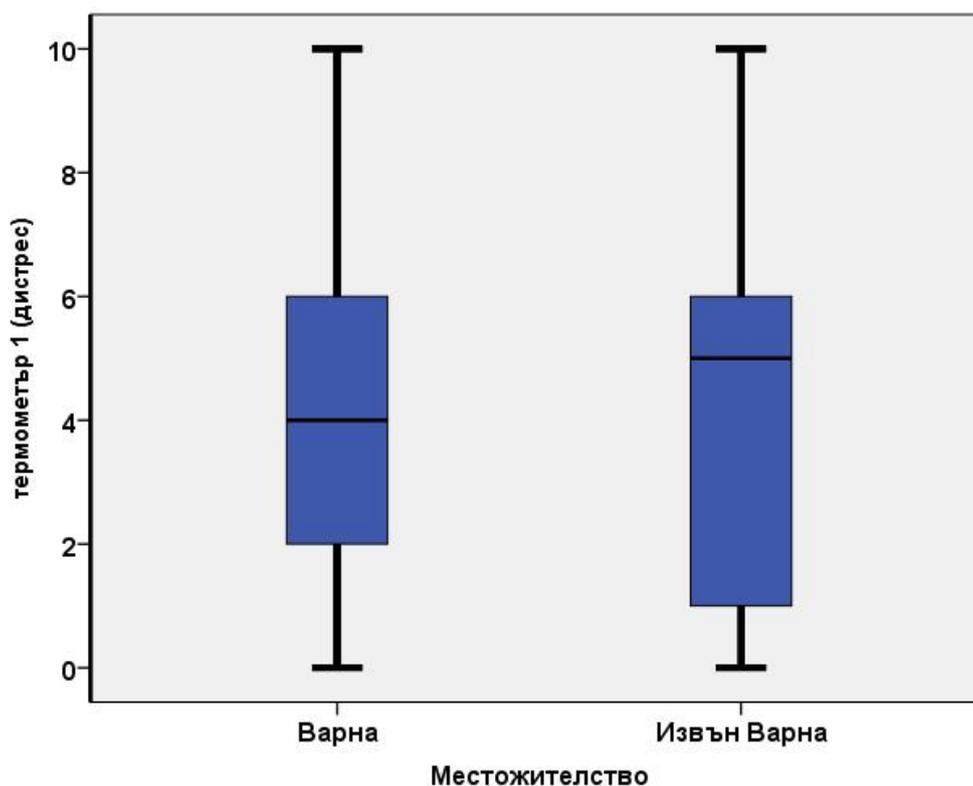
Фигура 6. Нива на дистрес при пациенти с онкологични заболявания, в зависимост от стадия на заболяването.

Намалената активност и ограниченията при извършването на определени дейности в ежедневието може да предизвика усещане за напрежение и да доведе до много високи нива на негативен стрес. Пациентите попадащи в нашето проучване са с пърформанс статус 1 и 0. Пациентите с „пърформанс статус 1“ са с ограничена активност, за разлика от тези с „пърформанс статус 0“, при които не се наблюдават двигателни ограничения. На абсцисата на Box plot графиката е изобразен пърформанс статус (PS), а на ордината нивото на дистрес на пациентите. 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 7).



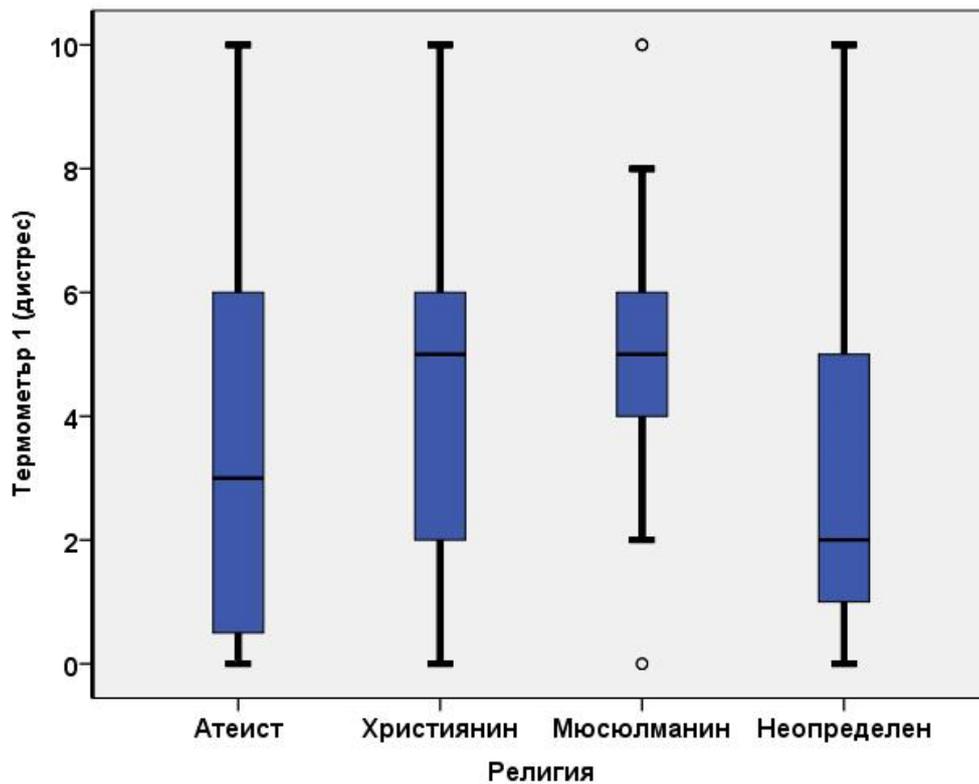
Фигура 7. Разпределение по общо състояние според скалата на ECOG на всички пациенти.

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 ($n=151$). На абсцисата на Box plot графиката е изобразено местожителството, а на ордината нивото на дистрес на пациентите. 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 8).



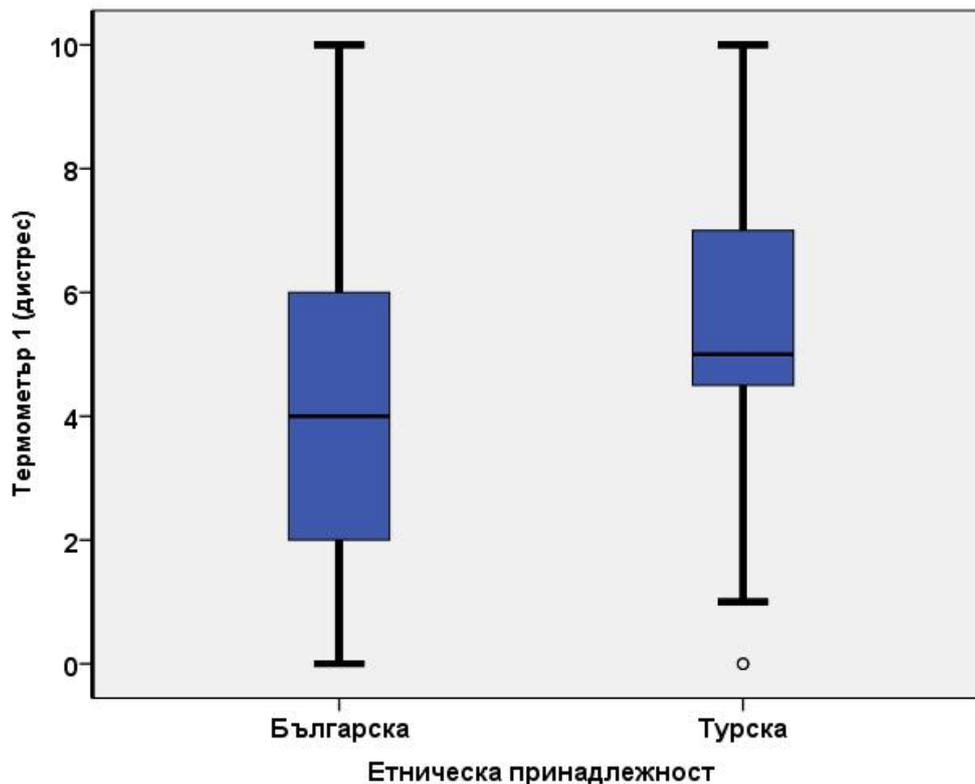
Фигура 8. Разпределение на пациентите по местоживеене.

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. На абсцисата на Фигура 9 е показано вероизповеданието на пациентите, разделено в четири групи, а на ордината нивото на дистрес на пациентите. 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 по-ниско в сравнение с това на християните (4.1 ± 3.1), мюсюлманите (4.7 ± 3.6) и атеистите (3.05 ± 2.8) (фигура 9). Религиозната вяра е състояние на увереност в постигането на цели, в настъпване на определено събитие, очакване да се осъществи онова, което е заложено в молитвеното слово. Вероятно част от пациентите използват своите религиозни и духовни ресурси, за да се опитат да се справят с болестта.



Фигура 9. 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) ($p=0.08$). На абсцисата се вижда етническата принадлежност, а на ордината нивото на дистрес на пациентите (Фигура 10).

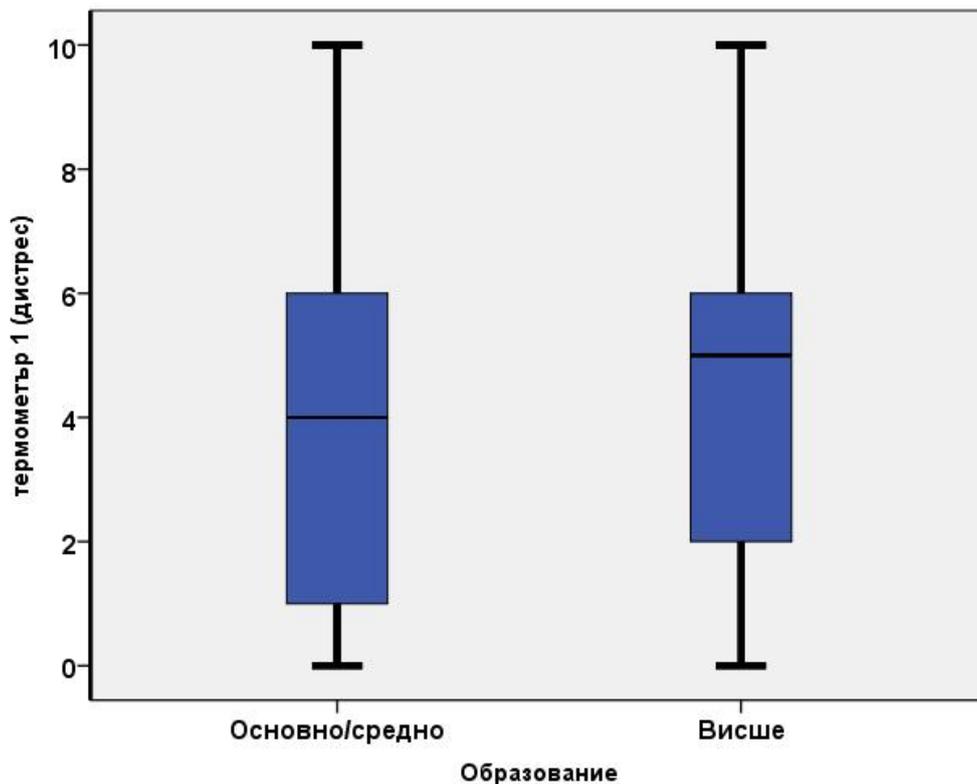


Фигура 10. Нива на дистрес при пациенти в зависимост от етноса.

Оценката на религиозната принадлежност даваща информация за степента на дистрес ще подпомогне онкологичната медицинска сестра при оказване на сестрински грижи. 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.

Жизнения опит и социалното положение формират у пациента определена ценностна система и обществена нагласа. Те са предпоставка за поведението на пациента и неговите потребности. С повишаване на образованието се повишава и информираността на пациента, повишават се знанията за ефективната и навременна медицинска грижа. 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

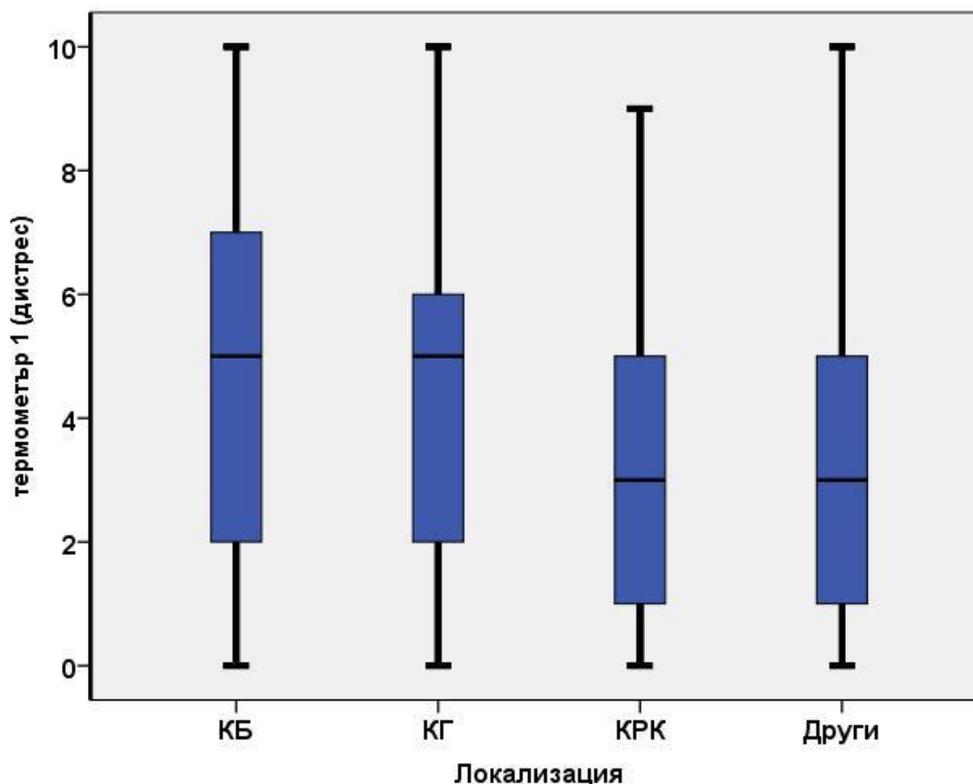
образование (3.6 ± 3.1) ($p=0.08$) На абсцисата на Box plot графиката е илюстрирано нивото на образование, а на ордината нивото на дистрес на пациентите (Фигура 11). Диагнозата „рак“, води до високи нива на дистрес, независимо от степента на образование, поради което при пациенти с по-ниска степен на образование също не трябва да се подценява нивото на стрес. Онкологичните заболявания са едни от най-стресиращите събития в живота на човек.



Фигура 11. 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. Ордината показва нивото на дистрес на пациентите (Фигура 12).



Фигура 12. 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. При несемейните пациенти се установяват по-високи нива на дистрес, в сравнение със семейните. 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 7).

Таблица 7. 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 8).

Таблица 8. 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 рейт 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

Причините, поради които близките изпитват стрес или дистрес са разнообразни. Те могат да бъдат свързани с диагнозата, хода на заболяването, недостатъчната информация за заболяването, реакция на пациента към болестта, притеснение за болния, неизвестност за хода на болестта, страха от загубата на близък, любим човек и други. Близките на пациента са съпричастни към страданието му. Определянето на основните фактори, свързани с нивата на дистрес при близките на пациента, би подпомогнало дейността на медицинската сестра и бързото ѝ ориентиране за възможни високи нива на дистрес при близките, от които се очаква грижа и съдействие.

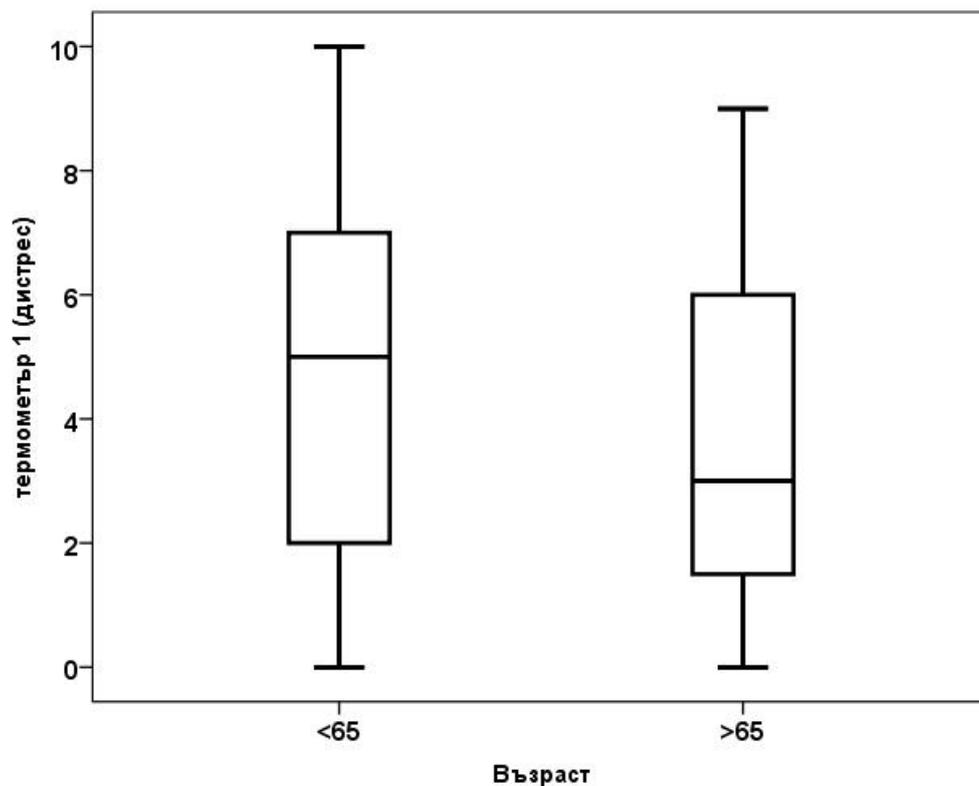
Подкрепата на пациента от неговите близките е важна част от лечебния процес. Постановянето на онкологична диагноза може да звучи като „смъртна присъда“ не само за пациента, а и за близкото му обкръжение. Близките на пациента в повечето случаи изживяват тежко мисълта за безнадежно протичащото заболяване на техния близък. Близките, също както пациента търсят съвети и подкрепа от страна на медицинския екип. В някои случаи медицинската сестра, в процеса на разговора, съветва близките в рамките на своите компетенции, за помощта и подкрепата които могат да окажат, Така близките на пациенти с онкологични заболявания стават важна част от лечебния процес. Разбирането от медицинските сестри за съпътстващите емоции у близките на пациента, би подпомогнало професионалната им дейност. Емпатийното общуване осъществявано от медицинската сестра е значимо тъй като характерът на заболяването предизвиква значителни нарушения в психиката, отрицателни емоции, чувство за безнадеждност, безсилие, объркване не само на при болния, но и при неговите близки.

За оценка на степента на дистрес сред близките също е използван Дистрес Термометър. Респективно както при пациентите, на посочения термометър роднините трябваше да избират число от визуално-аналоговата скала (линия разграфена от 0 до 10).

Нулата (0) отговаря на най-ниското ниво на дистрес, а десет (10) на най-високото. Близкия на пациента избира и отбелязва числото, което най-добре описва степента на дистрес, 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).

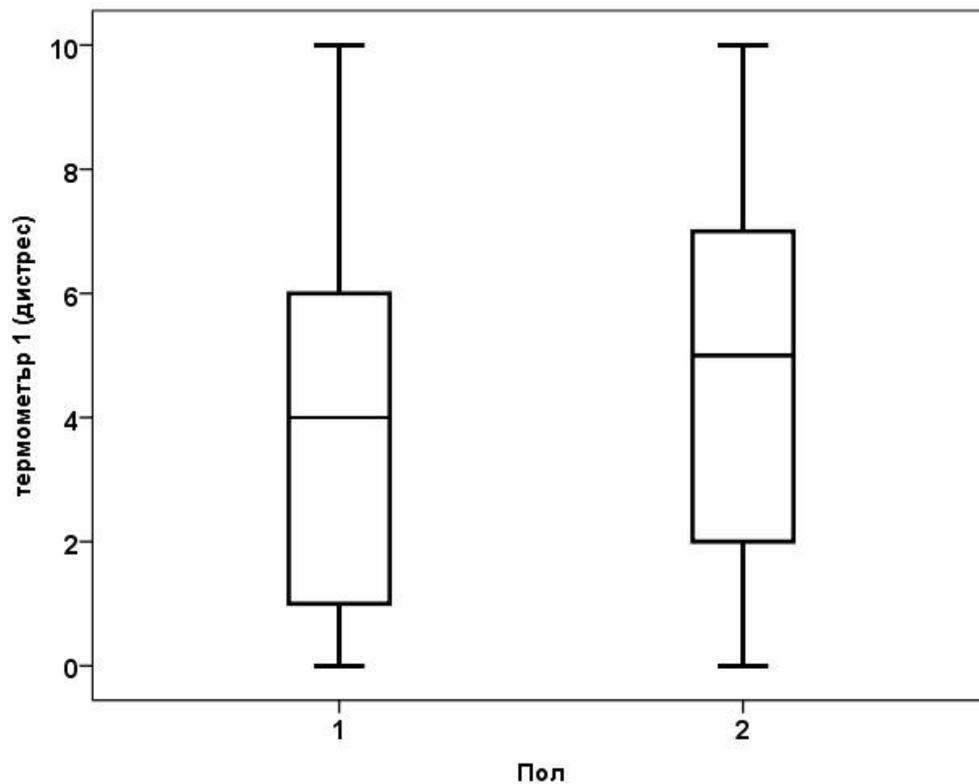
Думата рак предизвиква силни емоционални чувства не само за пациента, но и за неговите близки. Анализът на резултатите показва, че анкетираните близки с **високо ниво на дистрес** са повече (n=116, 58%) от тези с измереното ниско ниво на дистрес (n=84, 42 %).

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) (Фигура 13). На абсцисата на Box plot графиката е илюстрирана възрастта, а на ордината нивото на дистрес на близките.



Фигура 13. Нива на дистрес при близки на пациенти под 65г. и над 65г.

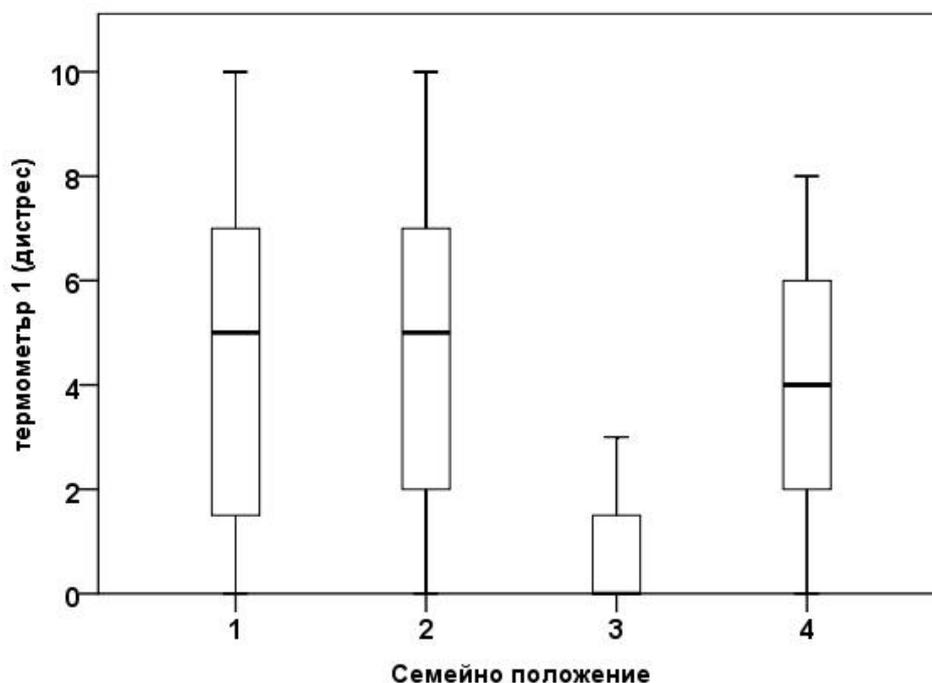
Разпределението по пол сред близките на пациента, участвали в нашето проучване, показва, **че жените преобладават** (n=111, 55.5%), в сравнение с мъжете (n=89, 44.5%). На абсцисата е представено разпределение по пол - мъжки пол (1) и женски пол (2) на роднините, а на ордината нивото на дистрес. Данните показват, че **няма разлика в нивата на дистрес** при роднините от женски пол и мъжки пол (p=0.17) (Фигура 14).



Фигура 14. Нива на дистрес при близки от женски и мъжки пол.

Анализът на семейното положение, показва че най-многобройна е групата на близките, отбелязали семейно положение „семеини“ (n=140, 70%), следвани от „несемеините“ (n=52, 26%), „разведени“ (n=5, 2.5%) и „овдовели“ (n=3, 1.5%). На абсцисата на Box plot графиката е показано семейното положение на роднините, разделено в четири групи (семеини 1, несемеини 2, разведени 3 и овдовели 4), а на ордината нивото на дистрес на близките.

Според получените резултати **няма връзката между вида на семейното положение на близките и нивото им на дистрес** (p=0.25) (Фигура 15).

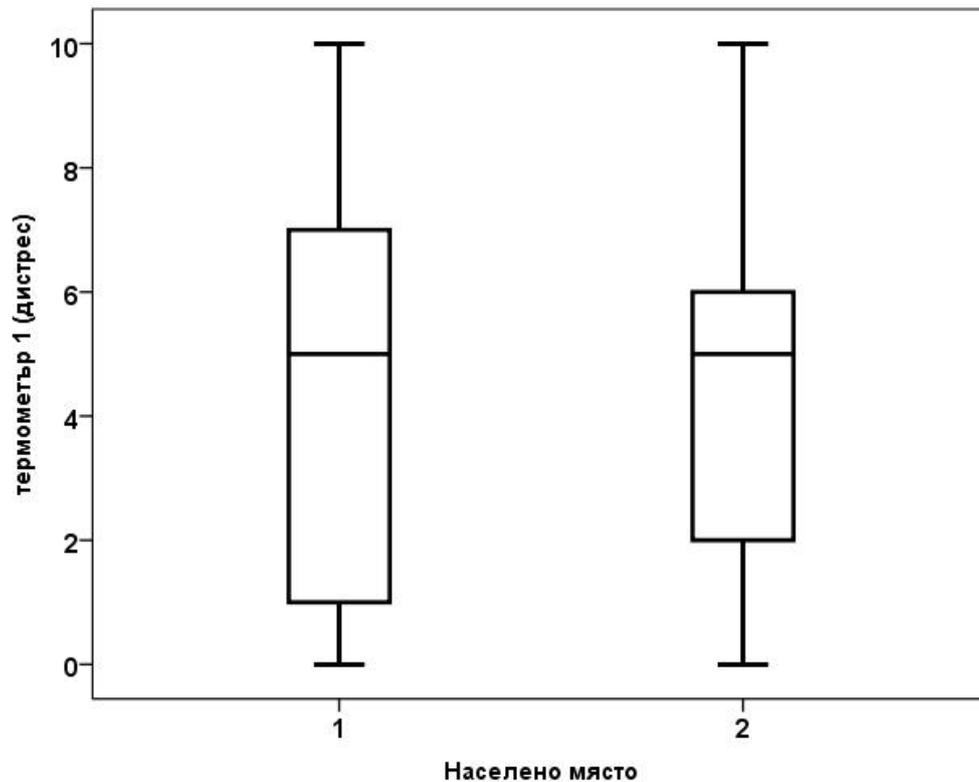


Фигура 15. Разпределение на близките според семейното положение.

Грижите за член на семейството, приятел или близък с онкологично заболяване, може да означава не само подпомагане в ежедневните дейности, но и периодичното посещение при лекуващия лекар и в онкологичния център. Значима част от професионалната дейност на медицинската сестра е да подпомага близките в координирате на различни услуги и да им предлага емоционална подкрепа. Необходимо е насърчаване и на близките на пациента да полагат грижи за себе си, за да могат активно да подпомагат лечебния процес.

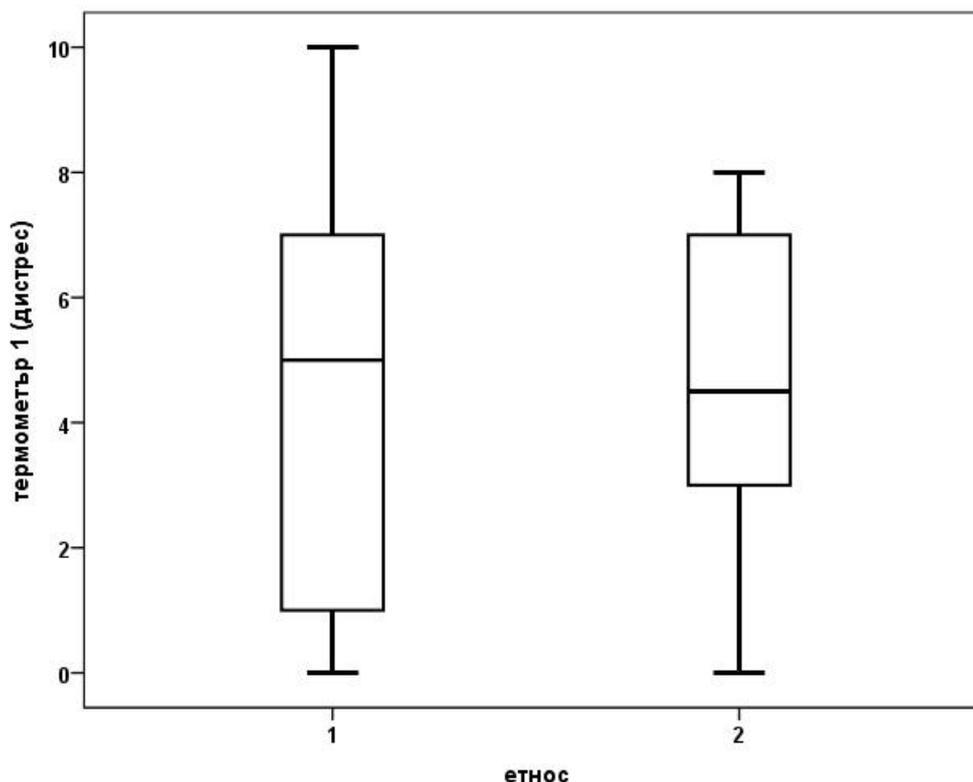
Нивото на дистрес на близките на пациентите се влияе от местоживеенето им. По-малък дял от общата група респонденти живеят в гр. Варна ($n=97$, 48.5%). Живеещите в населени места извън гр. Варна (като села, общински и областни градове) са повечето от анкетираните роднини ($n=103$, 51.5%). На абсцисата на графиката е изобразено местожителството - във Варна (1) и извън Варна (2), а на ордината нивото на дистрес на родините. 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 16). Отдалечеността от лекуващият лекар или онкологичната клиника, възможността за бърза

и адекватна помощ при необходимост, умение на семейството да се справи само с възможности причини за повишени нива на дистрес.



Фигура 16. Разпределение на близките по местоживеене.

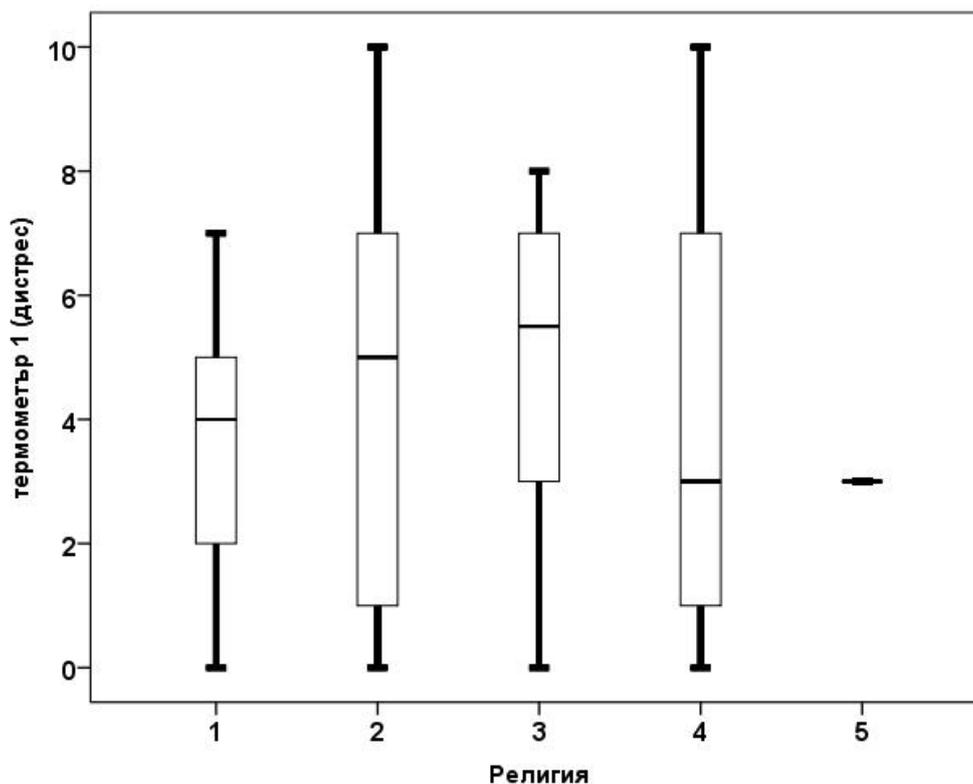
В зависимост от етноса, към който принадлежат анкетираните роднини, преобладават близките от български етнос ($n=184$, 92%), в сравнение с тези, посочващи турска етническа принадлежност ($n=16$, 8%). При анализиране на резултатите установихме, че при близките на **пациентите нивото на дистрес остава 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 ($p=0.08$) (Фигура 17). На абсцисата се вижда етническата принадлежност - български (1) и турски етнос (2), а на ордината нивото на дистрес на близките.



Фигура 17. Нива на дистрес при близките в зависимост от етноса.

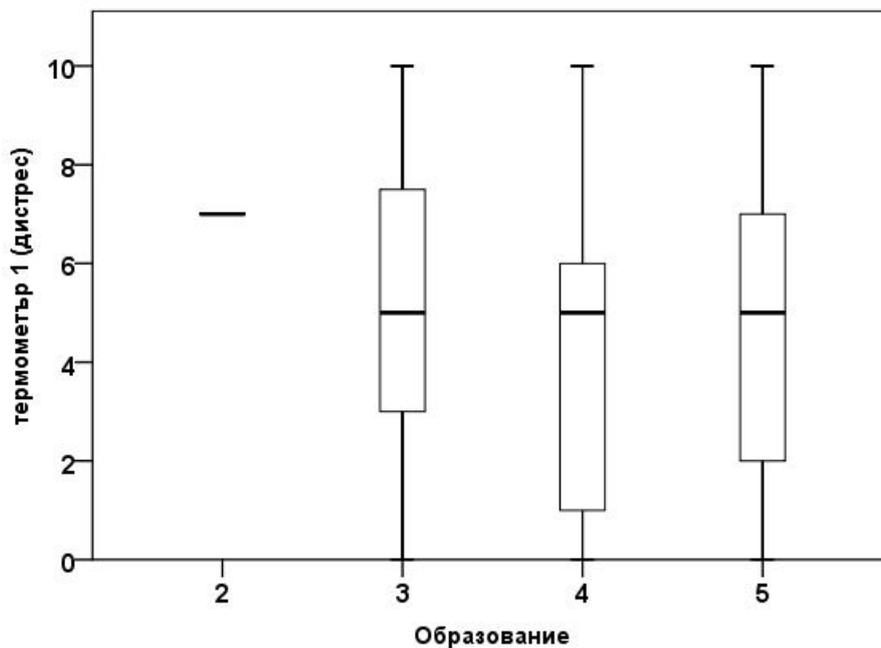
В нашето проучване преобладават близките на пациенти, с християнска религия (n=146, 73%). Не малка част от близките не могат да определят вероизповеданието си (n=26, 13%). Почти равно е разпределението на атеистите (n=15, 7.5%) и мюсюлманите (n=12, 6%) и един не е посочил отговор (n=1, 0.5%). Без значение от етноса и изповядваната религия, роднините преживяват дистрес ($p=0.58$) (Фигура 18). На абсцисата на Box plot графиката е показано вероизповеданието на роднините, разделено в пет групи /1 атеист, 2 християнин, 3 мюсюлманин, 4 неуточнен, 5 не е попълнен отговор/, а на ордината нивото на дистрес на близките.

Вероятно при някои пациенти и техните близки религията помага да се справят с тревожните мисли и стресовите ситуации, свързани с онкологичното заболяване.



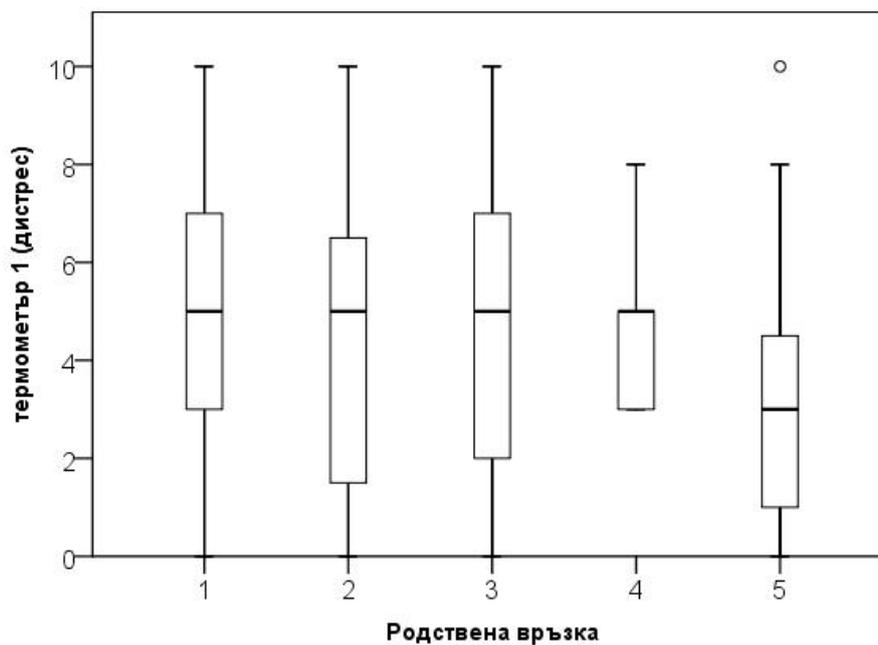
Фигура 18. Разпределение на близките според изповядваната от тях религия.

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** ($p=0.56$) (Фигура 19). На абсцисата на Box plot графиката е илюстрирано нивото на образование /2 начално, 3 основно, 4 средно, 5 висше/, а на ордината нивото на дистрес на пациентите.



Фигура 19. Разпределение на близките според образователно и квалификационно ниво.

Диагностицирането с онкологично заболяване води до промяна в начина на живот както на пациента, така и на най-близките му хора. Болестта води до промяна в някои навици, приоритети и планове за бъдещето, затова е добре за пациента и близките му, колкото е възможно, да продължат с обичайното си ежедневие, за да не вредят на психичното си здраве като се обременяват с мисли за болестта. 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. Анализирването 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 ($p=0.57$) (Фигура 20).** На абсцисата на Box plot графиката е илюстрирана родствената връзка в пет групи /1 майка/баща, 2 съпруг/а, 3 дете, 4 брат/сестра, 5 друг далечен роднина/, а на ордината нивото на дистрес на близките.



Фигура 20. Разпределение според родствената връзка с пациентите.

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 21.



Фигура 21. Оценка на необходимостта от специфични грижи и взаимодействие между медицинската сестра и пациента, основани на взаимовръзката „медицинска сестра-пациент-близки на пациента“.

Медицинските сестри, работещи в онкологичните отделения е необходимо притежават знания не само в областта на сестринските грижи за пациенти с онкологични заболявания, и но други свързани със здравно обучение и възпитание, психология, етика и др. Всички тези знания подпомагат цялостните сестрински грижи, съпроводени с емпатийно чувство, готовност за лична ангажираност, разбиране, приемане.

Здравните грижите, оказвани от онкологичната медицинска сестра не се свеждат само до безупречните манипулативни умения, знания в медикаментозната терапия, хранене и др., а са по-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.

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).

Изследваните лица трябваше да отговорят на всеки един от въпросите (отбелязвайки - „Да” или „Не”) дали през изминалата седмица, включително деня на попълване на Анкетната карта, някои от изброените фактори е представлявал проблем за тях.

- Към групата на практическите проблеми въпросите са свързани с грижи за деца, домакинска работа, застраховки и финанси, транспортиране, работа и училище.
- В групата на семейните проблеми са засегнати взаимоотношенията с децата, взаимоотношенията с партньора и взаимоотношенията с близки приятели и роднини.
- Въпросите свързани с емоционалните проблеми изискват от пациентите да отбележат дали изпитват чувство на депресия, страх, нервност, тъга, тревожност и загуба на интерес към обичайни дейности.
- Най- голяма е групата въпроси, свързани с физическите проблеми, които биха

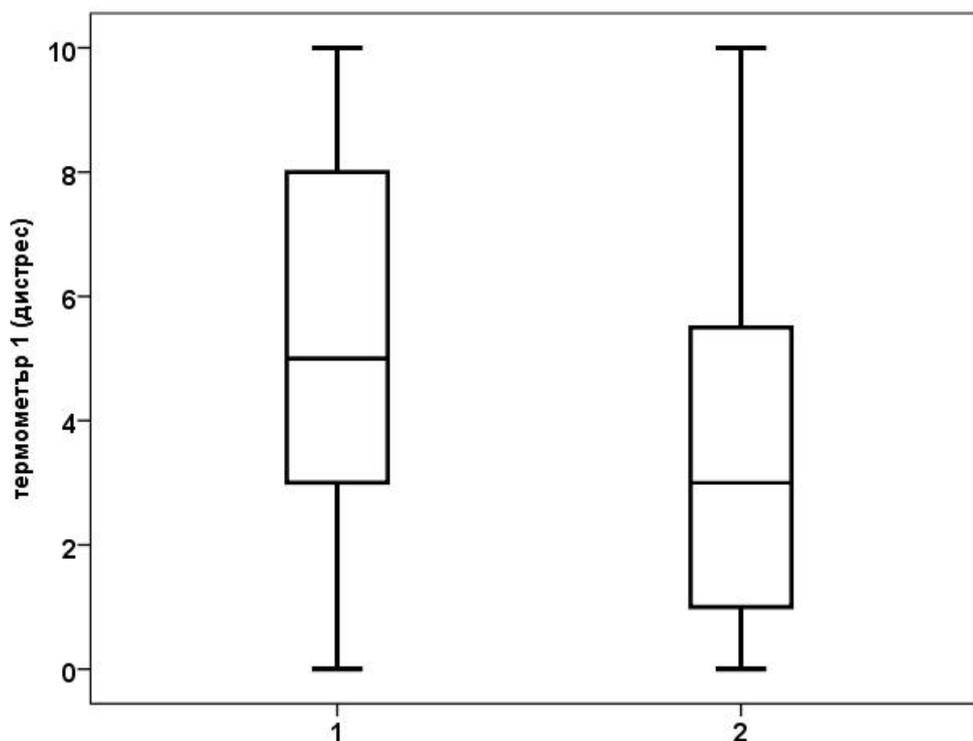
могли да изпитат онкологично болните – проблеми с външен вид, къпане/преобличане, дишане, промяна в уринирането, запек, диария, хранене, умора, усещане за подутост, висока температура/треска, разходки, храносмилане, памет/концентрация, болки в устата, гадене, сух/запушен нос, болка, сексуални проблеми, суха/сърбяща кожа, проблеми със съня и изтръпване в ръцете/краката.

3.4.1. Оценка на практически проблеми

Ежедневието на човек обичайно е съпроводено с изпълнение на редица дейности. Някои от тях са свързани с функциониране на семейството, професионална дейност, лична изява и т.н. При пациенти с онкологични заболявания също в своето ежедневие решават задачи свързани с домакинството, децата, професионалната среда и др. Основната дейност на екипа по онкологични грижи обикновено акцентира върху поддържането на живота. Този проблем е от първостепенно значение за пациентите и техните семейства. Интегрирането на оценката на социалните проблеми в онкологичната практика е предизвикателство. Част от пациентите биха могли да възприемат диагнозата и химиотерапевтичното лечение без сериозни емоционални преживявания, но има и такива, които за да приемат заболяването се нуждаят от психосоциалната и емоционална подкрепа. В онкологичните центрове често акцента се поставя върху здравната грижата, като е възможно междуличностното взаимодействие да се пренебрегне.

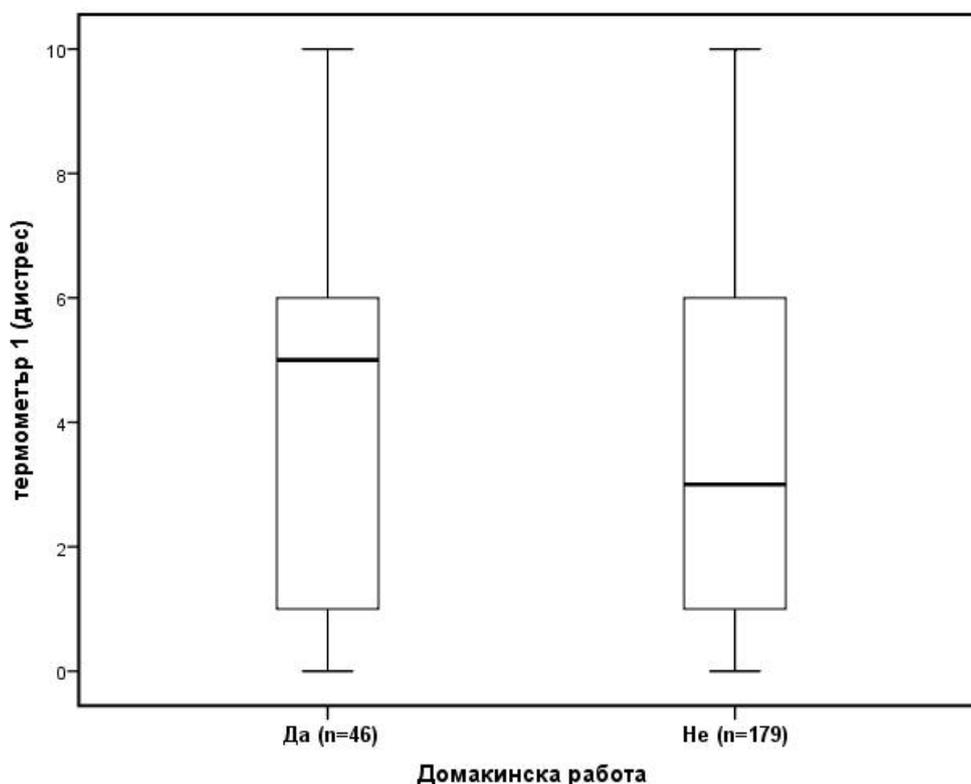
В анкетната карта към рубриката „практически проблеми“ са изброени проблеми засягащи грижи за деца, домакинска работа, застраховки/финансови проблеми, транспортиране, работа/училище.

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) (Фигура 22). На ординатата е показано нивото на дистрес, а на абсцисата пациентите отговорили с „да“ (1) или „не“ (2) на зададения въпрос.



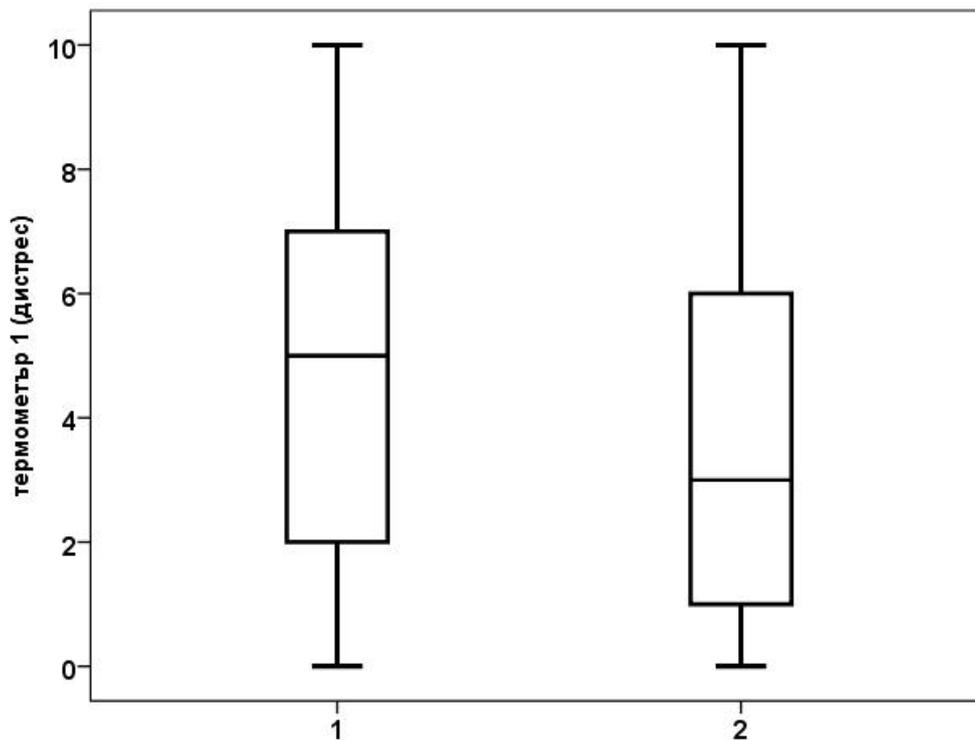
Фигура 22. Нива на дистрес в зависимост от отговора на въпрос свързан с „грижи за деца”.

Данните (чрез Mann-Whitney анализ) 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 (Фигура 23). Chi square теста **не показва връзка между демографските, клинично-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, $p=0.1$)



Фигура 23. Нива на дистрес в зависимост от отговора на въпрос свързан с „домакинска работа”.

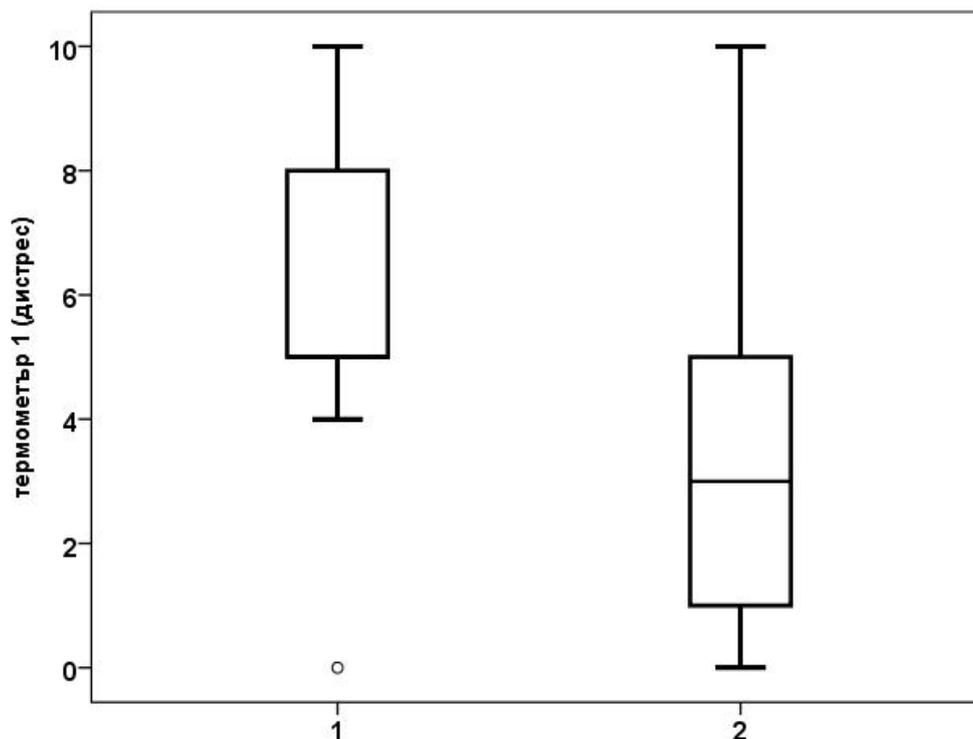
Често се случва онкологично болни да изпитват сериозни финансови проблеми, свързани с разходите за грижите им, дори и да са с непрекъснати здравноосигурителни права. Наличието на здравна застраховка може да не е достатъчно, за да защити пациентите и семействата от финансови затруднения и неблагоприятните им ефекти върху здравето. В резултат на това на някои пациенти и техните семейства им се налага да решат как да финансират част от грижите свързани с онкологичното заболяване и заедно с това да покрият разходи за основните домакински нужди, като храна, жилище и комунални услуги. 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) (Фигура 24). На ординатата на Box plot графиката е показано нивото на дистрес, а на абсцисата пациентите отговорили с „да” (1) или „не” (2) на зададения въпрос.



Фигура 24. Разпределение на пациентите според отговора на въпроса свързан със „застраховки/финанси“.

Онкологично болните и техните семейства имат и значителни немедицински разходи. Пример за такъв разход е осигуряване на транспорт до лечебни центрове. На пациентите, подложени на химиотерапевтично лечение, в някои случаи се налага да пропуснат работа, което също би могло да доведе до загуба на финансови средства. Транспортните разходи за част от болните са непосилни. В някои случаи пациенти, отказват лечение, поради невъзможност за осигуряване на средства за транспорт. По-голяма част от болните пътуват до по-големите градове за лечение, което е свързано с разход на допълнителни финансови средства, особено когато се налага това да се случва няколко пъти в месеца. Живеещите в близост до онкологичния център, в които се лекуват предпочитат да не нощуват в болницата, а да я посещават всеки ден. Отдалечеността от онкологичния център оказва своето влияние върху пациентите и техните близки. 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

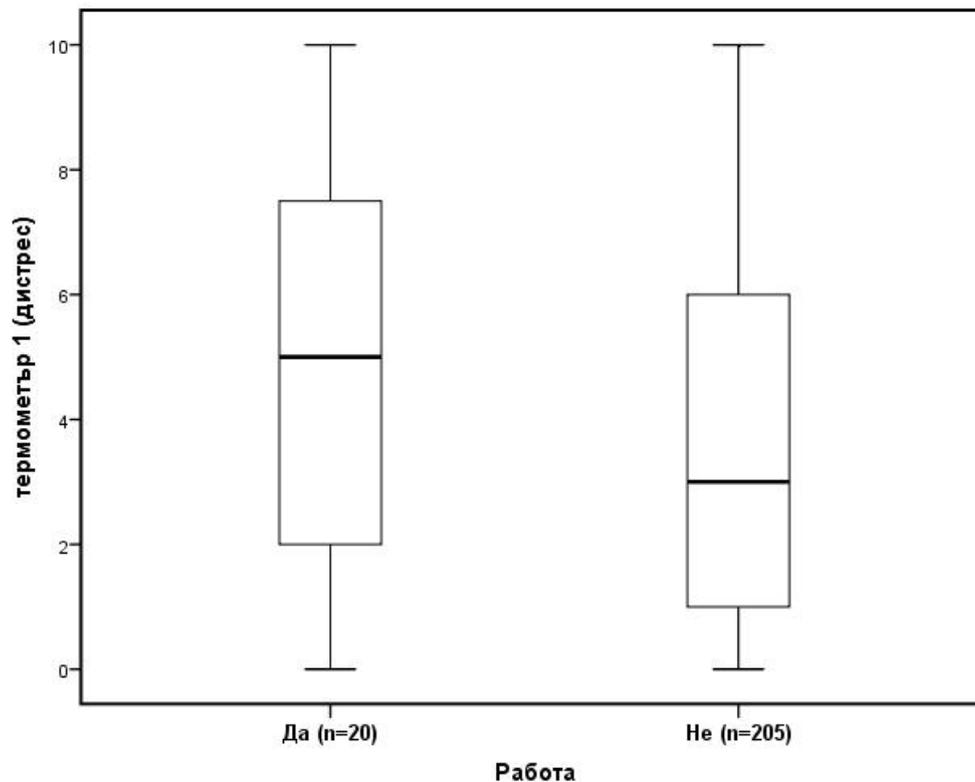
се установява сигнификантно **по-високо ниво на дистрес при пациентите, които срещат трудности с транспортирането**, за сметка на отговорилите отрицателно на зададения въпрос ($p=0.01$) (Фигура 25). На абсцисата на Box plot графиката са показани пациентите отговорили с „да” (1) и „не” (2), а на ордината нивото им на дистрес.



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

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. Пациентите трябваше да отбележат дали са изпитвали затруднения с работата/училището си през изминалата седмица. 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 26). На ординатата на Box plot графиката е показано

нивото на дистрес, а на абсцисата е броя на пациентите отговорили с „да” или „не” на зададения въпрос.



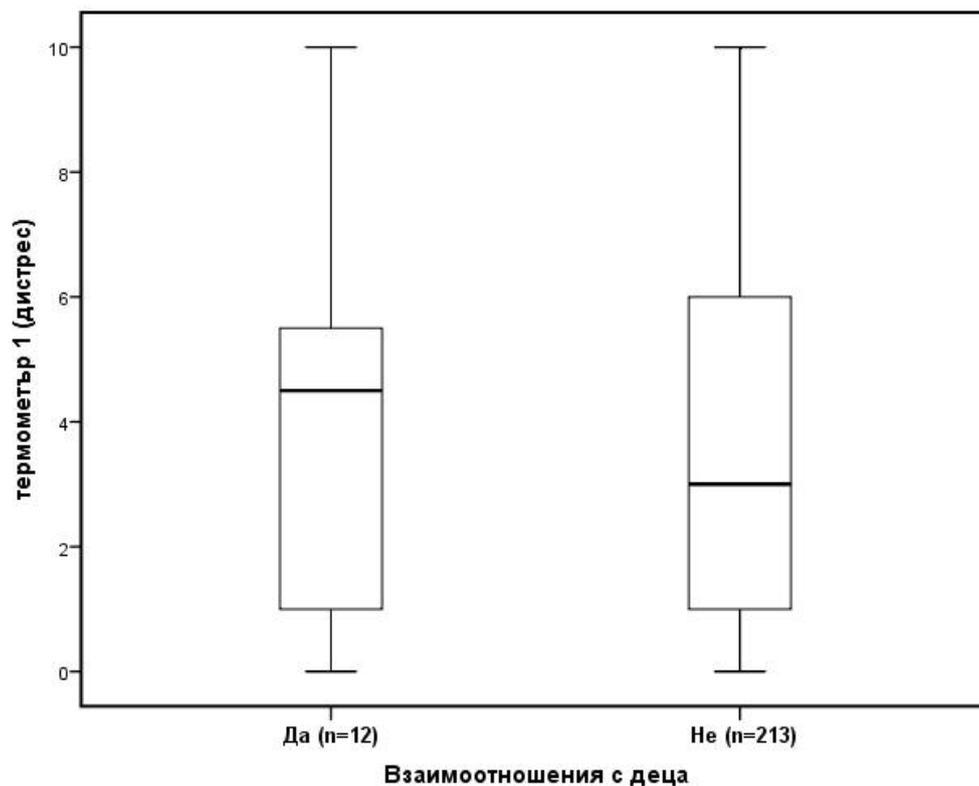
Фигура 26. Разпределение на пациентите според отговора на въпроса свързан с „работа”.

3.4.2. Оценка на семейни проблеми

В частта на въпросника свързан с проблеми от семейно естество са изброени такива, засягащи семейните взаимоотношения. Семейството може да е основният източник на обич и подкрепа, ако се поддържат открити взаимоотношения. Възникващи проблеми при взаимоотношения с децата са предпоставка за по-високи нива на дистрес. Пациентите трябваше да отбележат дали усещат проблеми във взаимоотношенията си с децата през изминалата седмица, включително до деня на попълване на въпросника. 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 27). На Box plot графиката на ординатата е показано нивото на дистрес, а на абсцисата броя на пациентите отговорили с „да” или „не”. Въпреки, че по-малка част от онкоболните посочват проблем при такъв тип взаимоотношенията, е необходимо медицинската сестра да не подценява проблема и да насочи вниманието си към тази макар и малка група от пациенти, за който взаимоотношенията с децата са влошени и представляват стресогенен фактор - независимо дали са дългосрочни или краткосрочни.

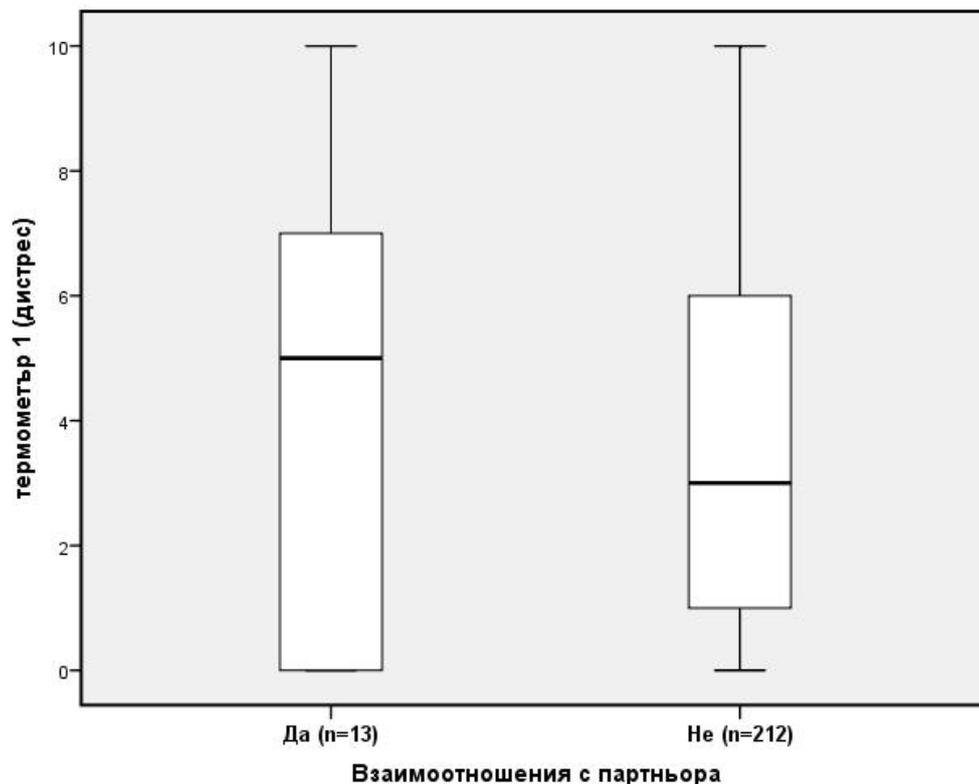
По-задълбоченият анализ на данните (чрез Chi square тест) не показва връзка между демографските, клинико-патологичните характеристики и пациентите съобщили за проблеми с взаимоотношения с децата. **Регресионния анализ не показва асоциация между високите нива на дистрес и затруднението при взаимоотношения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



Фигура 27. Разпределение на пациентите според отговора на въпроса свързан с „взаимоотношения с децата”.

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 28). На ординатата на Box plot графиката е показано нивото на дистрес, а на абсцисата броя на пациентите отговорили с „да” и броя на тези посочили „не”.

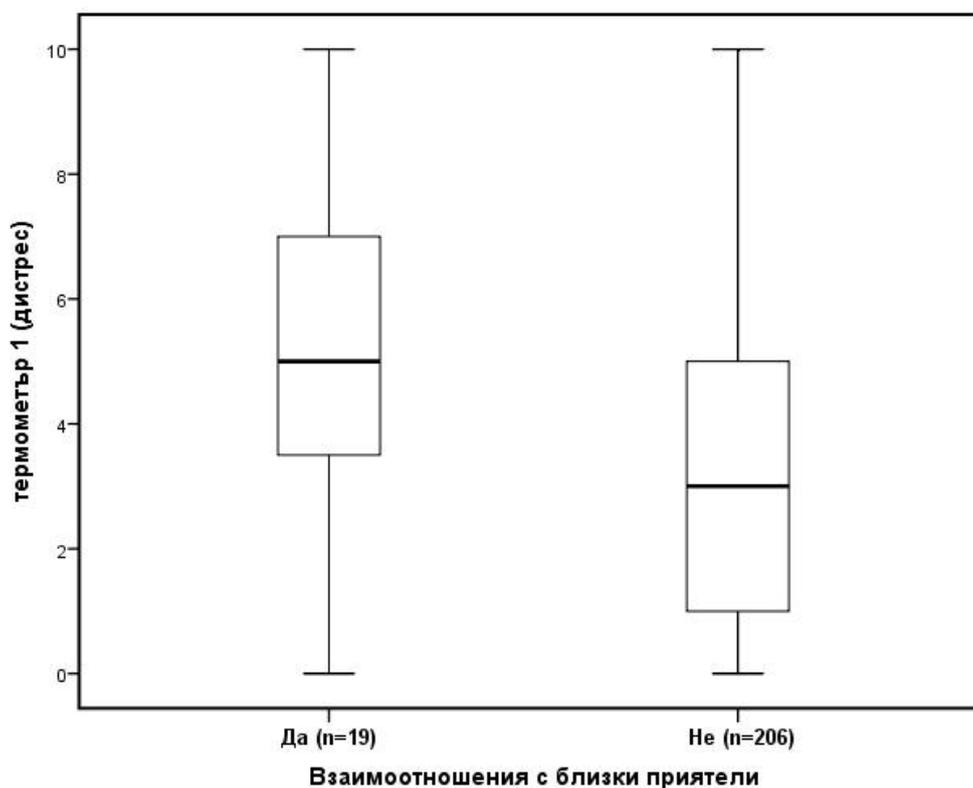
Анализирайки данните (чрез Chi square тест) не установихме връзка между демографските, клинично-патологичните характеристики и пациентите съобщили за проблеми с взаимоотношения с партньора. **Регресионния анализ не демонстрира асоциация между високите нива на дистрес и затруднението при взаимоотношения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



Фигура 28. 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 29).** На абсцисата на Vox plot графиката е показан боят на пациентите отговорили с „да” и „не”, а на ордината нивото им на дистрес. Fisher exact теста показва **тенденция за връзка между пола и пациентите съобщили за проблеми с взаимоотношения с близки приятели (p=0.051).** Медицинската сестра би следвало да насочи вниманието си към пациентите жени, съобщили за проблем във взаимоотношенията си с приятели и роднини, обсъждайки проблема с лекуващият лекар и възможността за насочване към психолог, за нужната подкрепа. 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).**

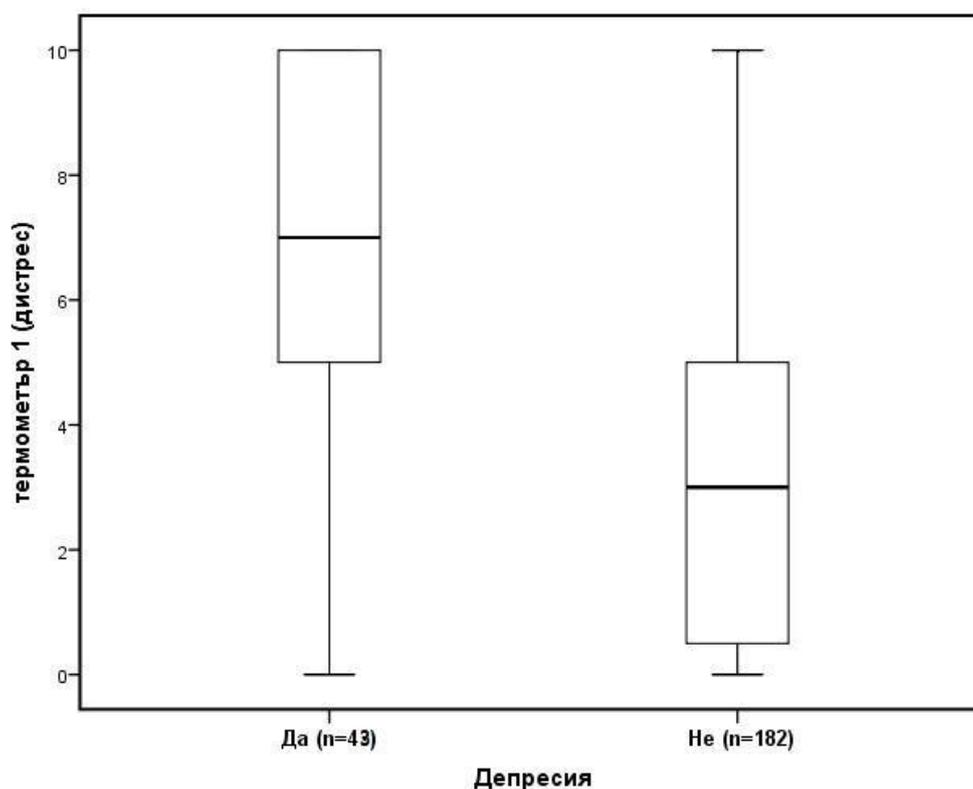


Фигура 29. Нива на дистрес при пациенти отговорили на въпроса свързан с „взаимоотношенията с близки приятели“.

3.4.3. Оценка на емоционални проблеми

В анкетната карта към общата група на емоционалните проблеми спадат – депресия, страхове, нервност, тъга, тревожност и загуба на интерес към обичайни дейности. 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 30). На абсцисата на графиката е показан боят на пациентите отговорили с „да” и „не”, а на ордината нивото им на дистрес. Въпреки, че групата на пациентите съобщили за депресия е по-малобройната те не трябва да остават игнорирани от страна на медицинската сестра. 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 взима

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, $p<0.001$).**

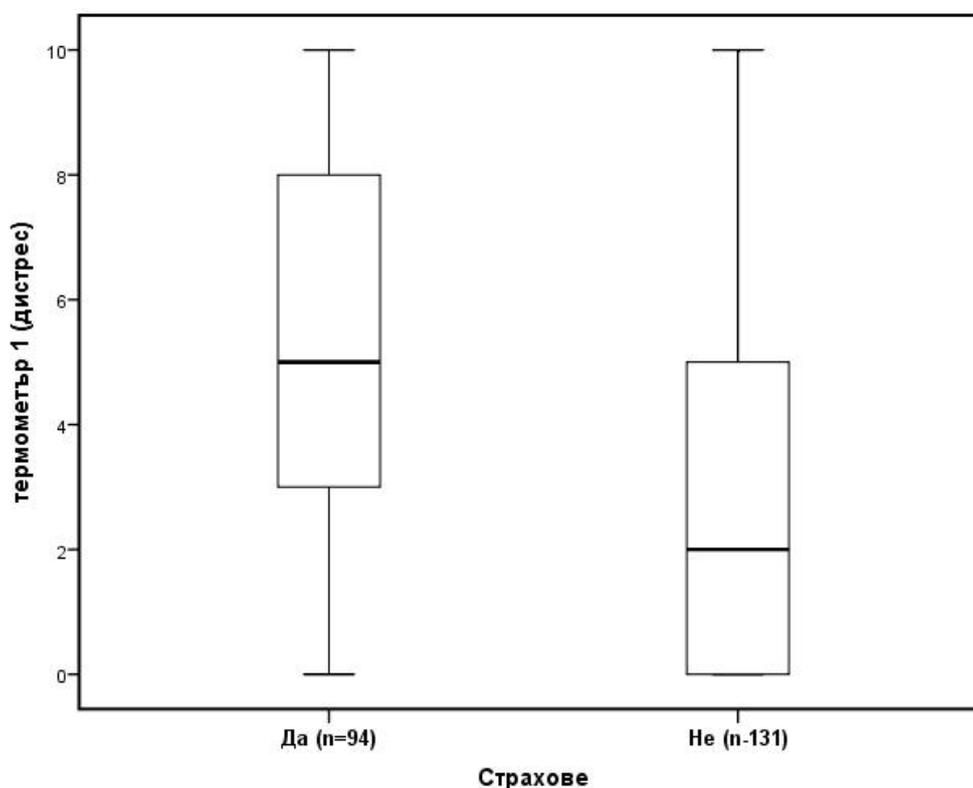


Фигура 30. Нива на дистрес при пациенти отговорили на въпроса свързан с „депресия”.

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

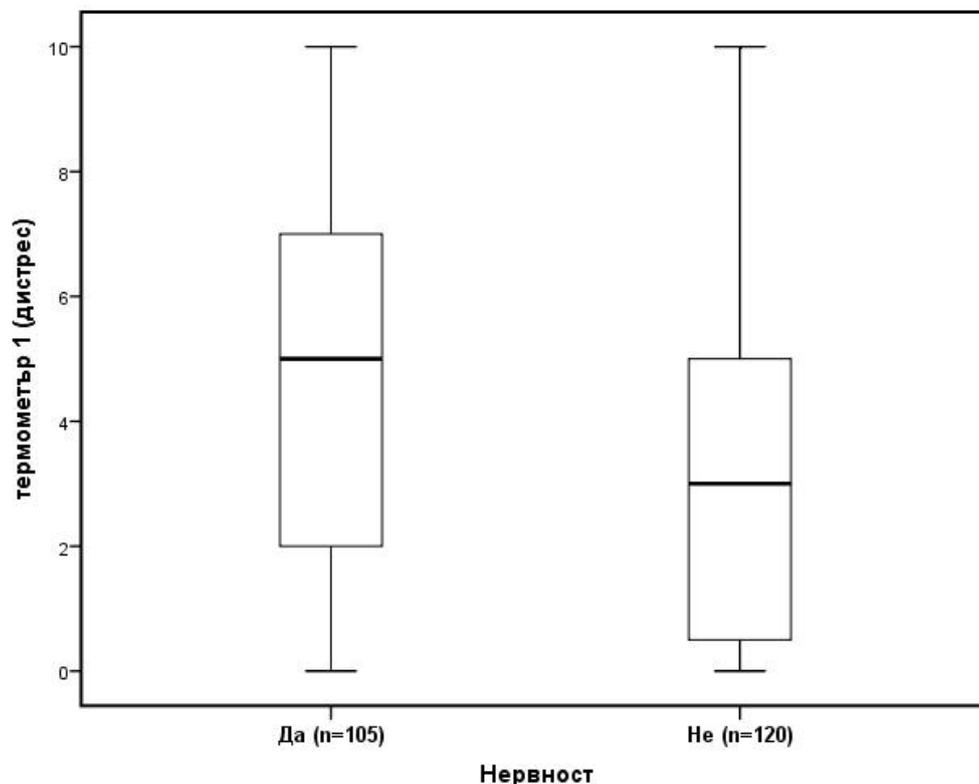
(n=131, 58.2%), като тези отговорили положително на същият въпрос са по-малко (n=94, 41.8%). Mann-Whitney анализът показва, че при пациентите, които изпитват страхове (5.4 ± 3.1) има сигнификантно по-висок дистрес, от тези отговорили, че не нямат страхове (2.6 ± 2.4) ($p < 0.001$) (Фигура 31). На абсцисата на Box plot графиката е показан боят на пациентите отговорили с „да” и „не”, а на ордината нивото им на дистрес. 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 31. Разпределение на пациентите в две групи според отбелязания от тях отговор на въпроса свързан със „страхове”.

Чувствата на нервност и тревожност се увеличават или намаляват в различно време. Пациентът може да стане по-нервен, тъй като ракът се разпространява или лечението става по-интензивно. Нивото на нервност и тревожност, изпитвано от един онкоболен, може да се различава от тревожността и нервността, изпитвана от друг пациент без онкологично заболяване. Повишената информираност на пациента за заболяването и лечението е възможно да намали тези чувства.

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 32). На абсцисата на графиката е показан боят на пациентите отговорили с „да” и „не”, а на ордината нивото им на дистрес. Chi square теста не показва връзка между демографските, клиничко-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, $p<0.001$).

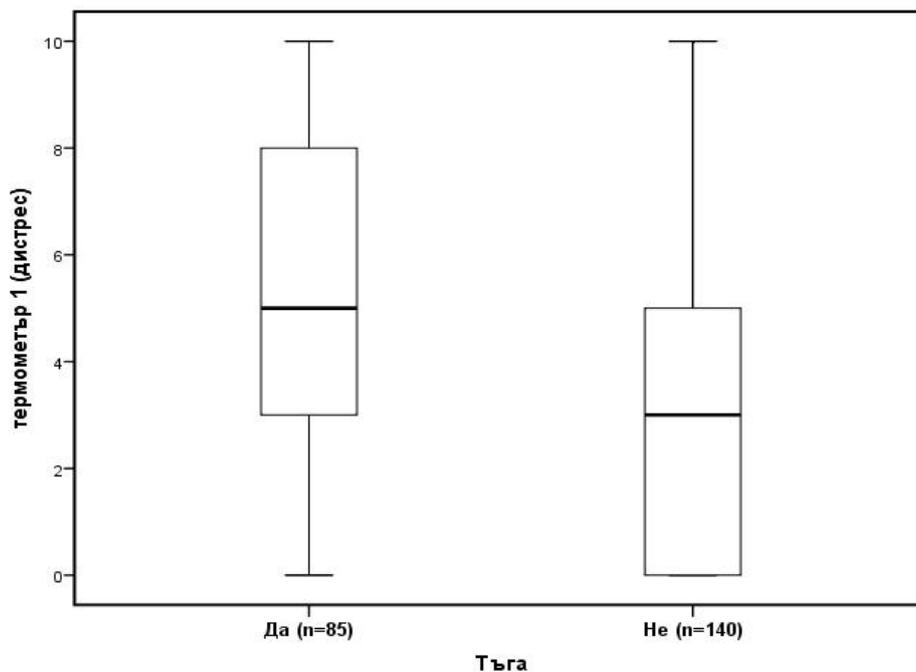


Фигура 32. Разпределение на пациентите в две групи според отбелязания от тях отговор на въпроса свързан с „нервност”.

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 (загуба на добро здраве, временни или постоянни промени във външния вид, невъзможност за работа или извършване нормалните дейности, промяна на финансови планове, загуба на независимост, променени във взаимоотношения и промяна в начина, по който виждаш себе си). 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.

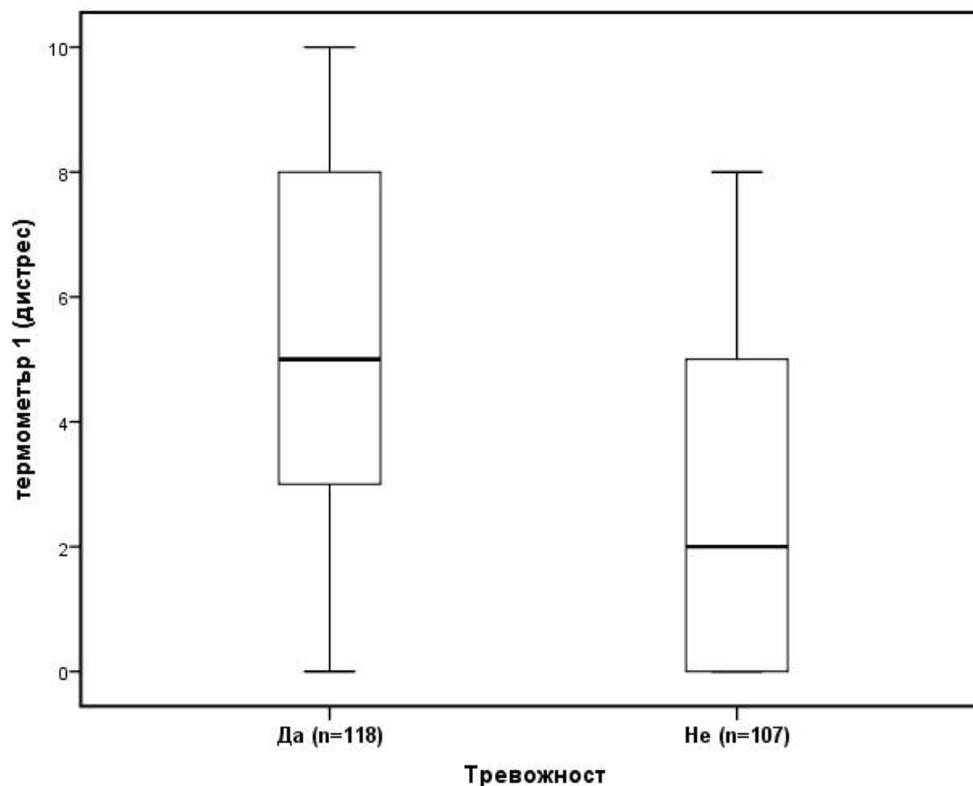
Резултатите от проведения Mann-Whitney анализ показват, че има **сигнификантно по-високо ниво на дистрес при пациентите отговорили, че изпитват тъга (5.2 ± 3.2)**, в сравнение с тези отговорили, че не изпитват чувство на тъга (2.9 ± 2.7) ($p<0.001$) (Фигура 33). На абсцисата на Box plot графиката е илюстриран броя на пациентите отговорили с „да“ и тези отговорили с „не“, а на ордината нивото на дистрес на пациентите. 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 (OR3.8,95% CI 2.1-6.8, $p<0.001$)**.



Фигура 33. Нива на дистрес при пациенти отговорили на въпрос свързан с „тъга“.

Пациентите трябваше да определят дали са изпитвали чувство на тревожност през изминалата седмица, включително до деня на хоспитализация в клиниката и попълване на въпросника. 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%) (Фигура 34).

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 34). На абсцисата на графиката е показан боят на пациентите отговорили с „да” и „не”, а на ордината нивото им на дистрес. Chi square теста не показва връзка между демографските, клиничко-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, $p < 0.001$)**.

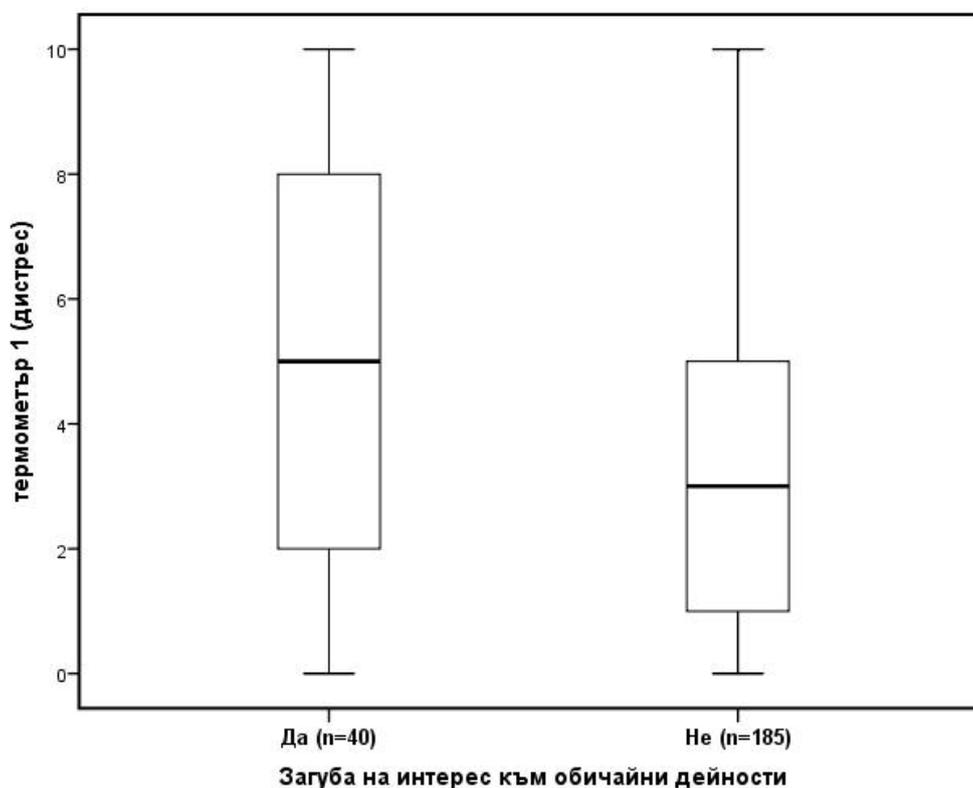


Фигура 34. Разпределение на пациентите в две групи според отбелязания от тях отговор на въпроса свързан с „тревожност”.

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 35). На абсцисата на графиката е показан боят на пациентите отговорили с „да” или „не”, а на ордината нивото им на дистрес. Chi square теста **показа връзка между локализацията на карцинома ($p=0.01$) и пациентите съобщили за загуба на интерес към обичайни дейности**. Chi square теста **показа 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, $p=0.03$).

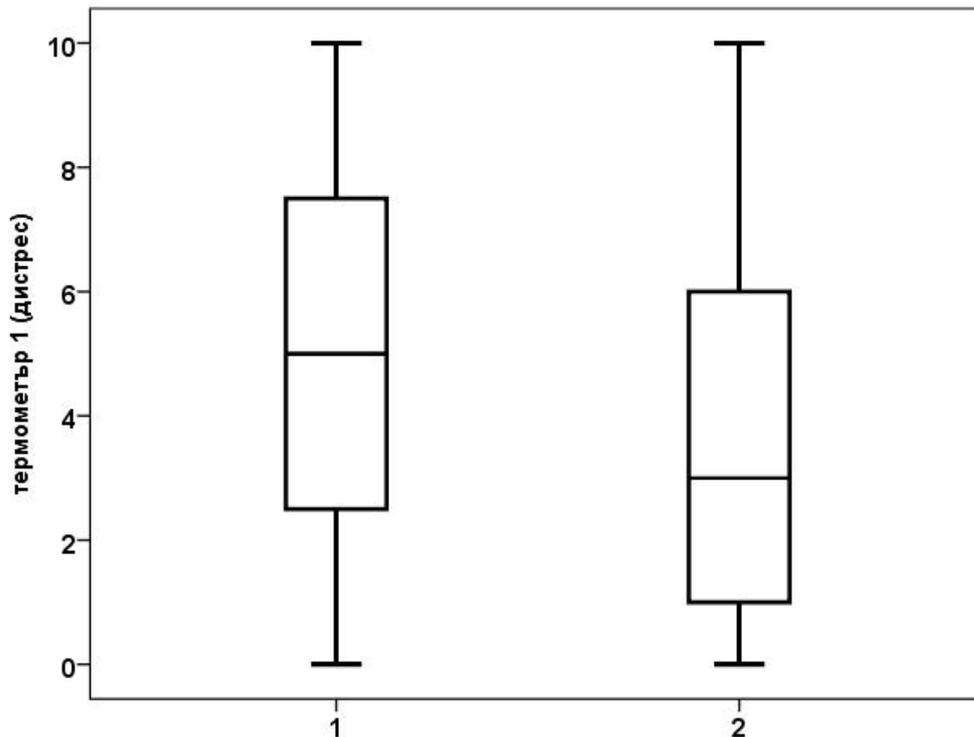


Фигура 35. Разпределение на пациентите в две групи според отбелязания от тях отговор на въпроса „загуба на интерес към обичайни дейности”.

3.4.4. Оценка на духовни/религиозни притеснения

Религията и духовността биха могли да играят централна роля в справянето на пациентите с диагнозата на заболяването, да им осигуряват комфорт, надежда и смисъл. Задоволяването на психосоциалните, емоционалните и духовните нужди при онкологично болните са потребности, оценявани от медицинските сестри при оказване на здравните грижи. 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. Пациентите трябваше да отбележат дали са изпитвали духовни/религиозни притеснения през изминалата седмица, включително в деня на попълване на анкетната карта. 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%). Опитвайки да се справят с болестта част от пациентите се опират на своите

религиозни и духовни възгледи. Вярата и религиозният живот са важни условия за някои хората да преодолеят болестта, да намалят тревожността, страха и отчаянието. За пациентите, включени в проучването **нивата на дистрес не се повлияват от духовни/религиозни притеснения** ($p=0.61$) (Фигура 36). На абсцисата на Box plot графиката са показани пациентите отговорили с „да” (1) и „не” (2), а на ордината нивото им на дистрес.



Фигура 36. Нива на дистрес при пациенти отговорили на въпроса свързан с „духовни/религиозни притеснения”.

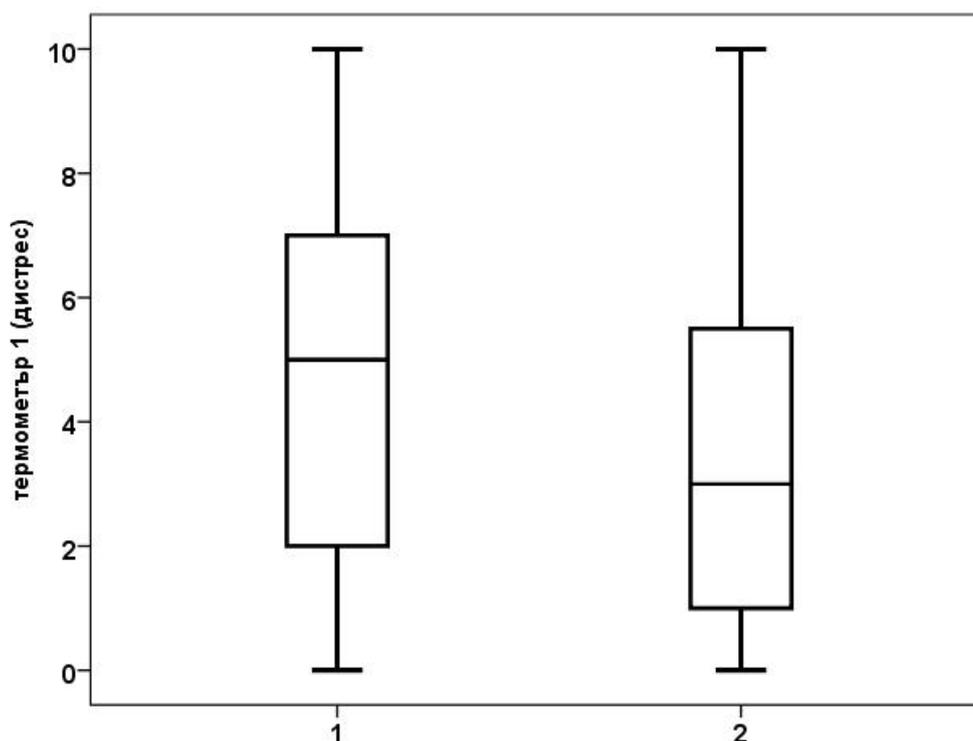
3.4.5. Оценка на физически проблеми

Онкологичните болести и тяхното лечение често са асоциирани с физически и психосоциални проблеми, които рефлектират негативно върху качеството на живот на пациентите. Наблюдават се както дългосрочни ефекти, които се появяват по време на лечение и продължават след него, така и късни ефекти, които липсват по време на лечение и се появяват по-късно. Това, от своя страна, води до влошаване на физическата и двигателната активност. Самооценката на пациентите бе оценена и по отношение на

физическите им проблеми през изминалата седмица, включително в деня на попълването ѝ като изпитване на затруднение или дискомфорт свързани с: външния вид, къпане/преобличане, дишане, промяна в уринирането, запек, диария, хранене, умора, усещане за подутост, висока температура/треска, разходки, храносмилане, памет/концентрация, болки в устата, гадене, сух/запушен нос, болка, сексуални проблеми, суха или сърбяща кожа, проблеми със съня, изтръпване в ръцете/краката.

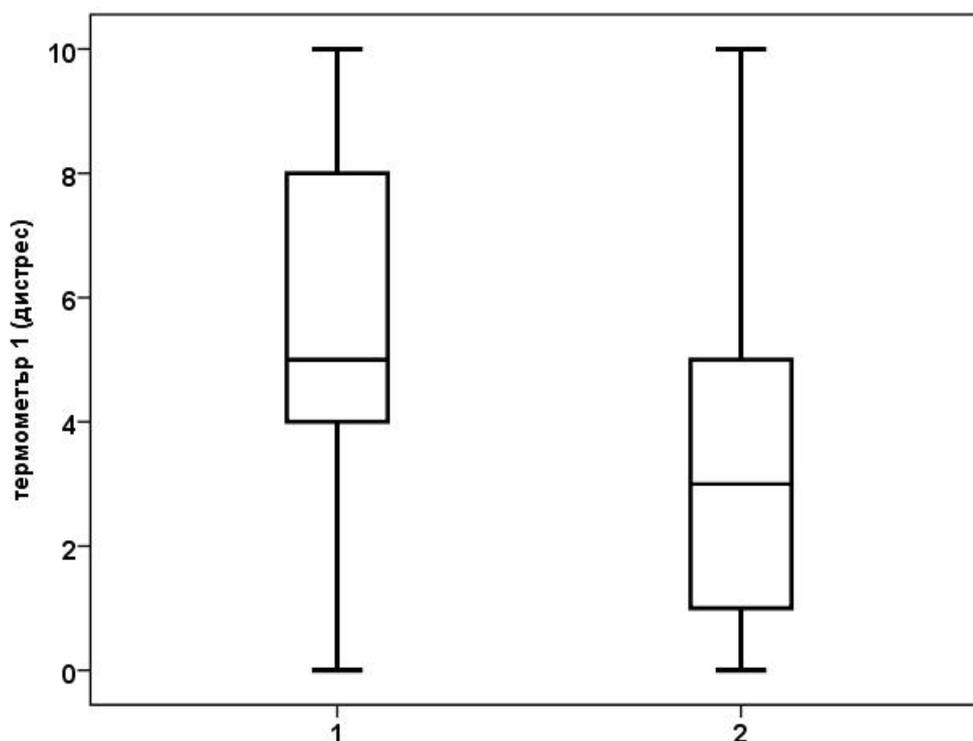
Онкологичното заболяване дава своето отражение върху външния вид. Загубата на мускулна маса присъства при голяма част от онкологичните пациенти и е зависима от тежестта на болестта, степен на развитие и стадий. Това до голяма степен определя прогнозата, тъй като косвено влияе върху повишена заболеваемост, функционална способност и независимост, физическото и психическото здраве на пациентите. Някои противотуморни лекарствени средства предизвикват, от своя страна ускорено разграждане на мускулния протеин. Онкологичната болест и лечението ѝ често са свързани с промяна в композицията на тялото. При някои болни се налага поставяне на стома, което носи със себе си дискомфорт и неприятно усещане у пациентите. Други прибегват към гърдни епитези, към перуки, за да се чувстват по-комфортно, да поддържат добро самочувствие и да си придадат добър външен вид.

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 ($p=0.75$) (Фигура 37). На абсцисата на графиката са показани пациентите отговорили с „да”(1) или „не”(2), а на ордината нивото им на дистрес.



Фигура 37. Разпределение на пациентите в две групи според отбелязания от тях отговор на въпроса свързан с „външен вид“.

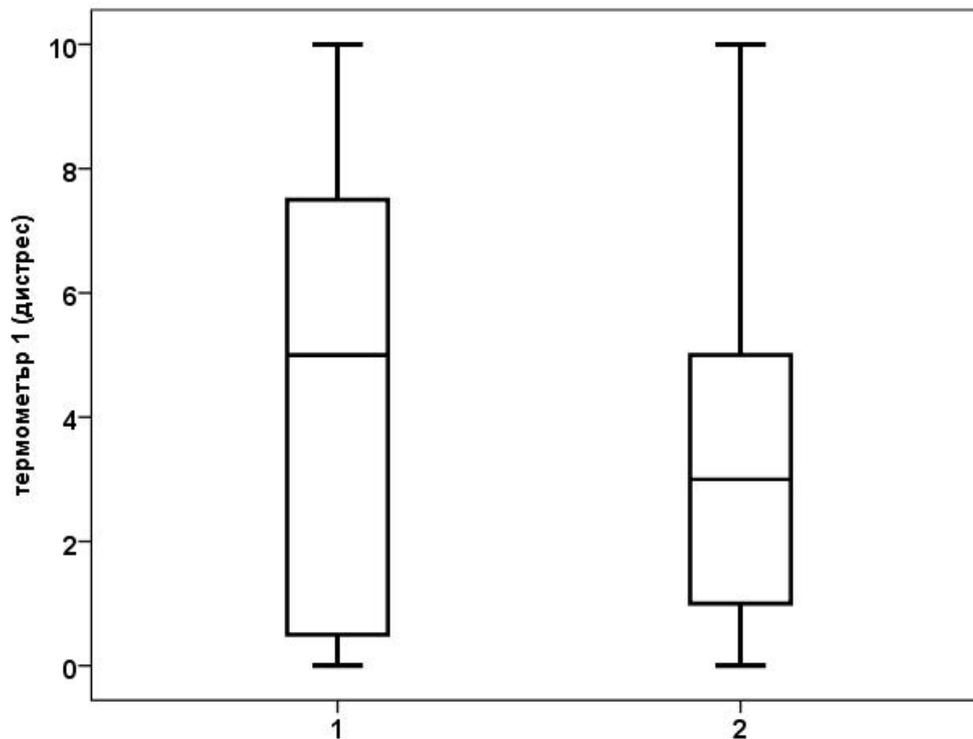
Онкологично болните имат различни сложни и тежки симптоми. Фармакологичната интервенция може не винаги е ефективна за тези симптоми и тук идва ролята на медицинската сестра - да запознае пациентите с нефармакологични интервенции, които вече са се доказали в световната практика, че имат добър ефект. Поддържането на добра хигиената е залегнало в практиката като допълнителна и алтернативна терапия за подобряване на здравните резултати в общите клинични условия по света за редица симптоми или разстройства, включително хронична болка, сърдечна функция, подобряване на аеробния капацитет, депресия и безсъние, които не рядко се наблюдават при раково болните. 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 ($p=0.85$) (Фигура 38).** На абсцисата на графиката са показани пациентите отговорили с „да”(1) или „не”(2), а на ордината нивото им на дистрес.



Фигура 38. Разпределение на пациентите в две групи според отбелязания от тях отговор на въпроса свързан с „къпане/преобличане”.

В анкетната карта за пациентите стои въпрос свързан с един често наблюдаван симптом при онкоболните (особено при рак на гърдата или белия дроб) – задухът. Задухът може да се появи постепенно или много внезапно. Може също да варира по интензивност и честота на епизодите. При някои пациенти може да се появи задух при усилие, като упражнения, ходене по стълби, извършване на домакинска работа или обличане. Други пациенти, могат да почувстват недостиг на въздух, докато почиват. Някои пациенти може не само да почувстват недостиг на въздух, но и дишането да е затруднено, може да почувстват стягане в гърдите или усещане, че се задушават. 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

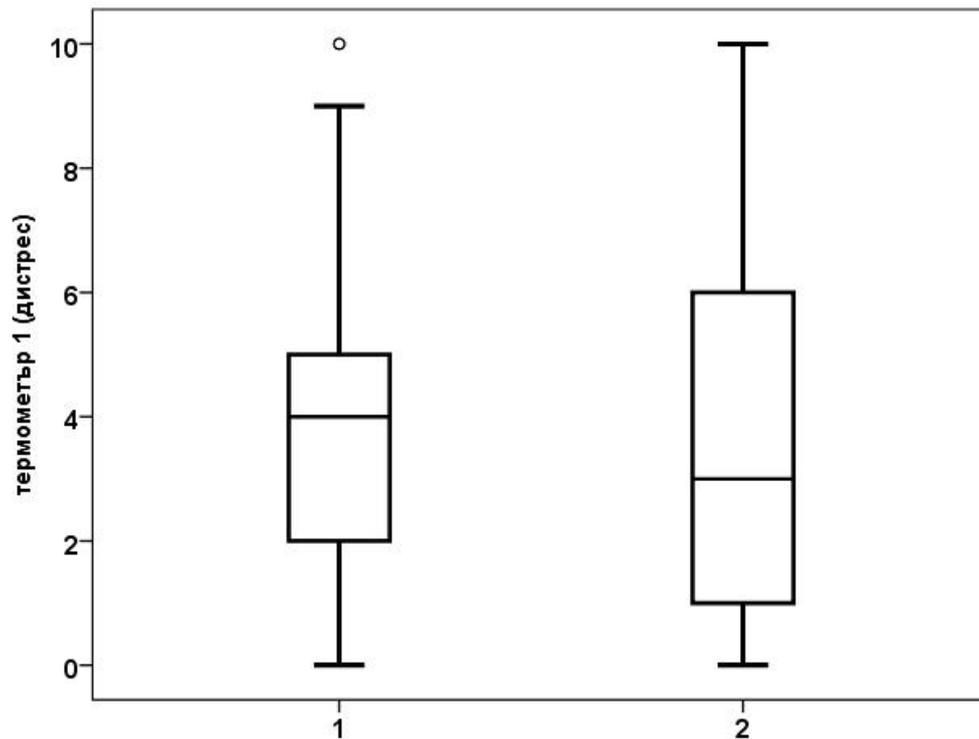
($p=0.00$) (Фигура 39). Добре подготвената онкологична сестра трябва да разпознава емоционалното безпокойство, което често съпътства диагнозата рак, и че то може да допринесе за задух. Справянето с диспнеята би подобрило дишането и качеството на живот на пациентите.



Фигура 39. Разпределение на пациентите в две групи според отбелязвания от тях отговор на въпроса свързан с „дишане”.

Методите за лечение на рака могат да причинят проблеми с пикочния мехур и уринирането. Радиационната терапия на таза (включително репродуктивните органи, пикочния мехур, дебелото черво и ректума) може да повлияе функцията на пикочния мехур и пикочните пътища. Някои видове химиотерапия и имунотерапия могат да причинят увреждане на клетките в пикочни мехур и бъбреците. Хирургия за отстраняване на простатата (простатектомия), операция за рак на пикочен мехур и операция за отстраняване на матката на жената, тъканната отстрани на матката, шийката на матката и горната част на влагалището (радикална хистеректомия) също могат да причинят проблеми с уринирането. Тези видове оперативни интервенции могат също така да увеличат риска от инфекция на пикочните пътища. Всички това би могло да доведе по значително увеличаване на стреса. 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) (Фигура 40).** На абсцисата на графиката са показани пациентите отговорили с „да”(1) или „не”(2), а на ордината нивото им на дистрес.

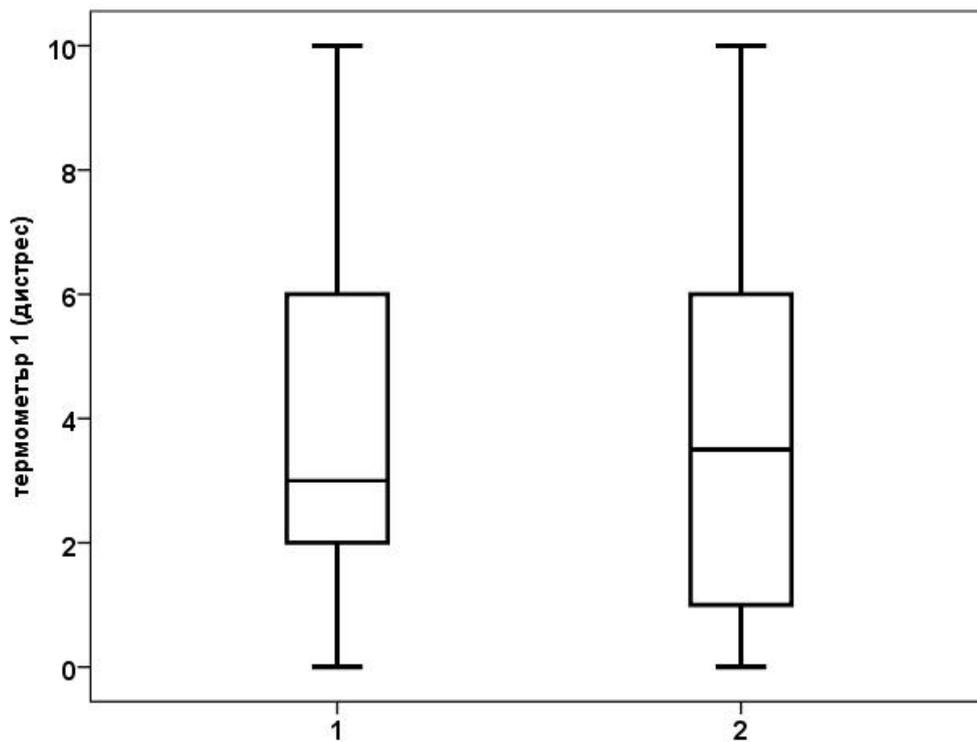


Фигура 40. Разпределение на пациентите в две групи според отбелязания от тях отговор на въпроса свързан с „промяна в уринирането”.

Лечението на онкологичното заболяване може да доведе запек. Лекарствата за облекчаване на болката ограничават работата мускулите в храносмилателния тракт, което затруднява дефекацията. Добавките с желязо, химиотерапията и други лекарства, които се използват за лечение на гадене, повръщане, гърчове, депресия, диария или високо кръвно налягане, също могат да повлияят на храносмилането. В допълнение към лекарствените средства, които приемат пациентите по време на лечението си, причина за запек може да е карцином, който може да стесни, частично или напълно да блокира червата; ракът може да притиска гръбначния мозък; може да се причини в следствие на

хипо- или хиперкалцемиа; проблеми с щитовидната жлеза; диабет и други. При всички случаи пациента трябва да уведоми лекуващият го екип.

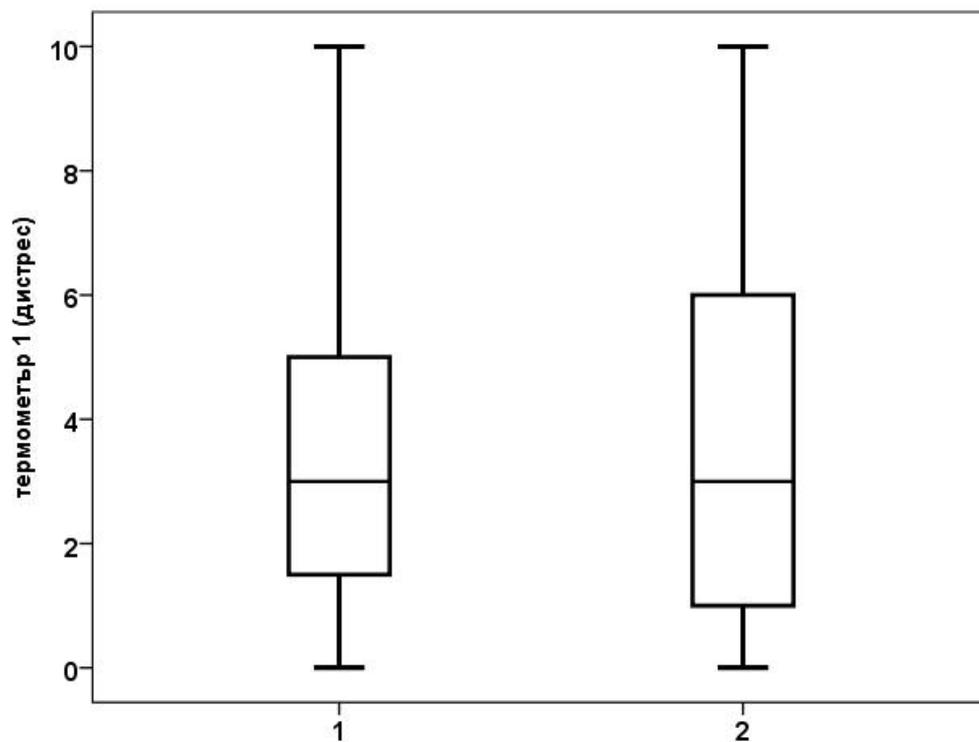
Получените резултати показват, че групата на пациентите отбелязали запек като част от физическите си проблеми е по-малобройна ($n=43$, 19.1%), от тези при които няма подобен проблем ($n=182$, 80.9%). На абсцисата на графиката са показани пациентите отговорили с „да”(1) или „не”(2), а на ордината нивото им на дистрес. **Mann-Whitney анализът показва, че няма значима разлика в ниво на дистрес сред двете групи ($p=0.92$) (Фигура 41).**



Фигура 41. Разпределение на пациентите в две групи според отбелязания от тях отговор на въпроса свързан със „запек”.

Друга често срещана нежелана реакция при лечението на рака е диарията. Тя може да е в следствие на химиотерапия, радиация, имунотерапия, таргетна терапия, трансплантация на костен мозък и хирургията. Лечението на онкологичното заболяване може да направи пациентите по-податливи на инфекции. Тези инфекции както и антибиотичното лечение могат да причинят диария. Причината за нея може да се крие и в самия рак например при невроендокринни тумори, рак на дебелото черво, лимфом,

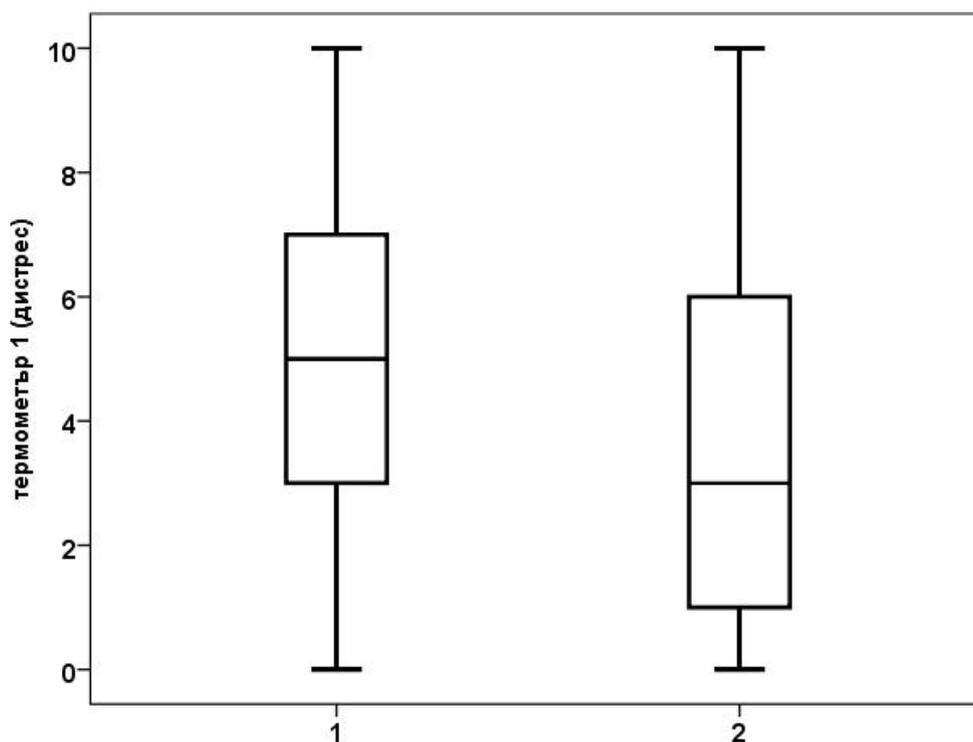
медуларен рак на щитовидната жлеза и рак на панкреаса. Продължителността и тежестта на диарията зависят от това, което я причинява. При всички случаи пациента трябва да уведоми онкологичната сестра или лекуващият го онколог. Може да обсъди с медицинската сестра какво можете да очаква, колко дълго може да продължи диарията и какво можете да направите, за да облекчи симптомите си. 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 зададения 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) (Фигура 42). На абсцисата на графиката са показани пациентите отговорили с „да”(1) или „не”(2), а на ордината нивото им на дистрес.



Фигура 42. Разпределение на пациентите в две групи според отбелязанието от тях отговор на въпроса свързан с „диария”.

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

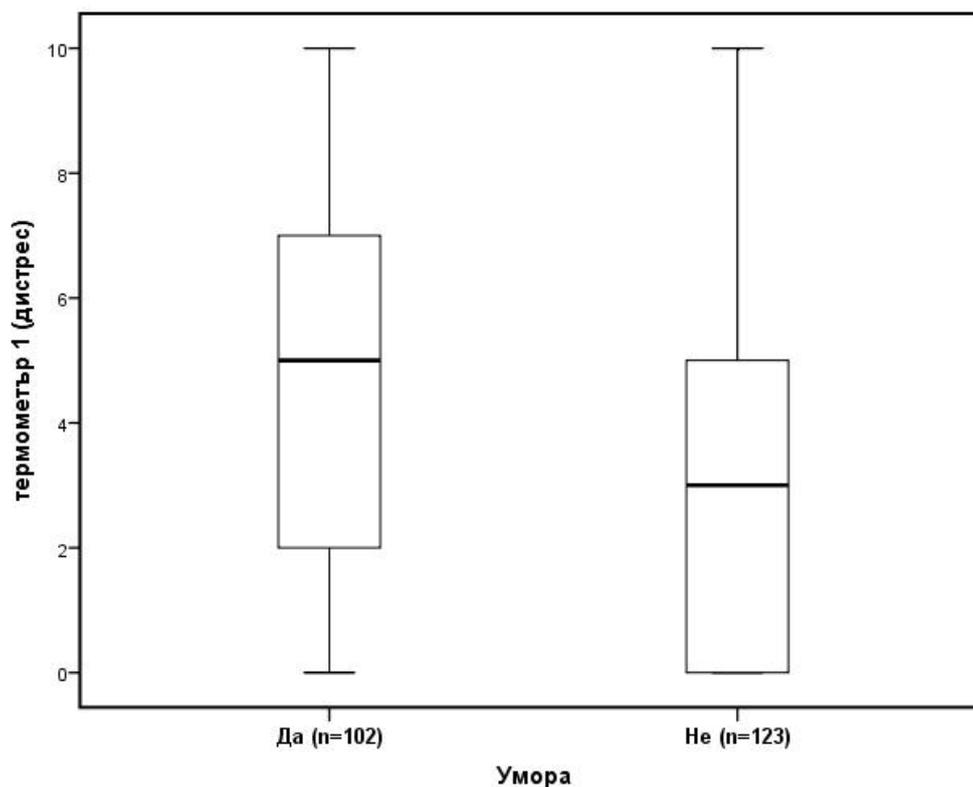
въпрос (n=38, 16.9%). Обработването на резултатите (чрез Mann-Whitney анализ) показва също, че няма разлика в нивото на дистрес сред анализиранията лица независимо от посочения от тях отговор на този въпрос ($p=0.81$) (Фигура 43). На абсцисата на Box plot графиката са показани пациентите отговорили с „да”(1) или „не”(2), а на ордината нивото им на дистрес.



Фигура 43. Разпределение на пациентите в две групи според отбелязванията от тях отговор на въпроса свързан с „хранене”.

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 44). На абсцисата на графиката е показан броят на пациентите отговорили с „да” или „не”, а на ордината нивото им на дистрес. Установена бе и зависимост (чрез Chi square тест) за връзка между образованието ($p=0.007$), пърформанс статуса ($p<0.001$), локализацията на карцинома ($p<0.001$), възрастта

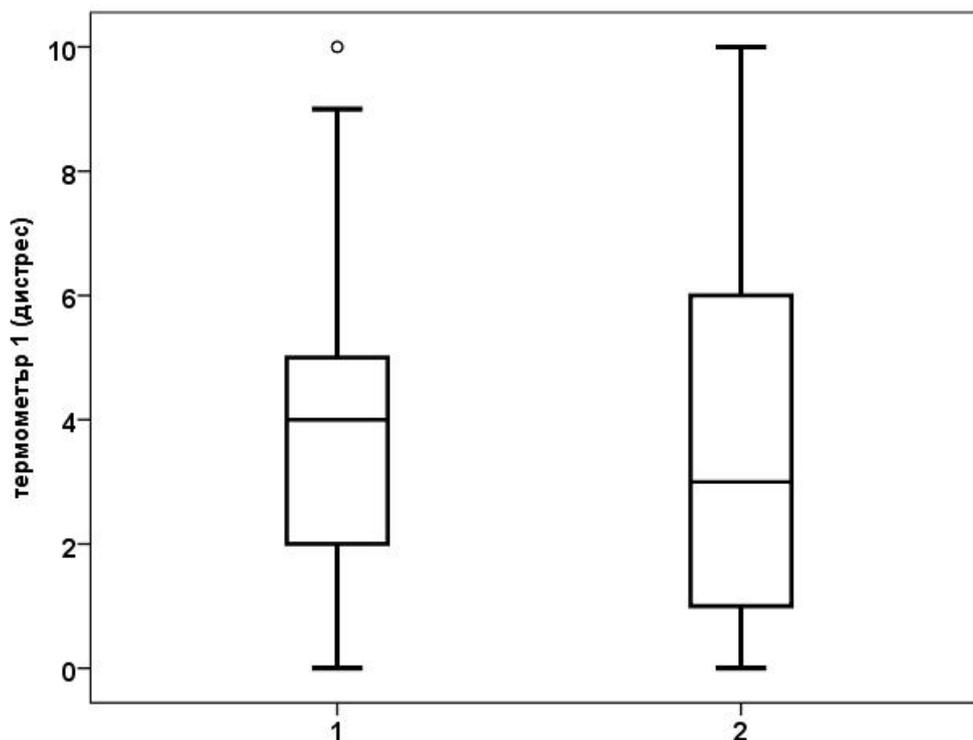
($p=0.01$), стадий на болестта ($p=0.001$), местоживеенето ($p<0.001$), семейно положение ($p=0.02$) и пациентите съобщили за умора. Онкоболните показващи високи нива на дистрес са с висше образование, пърформанс статус 1, карцином на гърда и бял дроб, под 65 годишна възраст, стадий II/III неметастатичен и IV метастатичен, живеещи във Варна и извън града, несемейни. 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 44. Разпределение на пациентите в две групи според отбелязания от тях отговор на въпроса свързан с „умора“.

Някои видове рак (напр. овариален, рак на гърдата, панкреаса, дебелото черво, стомаха) създават усещане за подутост у пациентите, което би могло да се окаже не само усещане, а реално съществуващ проблем. Ако ракът достигне перитонеума, мембраната, може да го раздразни. Това кара перитонеума да произвежда повече течност от нормалното. Ракът на яйчниците може да засегне черния дроб или вената, която движи кръвта към черния дроб. Ако това се случи, кръвното налягане в порталната вена, която преминава през черния дроб, може да се повиши. По-високото налягане в тази вена може да доведе до събиране на течност в корема. Важно е пациентите да споделят симптомите си с онколога или медицинската сестра, дори и да им се струват маловажни.

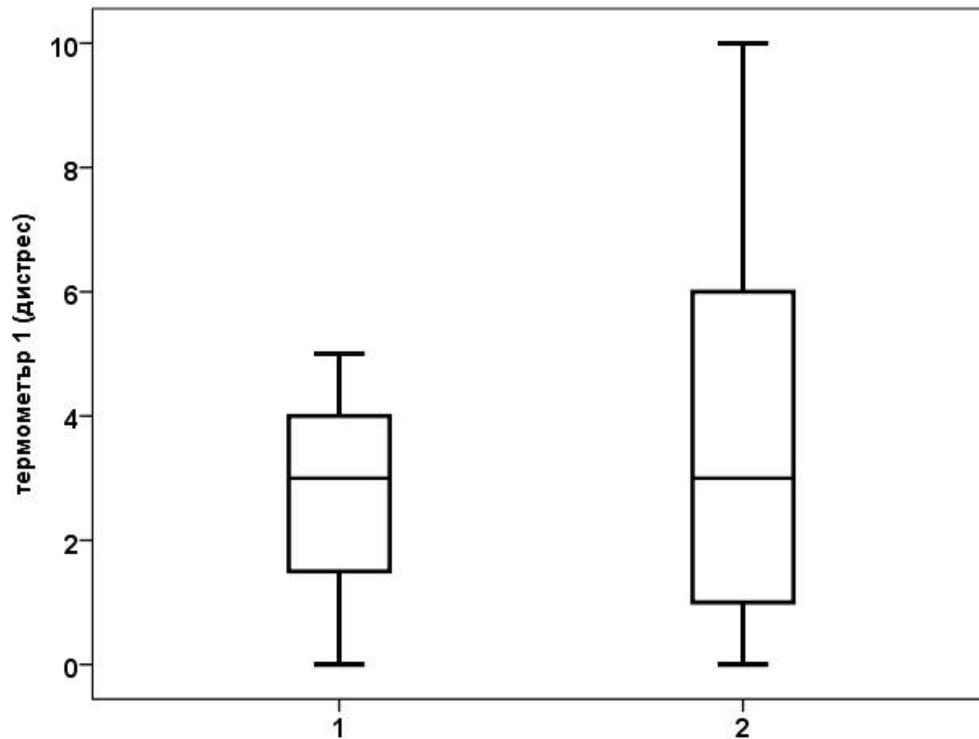
При обработване на данните се установи, че по-голямата част от изследваната група са отговорили, че нямат усещане за подутост (n=197, 87.6%), за сметка на отговорилите положително на същия въпрос (n=28, 12.4%). След по-задълбочен анализ се оказва, че нивото на дистрес при изследваните онкоболни не се влияе от чувството за подутост или липсата на това усещане (p=0.16) (Фигура 45). На абсцисата на Box plot графиката са показани пациентите отговорили с „да”(1) или „не”(2), а на ордината нивото им на дистрес.



Фигура 45. Разпределение на пациентите в две групи според отбелязвания от тях отговор на въпроса свързан с „усещане за подутост”.

Високата температура и треската при онкологично болните е критичен симптом, на който също трябва да се обърне внимание. При пациент с рак треската, заедно със слабост и болка, може да означава инфекция и да се наложи посещение на онкологичния център или спешното отделение. 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

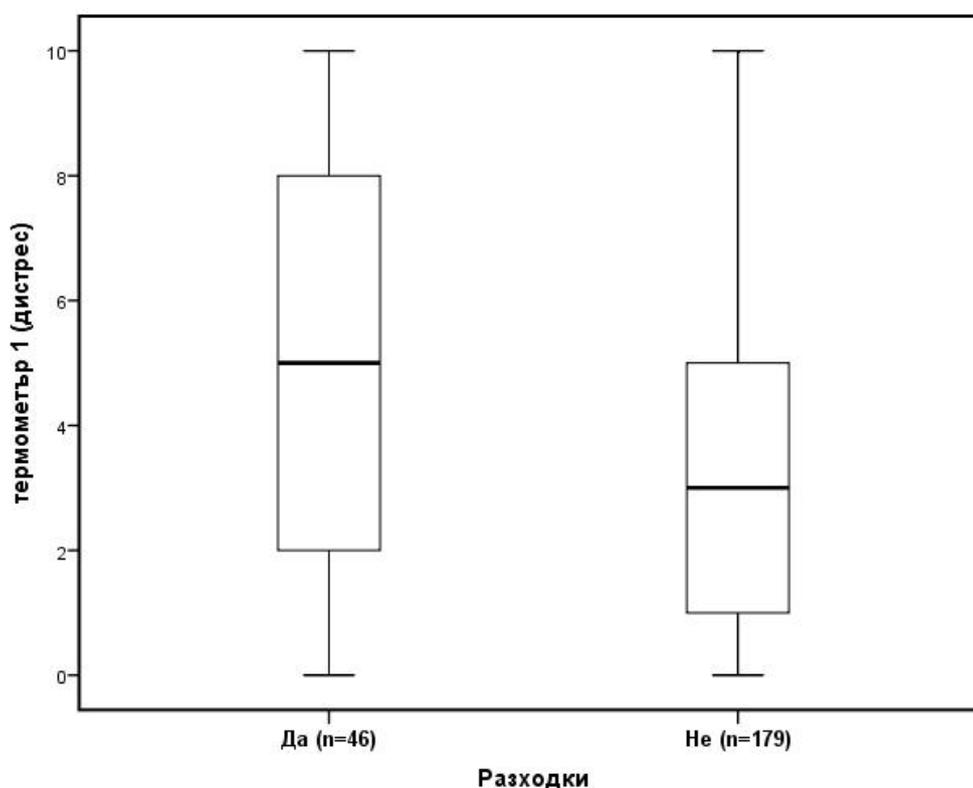
неговото лечение, е по-трудно да се възстанови дори от често срещани болести, които могат да са животозастрашаващи. Mann-Whitney анализът показва, че няма значима разлика в нивото на дистрес при изследваните лица, независимо от отговора на зададения въпрос ($p=0.35$) (Фигура 46). На абсцисата на графиката са показани пациентите отговорили с „да”(1) или „не”(2), а на ордината нивото им на дистрес.



Фигура 46. Разпределение на пациентите в две групи според отбелязания от тях отговор на въпроса свързан с „висока температура/треска”.

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 47). На абсцисата на Box plot графиката е показан боят на пациентите отговорили с „да” и „не”, а на ордината нивото им на дистрес.

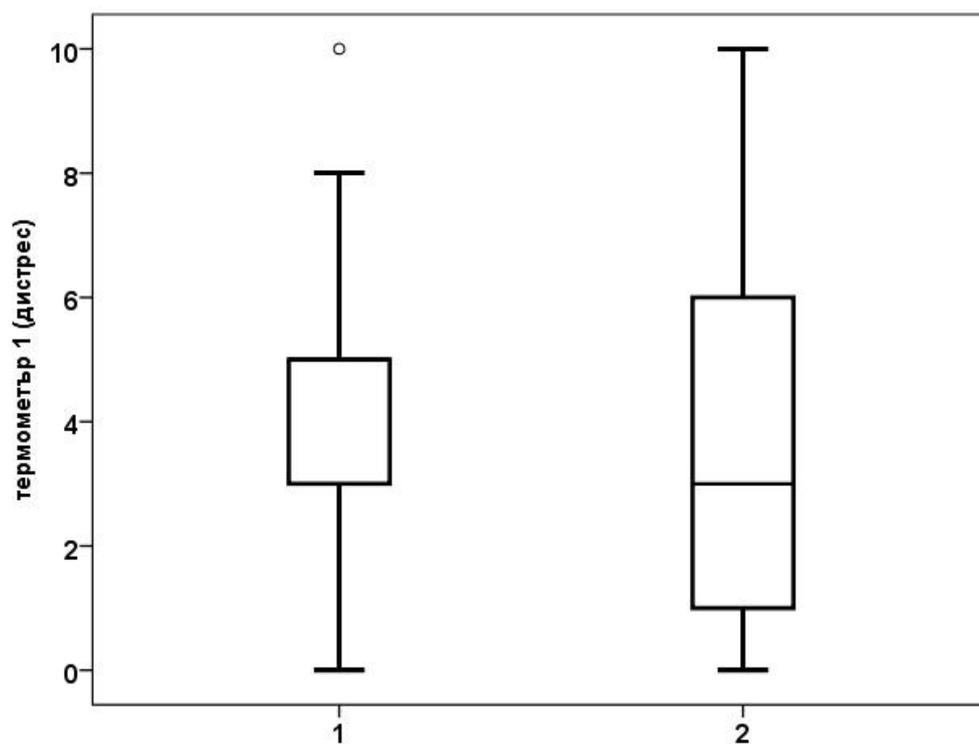
Оценката на намалените разходки в следствие на емоционално преживяване или засягане на двигателни функции в следствие на онкологичното заболяване, е значима и трябва да се предприемат мерки и съпътстващи грижи за справяне с проблема. Chi square теста показва връзка между пърформанс статуса ($p=0.01$), 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 47. Разпределение на пациентите в две групи според отбелязвания от тях отговор на въпроса свързан с „разходки“.

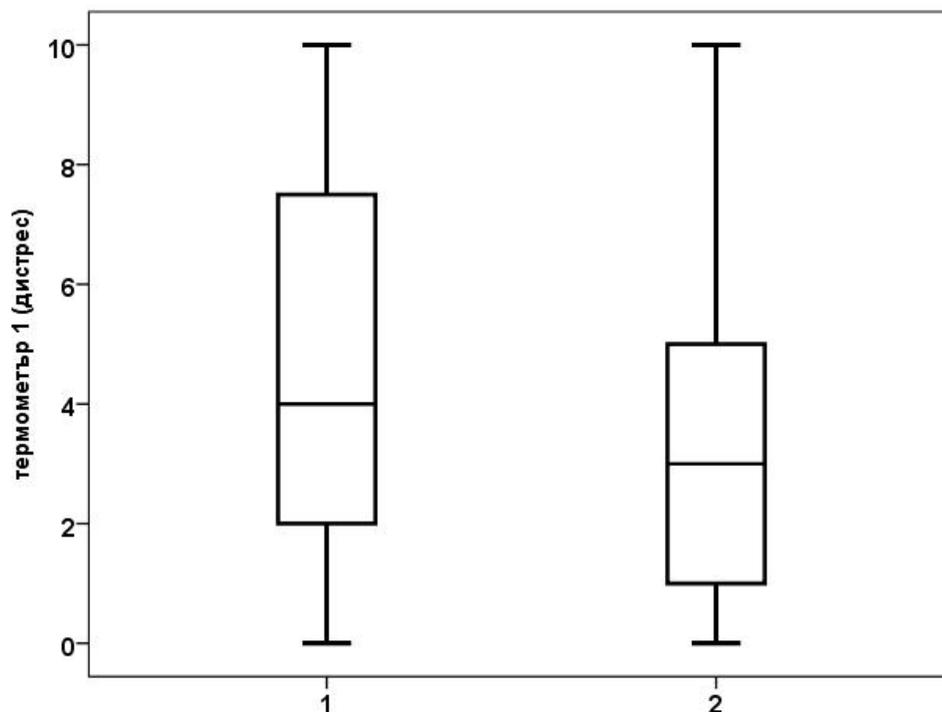
Наблюдават се проблеми с **храненето** по време или след лечение на онкологичното заболяване. Проблемите с храненето може да се дължат на локализацията и стадия на рака, както и на неговото лечение. Обикновено са временни, но понякога продължават по-дълго. Ако пациента е с карцином на устата, гърлото, стомаха или червата, ще отнеме време, за да се върне към редовен режим на хранене. Лечение като лъчетерапия на областта на главата и шията може да причини сухота в устата и

затруднено преглъщане. Химиотерапията и таргетната терапия могат да причинят гадене, диария или запек, промени във вкуса и болезненост в устата. Пациента може да е изложени на риск от инфекция и след лечение на рака, за това медицинската сестра трябва обсъди с пациента хранителния му режим и предложи избягването на храни с вредни бактерии. 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 48). На абсцисата на графиката са показани пациентите отговорили с „да”(1) или „не”(2), а на ордината нивото им на дистрес.



Фигура 48. Разпределение на пациентите в две групи според отбелязания от тях отговор на въпроса свързан с „храносмиане”.

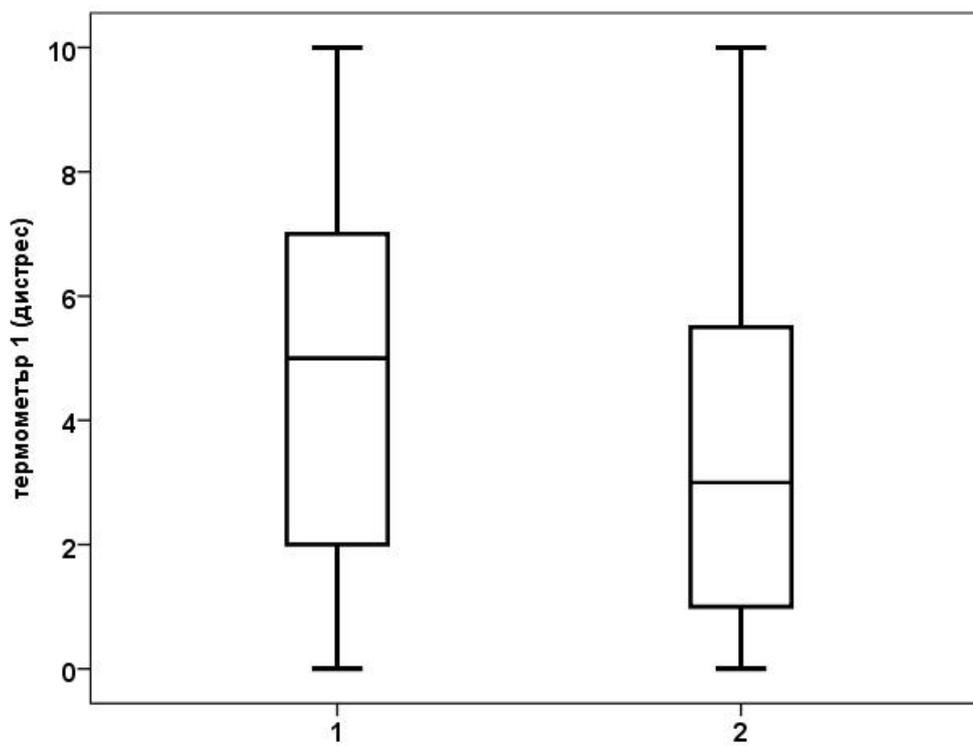
Елементите за когнитивната функция все повече се използват в оценката на качество на живота, а пациентите с онкологично заболяване често съобщават за оплаквания свързани със затруднения на паметта. Пациентите, които съобщават за затруднения в концентрацията и паметта, имат значително по-високи резултати 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) (Фигура 49). На абсцисата са показани пациентите отговорили с „да”(1) или „не”(2), а на ордината нивото им на дистрес.



Фигура 49. Разпределение на пациентите в две групи според отбелязания от тях отговор на въпроса свързан с „памет/концентрация”.

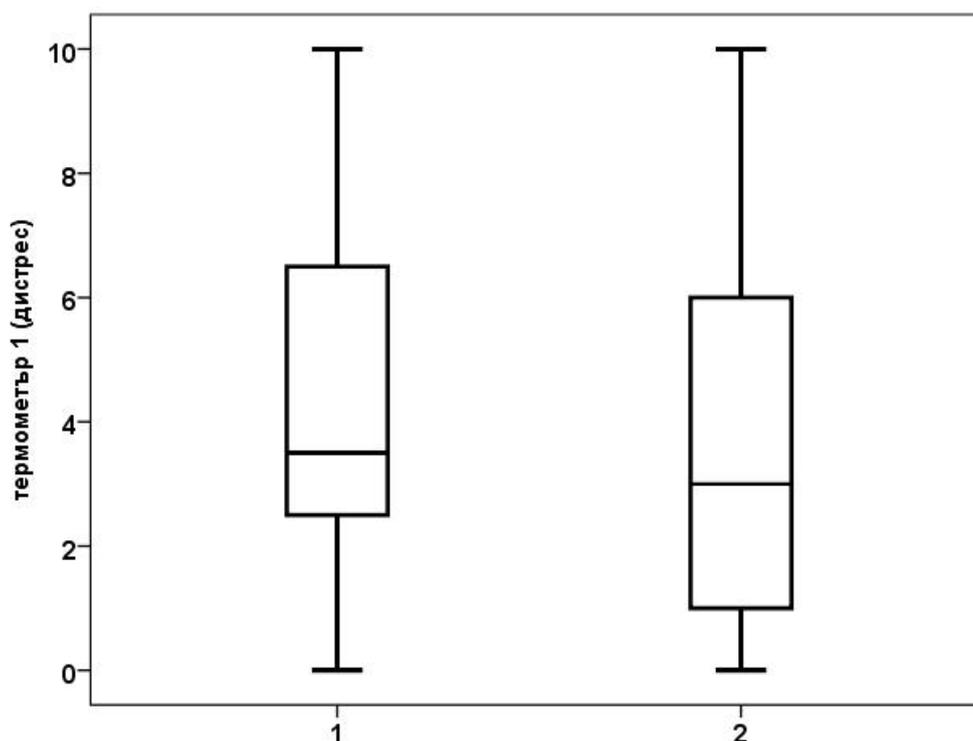
Онкоболните трябва да бъдат запознати с някои основни хигиенни практики по време на химиотерапия. Медицинската сестра би могла да обърне внимание на важността на устната хигиена на пациентите и да даде насоки за поддържане на здрава устна кухина. Според анализът на данните по-голямата част от пациентите 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 ($p=0.12$) (Фигура 50). На абсцисата на графиката са показани пациентите отговорили с „да”(1) или „не”(2), а на ордината нивото им на дистрес.



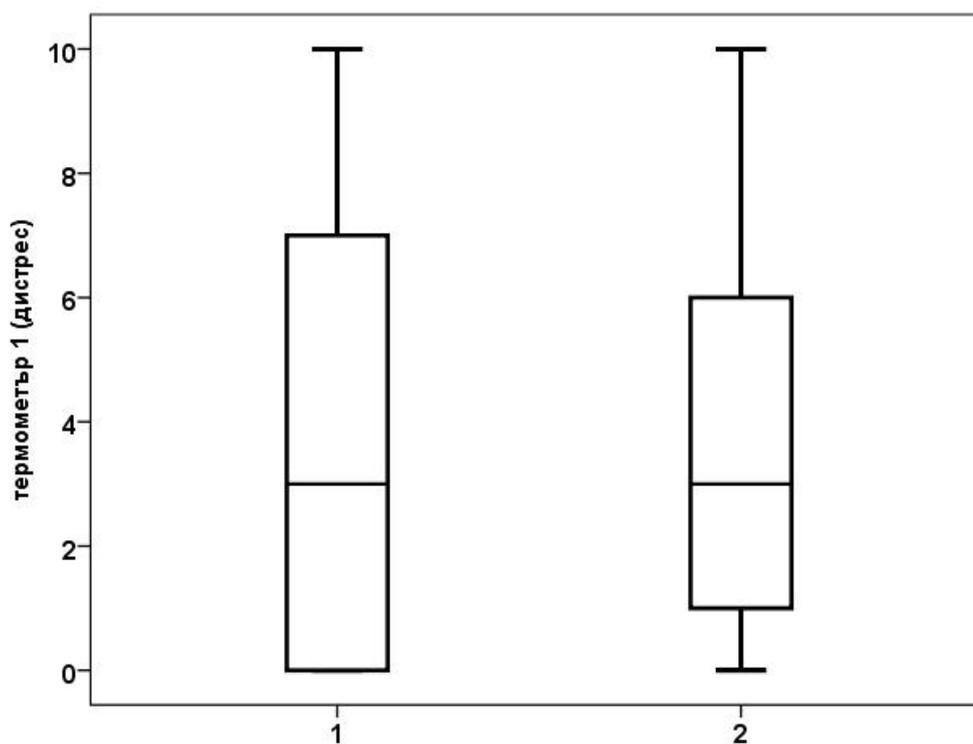
Фигура 50. Разпределение на пациентите в две групи според отбелязвания от тях отговор на въпроса свързан с „болки в устата”.

Други чести симптоми и понякога сериозни странични ефекти в следствие на химиотерапията са гаденето и повръщането (по-високата доза химиотерапия може да влоши страничните ефекти). Други лекарства, използвани за лечение на рак, включително таргетна терапия и имунотерапия, някои лекарства за облекчаване на страничните ефекти също могат да причинят гадене (например, лекарствата за болка обикновено причиняват стомашни проблеми). 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** ($p=0.73$) (Фигура 51). На абсцисата са показани пациентите отговорили с „да”(1) или „не”(2), а на ордината нивото им на дистрес.



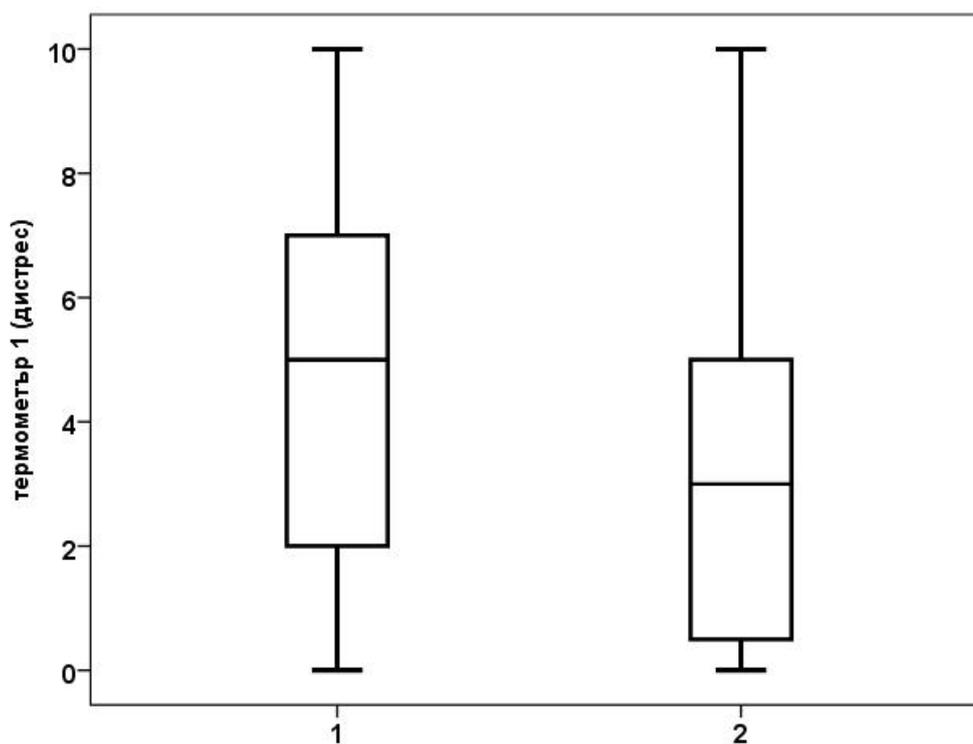
Фигура 51. Разпределение на пациентите в две групи според отбелязания от тях отговор на въпроса свързан с „гадене“.

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%). На абсцисата Box plot графиката са показани пациентите отговорили с „да”(1) или „не”(2), а на ордината нивото им на дистрес. Тези симптоми се наблюдават при пациенти с карцином на носа и синусите. Най-честият симптом при рак на носната кухина и параназалните синуси е сух, запушен или течащ нос. Обикновено се случва от едната страна на носа и продължава дълго време, въпреки че пациентите нямат съпътстваща вирусно заболяване или алергия. 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** ($p=0.16$) (Фигура 52).



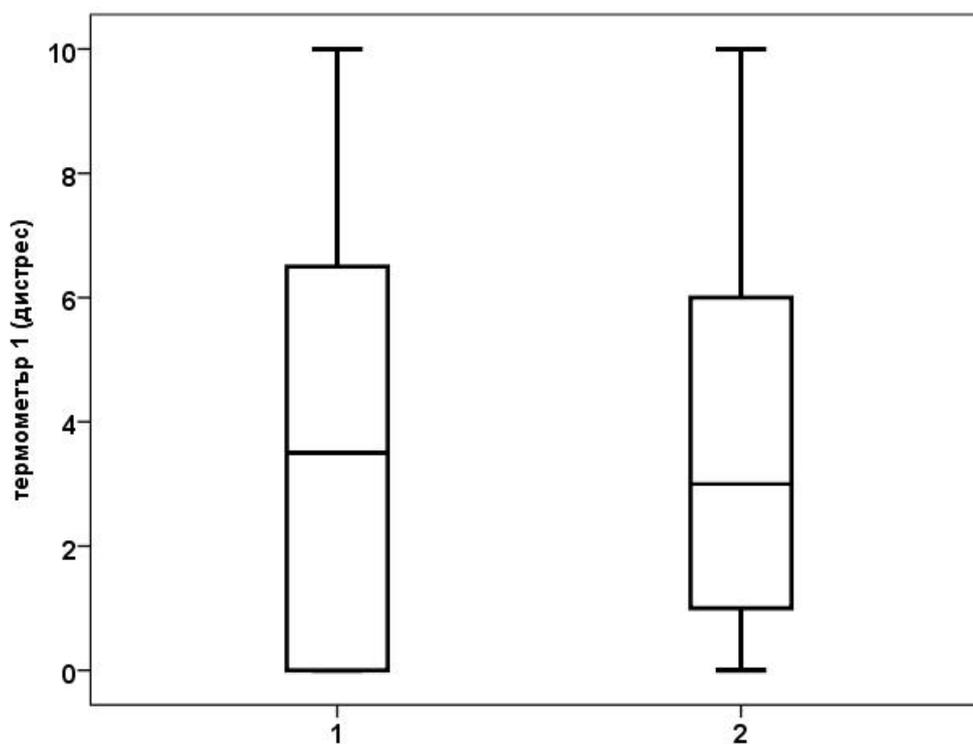
Фигура 52. Разпределение на пациентите в две групи според отбелязания от тях отговор на въпроса свързан със „сух/запушен нос”.

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. Тумори, хирургия, интравенозна химиотерапия, лъчева терапия, таргетна терапия, поддържащи терапии като бифосфонати и диагностични процедури могат да причинят болка. Болката може да бъде причинена от тумор, който притиска нерви, кости или органи. Да имаш рак, не винаги означава да имаш болка. 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 ($p=0.68$) (Фигура 53).** На абсцисата са показани пациентите отговорили с „да”(1) или „не”(2), а на ордината нивото им на дистрес.



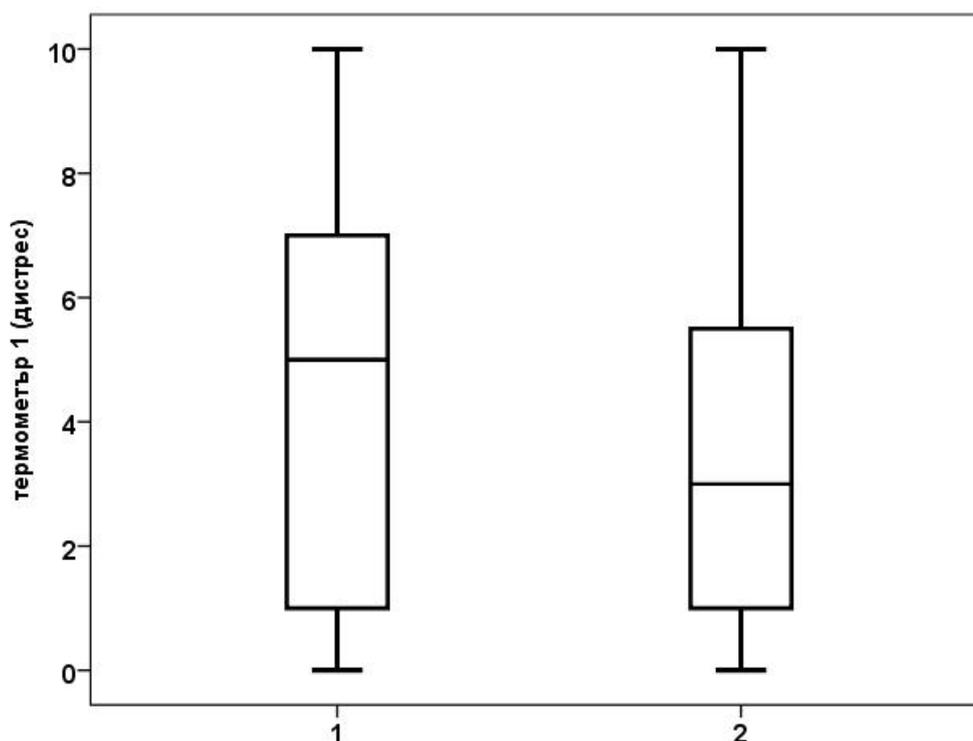
Фигура 53. Разпределение на пациентите в две групи според отбелязания от тях отговор на въпроса свързан с „болка“.

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) (Фигура 54). На абсцисата на фигурата са показани пациентите отговорили с „да”(1) или „не”(2), а на ордината нивото им на дистрес.



Фигура 54. Разпределение на пациентите в две групи според отбелязания от тях отговор на въпроса свързан със „сексуални проблеми“.

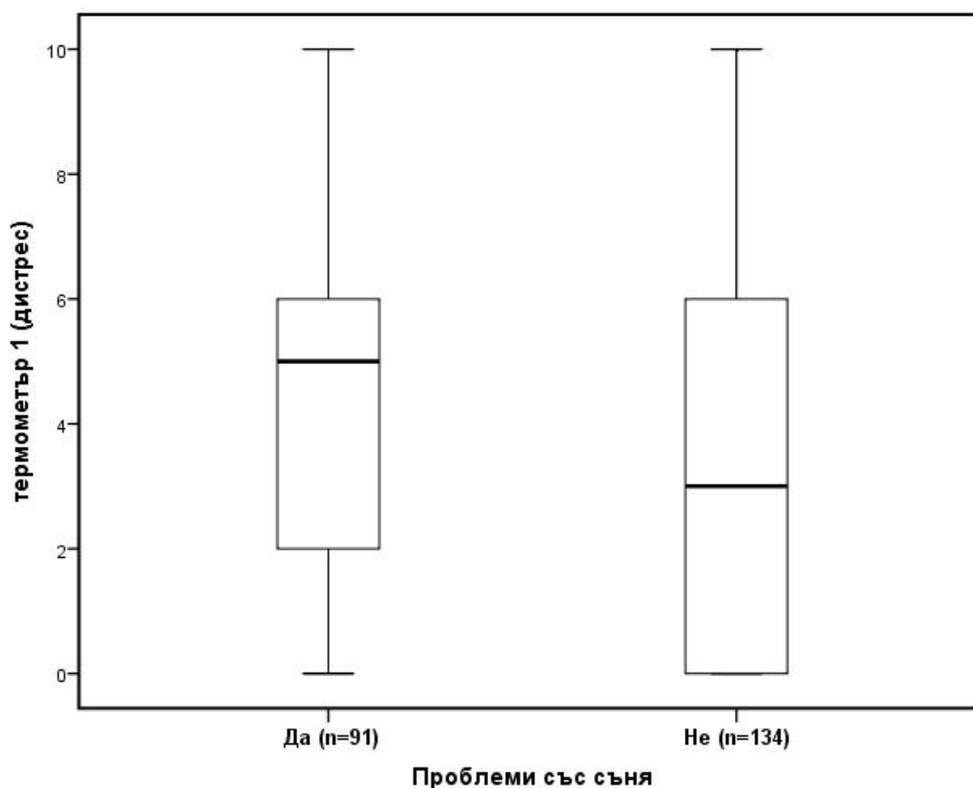
Към групата въпроси, свързани с наличието или отсъствието на физически проблеми бе засегнат и възможен проблем със суха, сърбяща кожа при онкоболните. Лекарствените средства, които се използват за борба с рака, могат да доведат до промяна на кожата, като сухота и раздразнена кожа. Сестрински грижи насочени към ежедневната хигиенна на пациентите след началото на химиотерапията и по време на лечението е условие за поддържане на здрава кожа. 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** ($p=0.34$) (Фигура 55). На абсцисата на Box plot графиката са показани пациентите отговорили с „да”(1) или „не”(2), а на ордината нивото им на дистрес.



Фигура 55. Разпределение на пациентите в две групи според отбелязания от тях отговор на въпроса свързан със „суха, сърбяща кожа”.

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 56). На абсцисата на графиката е илюстриран броя на пациентите отговорили на въпроса с „да” и с „не”, а на ордината нивото на дистрес на пациентите.

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, $p=0.006$).



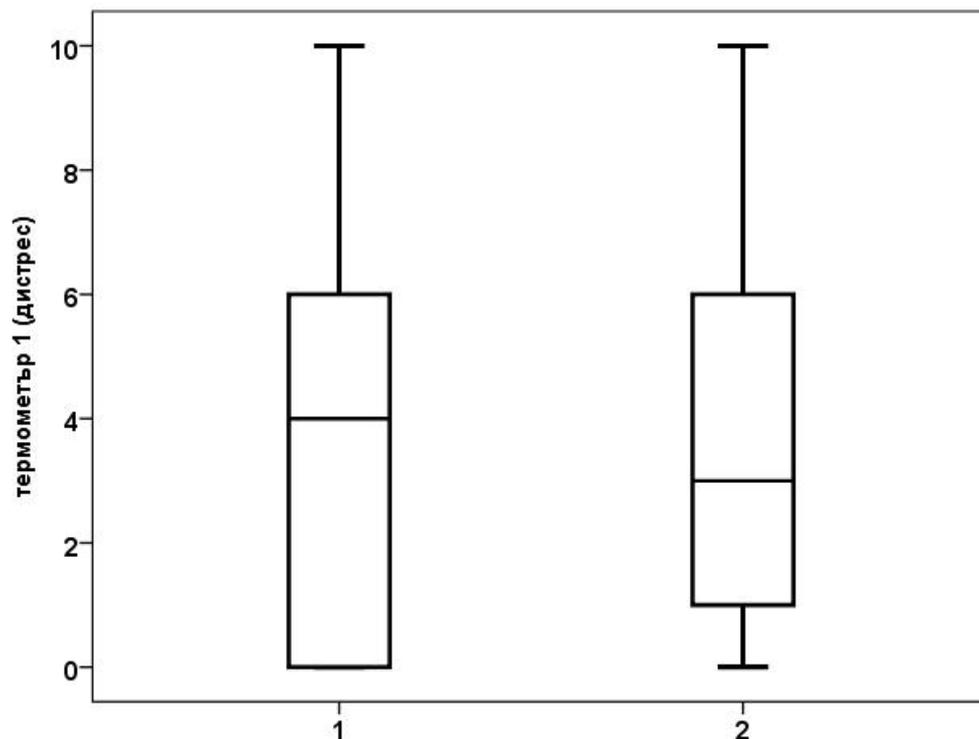
Фигура 56. Нива на дистрес при пациенти отговорили на въпрос свързан с „проблеми със съня”.

Последният въпрос от групата, свързани с наличието или отсъствието на физически проблеми е проблем свързан с **изтръпване на ръцете и/или краката**. Пациентите трябваше отново да отбележат дали през изминалата седмица, включително и в деня на попълване на анкетната карта са изпитвали изтръпване на ръцете/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%).

Изтръпването често е придружено и от усещане за „иглички“. Може да засегне пациенти от различни видове рак. Тази частична или пълна липса на усещане може да се развие в една или повече части на тялото, особено ръцете или краката. Раковите заболявания, които могат да доведат до изтръпване на ръцете или краката са тумор на главния мозък, който контролира усещането и движението; тумор на гръбначния мозък, който може да причини изтръпване от двете страни на тялото и да причини нарушения на координацията на ръцете и/или краката; миелом, който може да произведе необичайни

протеини, които увреждат нервите и причиняват изтръпване на краката; рак на простатата, който може да причини изтръпване на стъпалата и краката от тумори, притискащи гръбначния мозък; остра лимфоцитна левкемия, която може да причини изтръпване на лицето, възможен знак, че ракът се е разпространил в мозъка и гръбначния мозък; рак на белия дроб в напреднал стадий, който може да причини изтръпване на крайниците, ако се разпространи в мозъка.

Въпреки, че пациентите съобщили за този физически проблем са по-малко те не трябва да останат пренебрегнати. 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 анализираниите лица независимо от посочения от тях отговор на този въпрос ($p=0.15$) (Фигура 57).** На абсцисата на Box plot графиката са показани пациентите отговорили с „да”(1) или „не”(2), а на ордината нивото им на дистрес.



Фигура 57. Разпределение на пациентите в две групи според отбелязания от тях отговор на въпроса свързан с „изтръпване на ръцете/краката”.

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 листът съдържа 30 наблюдавани реакции (вербални и невербални поведенчески реакции), групирани в 3 раздела (всеки по 10) в зависимост от периода на наблюдаваните. Всяка реакция се маркира в зависимост от това дали е наблюдавана или липсва. Към всяка наблюдавана реакция има възможност да се опише подробно

действието на пациента или използваните изразни средства.

- ✓ *Първа група наблюдавани реакции (при постъпване в клиниката)* - тъга/плачливост, нервност/стресираност, гняв, агресия, спокойствие, тревожност/несигурност, радост, еуфория, разговорливост, мълчаливост.
- ✓ *Втора група наблюдавани реакции (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 приключи по-бързо от стандарта, желание да получи повече информация за назначената терапия и наличие на усмивка.
- ✓ *Трета група наблюдавани реакции (по време на дехоспитализацията)* - благодарност към екипа, гняв към екипа, съпричастност към натовареността на персонала, готовност за спазване на хигиенно диетичния режим у дома, желание 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.

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.

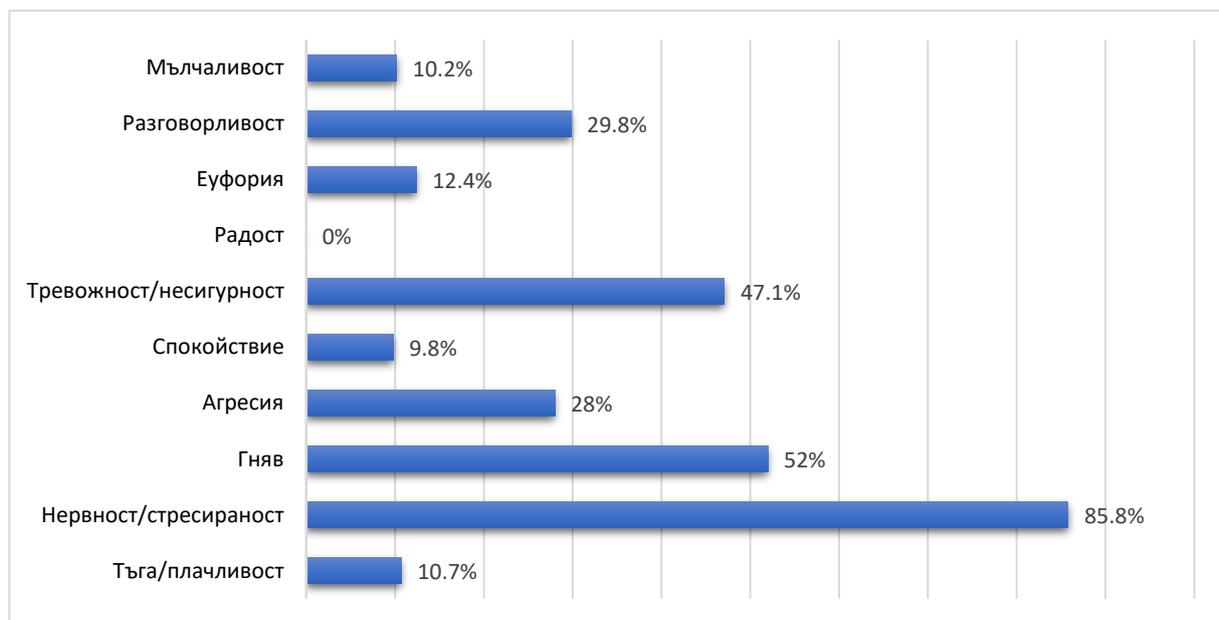
3.5.1. Оценка на поведенчески реакции на пациент с онкологично заболяване при постъпване, по време на престоя и при изписване от отделението

❖ 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. Управлението на стреса може да помогне на пациентите да се чувстват релаксирани и по-малко нервни.

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 наблюдението показват, че част от пациентите проявяват агресия (Фигура 58).



Фигура 58. 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. Когато човек живее с рак, той често е гневен

за начина, по който заболяването разрушава живота му. Гневът може да е насочен към начина, по който близките хора реагират на диагнозата. Много от пациентите може вероятно са гневни или просто не знаят как да изразят чувствата си. Възможно е също да се поддават на гнева си без да осъзнават естеството на тази емоция. 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 желаните 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.

Медицинска сестра би могла да помогне на пациентите да се справят с изпитваните емоции, чрез умението си да общува и взаимодейства с тях, тъй като значителна част от сестринските грижи се основават на общуването с пациента.

По време на разговор с болния, медицинската сестра би могла:

- *да обясни, че в настоящия момент, химиотерапията е с по-малък интензитет и отнема по-малко време в сравнение с тези, които са се провеждали в миналото и, че целта на лечението е да помогне, а не да навреди;*
- *да обясни, че често страничните ефекти могат да бъдат повлиявани с лекарства;*
- *да разясни, че повечето странични ефекти изчезват след края на лечението, като понякога те могат да бъдат избегнати и/или предотвратени преди започване на лечението.*

- *да насочи пациентите към групи за подкрепа, тъй като разговорите с други онкологично болни биха могли да помогнат да се чувстват подкрепени и че не са сами.*

Информацията предоставяна от медицинската сестра е въз основа на нейните компетенции.

❖ *Наблюдение по време на хоспитализацията*

Наблюдението на пациентите продължи и през престоя на болния в клиниката при провеждане на химиотерапевтичното лечение. Избираният 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%). Може би наличието на усмивка се дължи на общуването с персонала и другите пациенти и спокойствието, че са вече настанени в болничната стая (Фигура 59).



Фигура 59. Поведенчески реакции на пациента при престоя му в клиниката.

Медицинските сестри често са най-довереният член на екипа за борба с рака, когато става въпрос за получаване на информация и са застъпници за пациента, когато възникнат важни въпроси.

По време на болничния престой често медицинските сестри обясняват дадената от онколога информация разбираемо за пациента.

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.

❖ *Наблюдение по време на дехоспитализацията*

В деня на дехоспитализация 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 60)*.



Фигура 60. 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 на 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 61). 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 61. Сравнителен анализ между наличието на усмивка при пациента по време на болничния престой и при изписване.

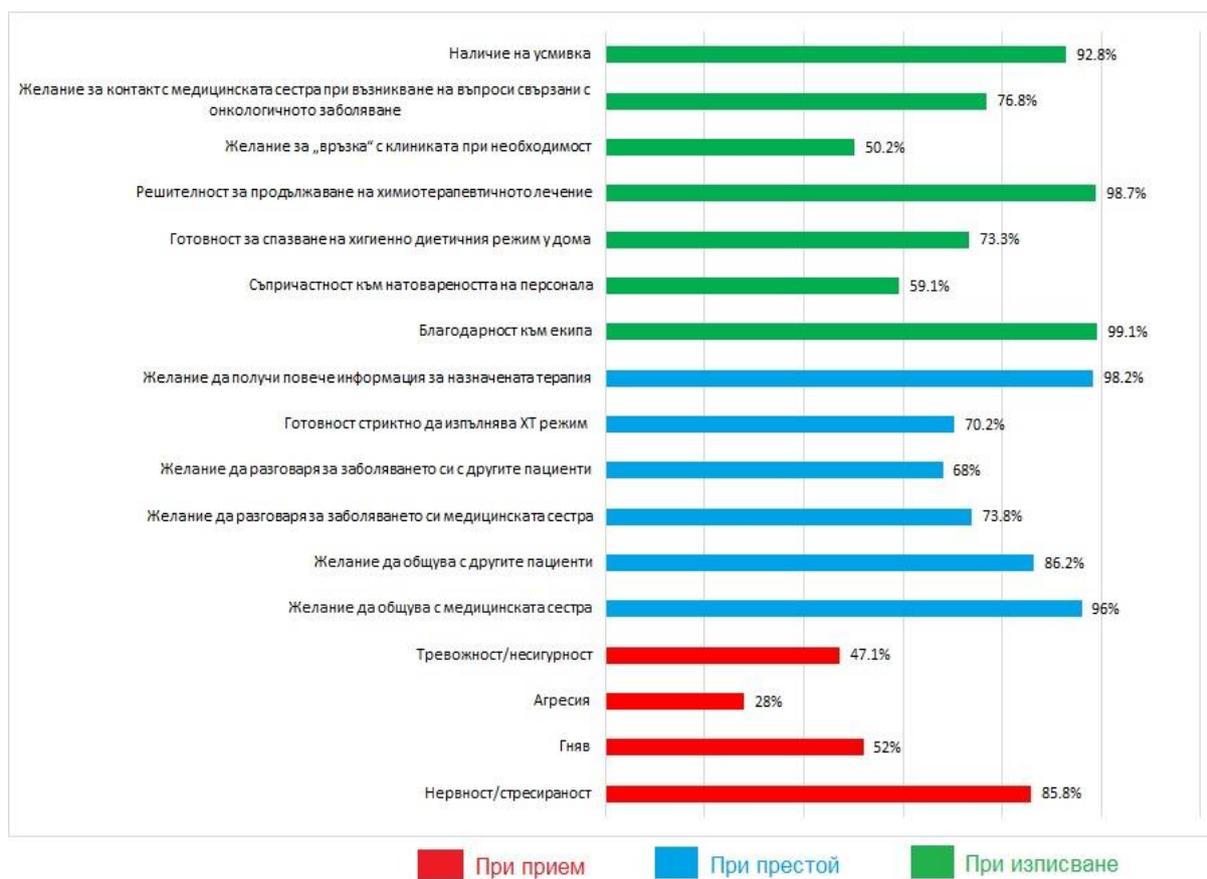
В деня на дехоспитализацията (изписване от клиниката) при пациентите вече липсват неизвестните, около това къде попадат, как и кой ще оказва грижите, как ще протече лечението, как ще се чувстват по време на престоя и след преливането на химиотерапевтиците.

Комуникацията с пациенти в добро общо състояние би подпомогнала усеждането за спокойствие и да намали чувството за напрежение, страх и самота.

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 62).



Фигура 62. Най-често срещани поведенчески характеристики на пациента по време на прием, престой в клиниката и дехоспитализация.

Оценката на резултатите от Чек листа на наблюдението показват емоционалния статус при всеки пациент. Чрез него би могла да се подпомогне професионалната дейност на медицинската сестра при оказване на ефективни онкологични грижи. Медицинска сестра трябва да развива умение за наблюдателност, за всичко което се случва около пациента, от момента на хоспитализацията през настаняването до дехоспитализацията му.

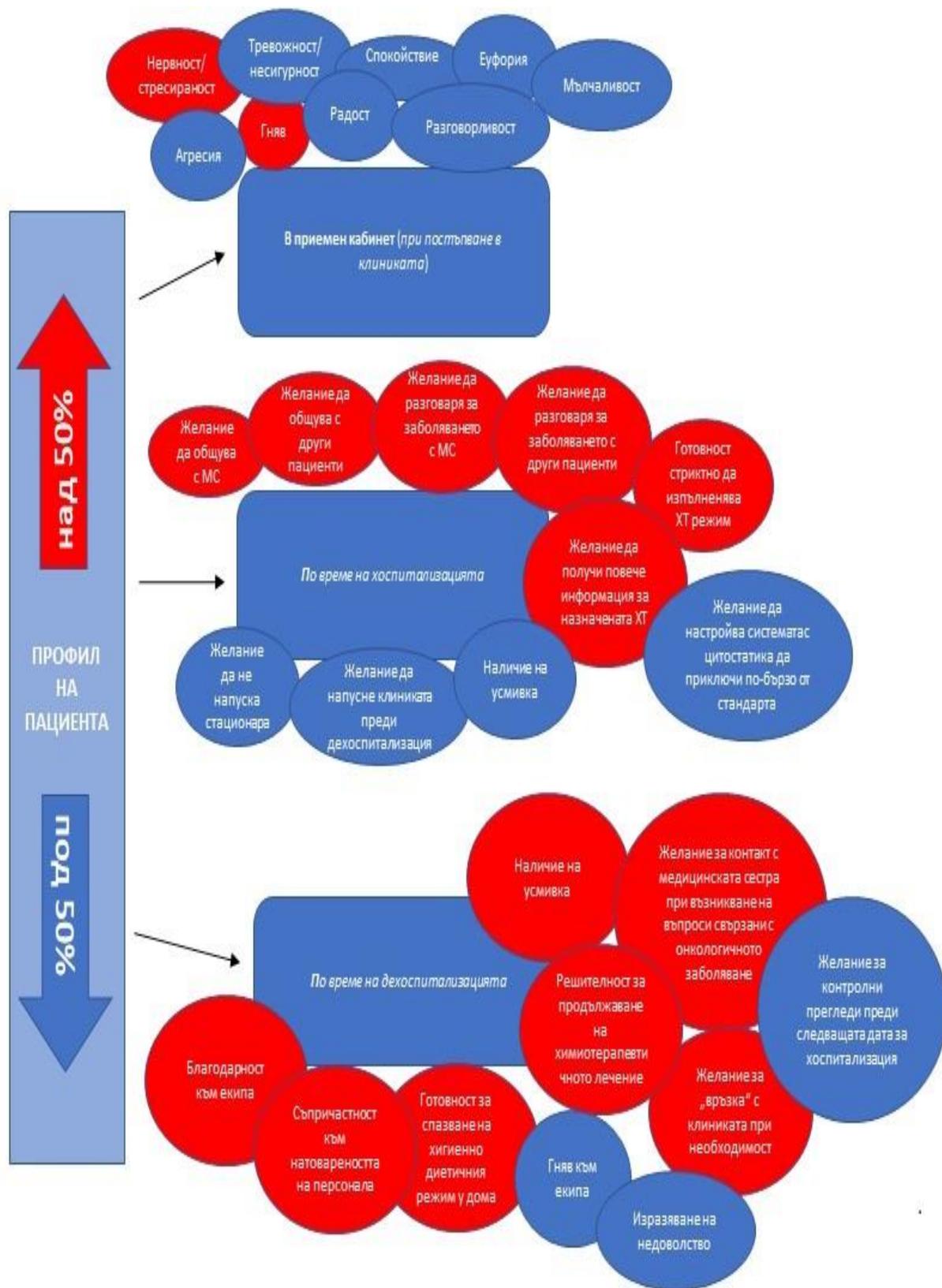
На базата на получените данни от проведеното наблюдение на поведенческите реакции на пациента в периода на хоспитализацията, можем да опишем **профил на пациента**:

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 профилът на пациента е представен на фигура 63.



Фигура 63. Профил на поведението на пациента по време на хоспитализация.

Съвременната концепция за сестринството е свързана с изграждането на умения и навици в медицинската сестра за клинично наблюдение, анализ на състоянието на пациента и прилагане на индивидуален подход в сестринските грижи.

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.

Получената информация от извършеното наблюдение подпомага да се оптимизират сестринските грижи и да се подпомогне пациента при адаптацията към болничната среда.

По време на наблюдението се разкри полезна информация, която допълва информацията за медицинската сестра по отношение на психоемоционалния статус на пациента.

Въз основа на получените резултати от проучването и наблюдението бихме могли да предложим като превантивна мярка да се подпомага психоемоционалното състояние на пациентите чрез формиране на групи за вентилиране на емоции, а при наличие на тревожно-депресивни състояния, поведенчески разстройства, агресивни прояви и доказани високи нива на дистрес е необходимо пациентите да се насочат за консултация с психолог и/или психиатър.

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, мълчаливост*.

Взаимоотношенията медицинска сестра-пациент са от изключително значение. Медицинската помощ трябва да включва професионална 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 помогнали* (МС-4). Разбираемо е затруднението, свързано с оценката на резултатите от лечението, тъй като фокусът на работа на медицинските сес-

три 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.

ГЛАВА ЧЕТВЪРТА

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 повторяемост 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”, разяснява на пациента какво се иска от него и го подпомага да се справи с попълването на въпросника.
- **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. Резултатите от

скрининга трябва да бъдат документирани в медицинското досие и трябва да показват пряко и ясно прилагане на скрининг, оценяване, насочване, резултати и наблюдение за определен период от време.

- **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 64.

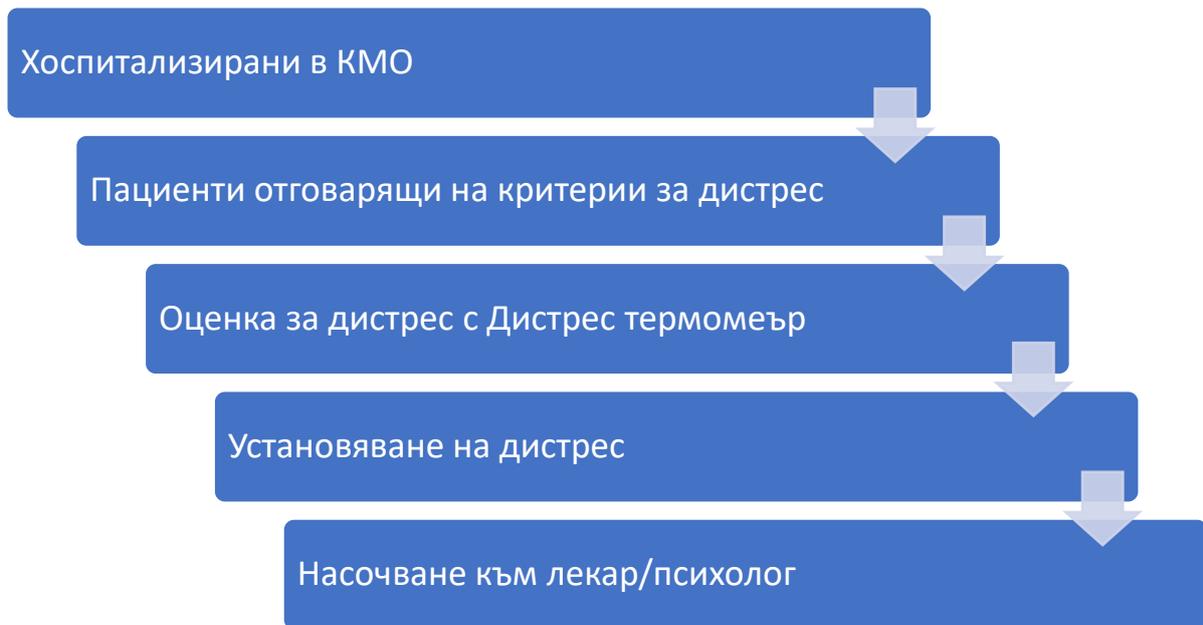
Предлагаме този модел, тъй като скринингът за дистрес и насочването за предоставяне на психосоциални грижи понастоящем е препоръчителен подход за управление на дистрес. Клиничният екип трябва да осигури подкрепа на пациенти с лек дистрес и насочване към психосоциални грижи за пациенти с умерен или тежък 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 ежедневно работата 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 65), който да улесни онкологичните сестри в прилагането на скрининговата програма както следва:



Фигура 65. 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 66.

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.

ГЛАВА ПЕТА

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) ($p=0.018$).

- ✓ *Добрият перформанс 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 дистресът 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.

Заклучение

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, местоживееене, 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 на 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.

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

Използвана литература

1. 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.
2. Zabora J, BrintzenhofeSzoc K, Curbow B, Hooker C, Piantadosi S. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psychooncology* 2001; **10**(1): 19-28.
3. 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.
4. 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.
5. Галина Куртева ДД, Галина Милчева. Наръчник по онкология за химиотерапевтични медицински сестри: Illusion&neoprint; 2013.
6. Ангелова Л. Наръчник в помощ на пациенти с онкологични заболявания и техните близки.
7. Балканска-Георгиева П. Възрастният човек като пациент: Клинична геронтопсихология в здравните и в социалните грижи. 2003.
8. Добрилова ПП. Сестрински грижи за пациенти с онкологични заболявания. 2020; **1**.
9. Генова-Егурузе К. Грижи за онкологично болни - предизвикателства за медицинските сестри. 2018.
10. Генова К. Проучване информираността на жените относно профилактиката при рак на гърдата. *Здравни грижи* 2012; (3): 7-12.
11. Хинев А. Хирургично лечение на простатния карцином. 2013.
12. Целков К. Рак на гърдата и борбата с него през ХХІ век. 2018.
13. Белоев Й. Грижи за болния и сестринска техника. 2000.
14. Соня Тончева СБ. Теоретични основи на сестринските грижи. 2017.
15. Балканска П. Професионално общуване и комуникативна компетентност. 2010.
16. Мухина С. Теоретични основи на сестринските грижи. 2006.
17. Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014-2020. 2013.
18. Василева Л. Профил на професионален стрес при лекари и медицински сестри. *Медицински магазин*; **15**: 1-15.
19. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 2011; **61**(2): 69-90.
20. Pawelec G, Derhovanessian E, Larbi A. Immunosenescence and cancer. *Crit Rev Oncol Hematol* 2010; **75**(2): 165-72.
21. Anisimov VN, Sikora E, Pawelec G. Relationships between cancer and aging: a multilevel approach. *Biogerontology* 2009; **10**(4): 323-38.
22. Peto J. Cancer epidemiology in the last century and the next decade. *Nature* 2001; **411**(6835): 390-5.
23. Franco EL, Duarte-Franco E, Ferenczy A. Cervical cancer: epidemiology, prevention and the role of human papillomavirus infection. *СМАЖ* 2001; **164**(7): 1017-25.
24. Национална програма за първична профилактика на рака на маточната шийка 2017-2020. 2016.
25. Маслянков С. Мултидисциплинарен подход в диагностиката и лечението на карцином на гърдата. 2021.
26. Boyle P, Langman JS. ABC of colorectal cancer: Epidemiology. *BMJ* 2000; **321**(7264): 805-8.
27. Заболеваемост от рак в България. *Български национален раков регистър* 2013.
28. Петров П. Съвременен преглед върху рака на маточната шийка. *МЕДИНФО* 2011; (11).
29. Anand P, Kunnumakkara AB, Sundaram C, et al. Cancer is a preventable disease that requires major lifestyle changes. *Pharm Res* 2008; **25**(9): 2097-116.
30. Tolar J, Neglia JP. Transplacental and other routes of cancer transmission between individuals. *J Pediatr Hematol Oncol* 2003; **25**(6): 430-4.
31. Brenner H, Rothenbacher D, Arndt V. Epidemiology of stomach cancer. *Methods Mol Biol* 2009; **472**: 467-77.
32. Buell P, Dunn JE, Jr. Cancer Mortality among Japanese Issei and Nisei of California. *Cancer* 1965; **18**:

- 656-64.
33. Kushi LH, Byers T, Doyle C, et al. American Cancer Society Guidelines on Nutrition and Physical Activity for cancer prevention: reducing the risk of cancer with healthy food choices and physical activity. *CA Cancer J Clin* 2006; **56**(5): 254-81; quiz 313-4.
 34. Park S, Bae J, Nam BH, Yoo KY. Aetiology of cancer in Asia. *Asian Pac J Cancer Prev* 2008; **9**(3): 371-80.
 35. Bhaskaran K, Douglas I, Forbes H, dos-Santos-Silva I, Leon DA, Smeeth L. Body-mass index and risk of 22 specific cancers: a population-based cohort study of 5.24 million UK adults. *Lancet* 2014; **384**(9945): 755-65.
 36. Roukos DH. Genome-wide association studies: how predictable is a person's cancer risk? *Expert Rev Anticancer Ther* 2009; **9**(4): 389-92.
 37. Cunningham D, Atkin W, Lenz HJ, et al. Colorectal cancer. *Lancet* 2010; **375**(9719): 1030-47.
 38. Грейбър Ч. Откритието - Нови постижения в имунотерапията за борба с рака и други сериозни заболявания. 2022.
 39. Тимчева К. Медицинска онкология. 2021; **1**.
 40. Biesalski HK, Bueno de Mesquita B, Chesson A, et al. European Consensus Statement on Lung Cancer: risk factors and prevention. Lung Cancer Panel. *CA Cancer J Clin* 1998; **48**(3): 167-76; discussion 4-6.
 41. Kuper H, Boffetta P, Adami HO. Tobacco use and cancer causation: association by tumour type. *J Intern Med* 2002; **252**(3): 206-24.
 42. Hanahan D, Weinberg RA. The hallmarks of cancer. *Cell* 2000; **100**(1): 57-70.
 43. Кръстанова О. Генетика на рака. 2018.
 44. DiCiommo D, Gallie BL, Bremner R. Retinoblastoma: the disease, gene and protein provide critical leads to understand cancer. *Semin Cancer Biol* 2000; **10**(4): 255-69.
 45. Langley RR, Fidler IJ. The seed and soil hypothesis revisited--the role of tumor-stroma interactions in metastasis to different organs. *Int J Cancer* 2011; **128**(11): 2527-35.
 46. Ганева З. Още нещо за рака на гърдата. 2013.
 47. Folkman J, Merler E, Abernathy C, Williams G. Isolation of a tumor factor responsible for angiogenesis. *J Exp Med* 1971; **133**(2): 275-88.
 48. Folgueras AR, Pendas AM, Sanchez LM, Lopez-Otin C. Matrix metalloproteinases in cancer: from new functions to improved inhibition strategies. *Int J Dev Biol* 2004; **48**(5-6): 411-24.
 49. Vardiman JW. The World Health Organization (WHO) classification of tumors of the hematopoietic and lymphoid tissues: an overview with emphasis on the myeloid neoplasms. *Chem Biol Interact* 2010; **184**(1-2): 16-20.
 50. Longhi A, Errani C, De Paolis M, Mercuri M, Bacci G. Primary bone osteosarcoma in the pediatric age: state of the art. *Cancer Treat Rev* 2006; **32**(6): 423-36.
 51. Nasr SH, Said SM, Valeri AM, et al. The diagnosis and characteristics of renal heavy-chain and heavy/light-chain amyloidosis and their comparison with renal light-chain amyloidosis. *Kidney Int* 2013; **83**(3): 463-70.
 52. Yu YH, Liang C, Yuan XZ. Diagnostic value of vacuum-assisted breast biopsy for breast carcinoma: a meta-analysis and systematic review. *Breast Cancer Res Treat* 2010; **120**(2): 469-79.
 53. Saslow D, Hannan J, Osuch J, et al. Clinical breast examination: practical recommendations for optimizing performance and reporting. *CA Cancer J Clin* 2004; **54**(6): 327-44.
 54. Brenner DJ, Hall EJ. Computed tomography--an increasing source of radiation exposure. *N Engl J Med* 2007; **357**(22): 2277-84.
 55. Khan FR, Henderson JM. Deep brain stimulation surgical techniques. *Handb Clin Neurol* 2013; **116**: 27-37.
 56. Patz EF, Jr., Connolly J, Herndon J. Prognostic value of thoracic FDG PET imaging after treatment for non-small cell lung cancer. *AJR Am J Roentgenol* 2000; **174**(3): 769-74.
 57. Graef I, Karnofsky DA, et al. The clinical and pathologic effects of the nitrogen and sulfur mustards in laboratory animals. *Am J Pathol* 1948; **24**(1): 1-47.
 58. Oken MM, Creech RH, Tormey DC, et al. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Clin Oncol* 1982; **5**(6): 649-55.
 59. Куртев П. Обща и клинична онкология. 2022; **2**.
 60. Анзова Е. Оказване на емоционална подкрепа при жени, претърпели рак на гърдата. 2021.

61. Kilpatrick ES, Lind MJ. Appropriate requesting of serum tumour markers. *BMJ* 2009; **339**: b3111.
62. Wickberg A, Holmberg L, Adami HO, Magnuson A, Villman K, Liljegren G. Sector resection with or without postoperative radiotherapy for stage I breast cancer: 20-year results of a randomized trial. *J Clin Oncol* 2014; **32**(8): 791-7.
63. Lee VH, Ng SC, Leung TW, Au GK, Kwong DL. Dosimetric predictors of radiation-induced acute nausea and vomiting in IMRT for nasopharyngeal cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2012; **84**(1): 176-82.
64. Carretero C, Munoz-Navas M, Betes M, et al. Gastroduodenal injury after radioembolization of hepatic tumors. *Am J Gastroenterol* 2007; **102**(6): 1216-20.
65. Wagner AD, Syn NL, Moehler M, et al. Chemotherapy for advanced gastric cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; **8**: CD004064.
66. Kataoka K, Kinoshita T, Moehler M, et al. Current management of liver metastases from gastric cancer: what is common practice? New challenge of EORTC and JCOG. *Gastric Cancer* 2017.
67. Gamelin E, Delva R, Jacob J, et al. Individual fluorouracil dose adjustment based on pharmacokinetic follow-up compared with conventional dosage: results of a multicenter randomized trial of patients with metastatic colorectal cancer. *J Clin Oncol* 2008; **26**(13): 2099-105.
68. Hanna N, Neubauer M, Yiannoutsos C, et al. Phase III study of cisplatin, etoposide, and concurrent chest radiation with or without consolidation docetaxel in patients with inoperable stage III non-small-cell lung cancer: the Hoosier Oncology Group and U.S. Oncology. *J Clin Oncol* 2008; **26**(35): 5755-60.
69. Тимчева К. Терапевтичен справочник по медицинска онкология. 2019.
70. Micog JS, van der Hage JA, van de Velde CJ. Neoadjuvant chemotherapy for operable breast cancer. *Br J Surg* 2007; **94**(10): 1189-200.
71. Micog JS, van der Hage JA, van de Velde CJ. Preoperative chemotherapy for women with operable breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; (2): CD005002.
72. Minotti G, Menna P, Salvatorelli E, Cairo G, Gianni L. Anthracyclines: molecular advances and pharmacologic developments in antitumor activity and cardiotoxicity. *Pharmacol Rev* 2004; **56**(2): 185-229.
73. Epstein RJ. Maintenance therapy to suppress micrometastasis: the new challenge for adjuvant cancer treatment. *Clin Cancer Res* 2005; **11**(15): 5337-41.
74. Chabner BA, Roberts TG, Jr. Timeline: Chemotherapy and the war on cancer. *Nat Rev Cancer* 2005; **5**(1): 65-72.
75. Богданова. Мотивация на ръководителите за професионално развитие и повишаване на квалификацията като фактор за качествени здравни грижи. *Institute of Knowledge Management* 2020; **41**: 641-6.
76. Грънчарова Г. Управление на здравните грижи. 2011.
77. Тончева С. Приносът на медицинската сестра за по-качествено здравно обучение на пациентите. *Здравна икономика и мениджмънт* 2004.
78. Тончева С. Здравно обучение на пациентите – функция на медицинската сестра. *Здравни грижи* 2010: 6-10.
79. Rini BI. Vascular endothelial growth factor-targeted therapy in renal cell carcinoma: current status and future directions. *Clin Cancer Res* 2007; **13**(4): 1098-106.
80. Danaei G, Vander Hoorn S, Lopez AD, Murray CJ, Ezzati M, Comparative Risk Assessment collaborating g. Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors. *Lancet* 2005; **366**(9499): 1784-93.
81. Wu S, Powers S, Zhu W, Hannun YA. Substantial contribution of extrinsic risk factors to cancer development. *Nature* 2016; **529**(7584): 43-7.
82. Генова-Егурузе К. Съвременни аспекти на палиативните сестрински грижи. 2018.
83. Анзова ЕИ. Оказване на емоционална подкрепа при жени, претърпели рак на гърдата. 2021.
84. Андонова А. Здравни грижи за пациента. 2015.
85. Чанева Г. Качеството на сестринските грижи като приоритет. 2008.
86. Cummings GG, Lee SD, Tate KC. The evolution of oncology nursing: Leading the path to change. *Can Oncol Nurs J* 2018; **28**(4): 314-7.
87. Katz A. Compassion in practice: Difficult conversations in oncology nursing. *Can Oncol Nurs J* 2019; **29**(4): 255-7.
88. Куртев П. Обща и клинична онкология. 2021; **1**.

89. Лебикян Е. Компетенциите на медицинските сестри в променящото се съвременно общество. 2009: 150 – 2.
90. Hession N, Habenicht A. Clinical supervision in oncology: A narrative review. *Health Psychol Res* 2020; **8**(1): 8651.
91. Ачкова М. Приложна психология в медицината и здравните грижи. 2001.
92. Annete Galassi CM, Catherine Muha. Making the invisible visible: Oncology nursing efforts of NCI-designated cancer centers in LMICs. *Journal of Cancer Policy* 2017.
93. Тончева С. Образователни възможности за повишаване компетенциите на медицинската сестра. *Здравни грижи* 2006.
94. Ferrell B, Connor SR, Cordes A, et al. The national agenda for quality palliative care: the National Consensus Project and the National Quality Forum. *J Pain Symptom Manage* 2007; **33**(6): 737-44.
95. Борисова Б. Социокултурен анализ на комуникацията между здравни професионалисти и пациенти. *Здравна политика и мениджмънт* 2013; (2): 15-9.
96. Elsayem A, Bruera E. Palliative care and physician responsibility. *J Palliat Med* 2006; **9**(4): 838-9; author reply 40.
97. Георгиева Д. Промяна в нагласите и моделите на комуникация между медицинска сестра и пациент. *Научни трудове на Русенския университет* 2011; **50**.
98. Иванова Д. Теоретични аспекти на обучението по сестрински грижи. 2021.
99. Elsayem A, Smith ML, Parmley L, et al. Impact of a palliative care service on in-hospital mortality in a comprehensive cancer center. *J Palliat Med* 2006; **9**(4): 894-902.
100. London MR, McSkimming S, Drew N, Quinn C, Carney B. Evaluation of a Comprehensive, Adaptable, Life-Affirming, Longitudinal (CALL) palliative care project. *J Palliat Med* 2005; **8**(6): 1214-25.
101. Николова М. Практическо ръководство за сестрински грижи. 2017.
102. Strang P, Strang S, Hultborn R, Arner S. Existential pain--an entity, a provocation, or a challenge? *J Pain Symptom Manage* 2004; **27**(3): 241-50.
103. Попова С. Комуникационни умения и автономни функции на сестринството. 2001.
104. Тачева В. Комуникативни умения в медицинската практика. 2014.
105. Деспотова-Толева Л. Продължителни грижи и палиативна медицина - практически занятия по обща медицина. 2017.
106. Тачева В. Комуникативни умения в медицинската практика. 2014.
107. Carlson RW, Devich L, Frank RR. Development of a comprehensive supportive care team for the hopelessly ill on a university hospital medical service. *JAMA* 1988; **259**(3): 378-83.
108. Танчева Д. философия и въведение в сестринските грижи - I част. 2020.
109. Александрова М. Грижа за болния и сестринска техника. 2015.
110. Walsh D. The Harry R. Horvitz Center for Palliative Medicine (1987-1999): development of a novel comprehensive integrated program. *Am J Hosp Palliat Care* 2001; **18**(4): 239-50.
111. <http://www.nccn.org/>.
112. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol* 2011; **12**(2): 160-74.
113. Fallowfield L, Ratcliffe D, Jenkins V, Saul J. Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. *Br J Cancer* 2001; **84**(8): 1011-5.
114. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1983; **249**(6): 751-7.
115. 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.
116. Linden W, Vodermaier A, Mackenzie R, Greig D. Anxiety and depression after cancer diagnosis: prevalence rates by cancer type, gender, and age. *J Affect Disord* 2012; **141**(2-3): 343-51.
117. Христозов Х. Медицинска психология. 1989.
118. Кожухаров Х. Психиатрия. Учебник за медицински сестри и акушерки и студенти в медицинските колежи. 2019.
119. Carlson LE, Bultz BD. Cancer distress screening. Needs, models, and methods. *J Psychosom Res* 2003; **55**(5): 403-9.
120. BrintzenhofeSzoc K, Davis C, Kayser K, et al. Screening for psychosocial distress: a national survey of

- oncology social workers. *J Psychosoc Oncol* 2015; **33**(1): 34-47.
121. Massie MJ. Prevalence of depression in patients with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004; (32): 57-71.
 122. 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.
 123. 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.
 124. Mitchell AJ. Pooled results from 38 analyses of the accuracy of distress thermometer and other ultra-short methods of detecting cancer-related mood disorders. *J Clin Oncol* 2007; **25**(29): 4670-81.
 125. Akizuki N, Akechi T, Nakanishi T, et al. Development of a brief screening interview for adjustment disorders and major depression in patients with cancer. *Cancer* 2003; **97**(10): 2605-13.
 126. Dabrowski M, Boucher K, Ward JH, et al. Clinical experience with the NCCN distress thermometer in breast cancer patients. *J Natl Compr Canc Netw* 2007; **5**(1): 104-11.
 127. Hoffman BM, Zevon MA, D'Arrigo MC, Cecchini TB. Screening for distress in cancer patients: the NCCN rapid-screening measure. *Psychooncology* 2004; **13**(11): 792-9.
 128. Jacobsen PB, Donovan KA, Trask PC, et al. Screening for psychologic distress in ambulatory cancer patients. *Cancer* 2005; **103**(7): 1494-502.
 129. Waxmonsky JA, Thomas M, Giese A, et al. Evaluating Depression Care Management in a Community Setting: Main Outcomes for a Medicaid HMO Population with Multiple Medical and Psychiatric Comorbidities. *Depress Res Treat* 2012; **2012**: 769298.
 130. Ganz PA, Earle CC, Goodwin PJ. Journal of Clinical Oncology update on progress in cancer survivorship care and research. *J Clin Oncol* 2012; **30**(30): 3655-6.
 131. Ripamonti CI, Bossi P, Santini D, Fallon M. Pain related to cancer treatments and diagnostic procedures: a no man's land? *Ann Oncol* 2014; **25**(6): 1097-106.
 132. Pinquart M, Duberstein PR. Depression and cancer mortality: a meta-analysis. *Psychol Med* 2010; **40**(11): 1797-810.
 133. Газиел Х. Професионалният стрес и неговите възможни детерминанти. *Комнас* 1994; **4**: 24-8.
 134. Лечева З. Теоретични основи на професионалният стрес и бърнаут синдрома. *Социална медицина* 2017; **1**: 33-5.
 135. Мадолев В. Стрес и страдание. *Педагогика* 2000; **9**(12): 16-23.
 136. Steinberg T, Roseman M, Kasymjanova G, et al. Prevalence of emotional distress in newly diagnosed lung cancer patients. *Support Care Cancer* 2009; **17**(12): 1493-7.
 137. Iconomou G, Mega V, Koutras A, Iconomou AV, Kalofonos HP. Prospective assessment of emotional distress, cognitive function, and quality of life in patients with cancer treated with chemotherapy. *Cancer* 2004; **101**(2): 404-11.
 138. Graves KD, Arnold SM, Love CL, Kirsh KL, Moore PG, Passik SD. Distress screening in a multidisciplinary lung cancer clinic: prevalence and predictors of clinically significant distress. *Lung Cancer* 2007; **55**(2): 215-24.
 139. Hoffman KE, McCarthy EP, Recklitis CJ, Ng AK. Psychological distress in long-term survivors of adult-onset cancer: results from a national survey. *Arch Intern Med* 2009; **169**(14): 1274-81.
 140. Mehnert A, Koch U. Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors. *J Psychosom Res* 2008; **64**(4): 383-91.
 141. Gustavsson-Lilius M, Julkunen J, Keskivaara P, Hietanen P. Sense of coherence and distress in cancer patients and their partners. *Psychooncology* 2007; **16**(12): 1100-10.
 142. Macleod U, Ross S, Fallowfield L, Watt GC. Anxiety and support in breast cancer: is this different for affluent and deprived women? A questionnaire study. *Br J Cancer* 2004; **91**(5): 879-83.
 143. Bisson JJ, Chubb HL, Bennett S, Mason M, Jones D, Kynaston H. The prevalence and predictors of psychological distress in patients with early localized prostate cancer. *BJU Int* 2002; **90**(1): 56-61.
 144. Valente SM, Saunders JM, Cohen MZ. Evaluating depression among patients with cancer. *Cancer Pract* 1994; **2**(1): 65-71.
 145. Steele R, Fitch MI. Why patients with lung cancer do not want help with some needs. *Support Care Cancer* 2008; **16**(3): 251-9.
 146. Fisch MJ, Titzer ML, Kristeller JL, et al. Assessment of quality of life in outpatients with advanced cancer:

- the accuracy of clinician estimations and the relevance of spiritual well-being—a Hoosier Oncology Group Study. *J Clin Oncol* 2003; **21**(14): 2754-9.
147. Di Maio M, Gridelli C, Gallo C, et al. Prevalence and management of pain in Italian patients with advanced non-small-cell lung cancer. *Br J Cancer* 2004; **90**(12): 2288-96.
 148. McDonald MV, Passik SD, Dugan W, Rosenfeld B, Theobald DE, Edgerton S. Nurses' recognition of depression in their patients with cancer. *Oncol Nurs Forum* 1999; **26**(3): 593-9.
 149. Schofield P, Carey M, Bonevski B, Sanson-Fisher R. Barriers to the provision of evidence-based psychosocial care in oncology. *Psychooncology* 2006; **15**(10): 863-72.
 150. Muriel AC, Hwang VS, Kornblith A, et al. Management of psychosocial distress by oncologists. *Psychiatr Serv* 2009; **60**(8): 1132-4.
 151. Newell SA, Sanson-Fisher RW, Savolainen NJ. Systematic review of psychological therapies for cancer patients: overview and recommendations for future research. *J Natl Cancer Inst* 2002; **94**(8): 558-84.
 152. Cunningham AJ. Adjuvant psychological therapy for cancer patients: putting it on the same footing as adjunctive medical therapies. *Psychooncology* 2000; **9**(5): 367-71.
 153. Barroso J, Carlson JR, Meynell J. Physiological and psychological markers associated with HIV-related fatigue. *Clin Nurs Res* 2003; **12**(1): 49-68.
 154. Holland JC. American Cancer Society Award lecture. Psychological care of patients: psycho-oncology's contribution. *J Clin Oncol* 2003; **21**(23 Suppl): 253s-65s.
 155. Zenger M, Lehmann-Laue A, Stolzenburg JU, Schwalenberg T, Ried A, Hinz A. The relationship of quality of life and distress in prostate cancer patients compared to the general population. *Psychosoc Med* 2010; **7**: Doc02.
 156. Harrison JD, Young JM, Price MA, Butow PN, Solomon MJ. What are the unmet supportive care needs of people with cancer? A systematic review. *Support Care Cancer* 2009; **17**(8): 1117-28.
 157. Sanson-Fisher R, Girgis A, Boyes A, Bonevski B, Burton L, Cook P. The unmet supportive care needs of patients with cancer. Supportive Care Review Group. *Cancer* 2000; **88**(1): 226-37.
 158. Ernstmann N, Neumann M, Ommen O, et al. Determinants and implications of cancer patients' psychosocial needs. *Support Care Cancer* 2009; **17**(11): 1417-23.
 159. Kahn KL, Schneider EC, Malin JL, Adams JL, Epstein AM. Patient centered experiences in breast cancer: predicting long-term adherence to tamoxifen use. *Med Care* 2007; **45**(5): 431-9.
 160. Борд Е. Психосоциална подкрепа и рехабилитация в онкология. 2015.
 161. Vodermaier A, Linden W, Siu C. Screening for emotional distress in cancer patients: a systematic review of assessment instruments. *J Natl Cancer Inst* 2009; **101**(21): 1464-88.
 162. Thekkumpurath P, Venkateswaran C, Kumar M, Bennett MI. Screening for psychological distress in palliative care: a systematic review. *J Pain Symptom Manage* 2008; **36**(5): 520-8.
 163. Ziegler L, Hill K, Neilly L, et al. Identifying psychological distress at key stages of the cancer illness trajectory: a systematic review of validated self-report measures. *J Pain Symptom Manage* 2011; **41**(3): 619-36.
 164. Ahmed N, Bestall JC, Payne SA, Noble B, Ahmedzai SH. The use of cognitive interviewing methodology in the design and testing of a screening tool for supportive and palliative care needs. *Support Care Cancer* 2009; **17**(6): 665-73.
 165. Meraner V, Giesinger J, Kemmler G, et al. Development of a screening tool for the identification of psychooncological treatment need in breast cancer patients. *Psychooncology* 2009; **18**(9): 974-83.
 166. Wright P, Smith AB, Keding A, Velikova G. The Social Difficulties Inventory (SDI): development of subscales and scoring guidance for staff. *Psychooncology* 2011; **20**(1): 36-43.
 167. Tuinman MA, Gazendam-Donofrio SM, Hoekstra-Weebers JE. Screening and referral for psychosocial distress in oncologic practice: use of the Distress Thermometer. *Cancer* 2008; **113**(4): 870-8.
 168. Hughes KL, Sargeant H, Hawkes AL. Acceptability of the Distress Thermometer and Problem List to community-based telephone cancer helpline operators, and to cancer patients and carers. *BMC Cancer* 2011; **11**: 46.
 169. Snyder CF, Dy SM, Hendricks DE, et al. Asking the right questions: investigating needs assessments and health-related quality-of-life questionnaires for use in oncology clinical practice. *Support Care Cancer* 2007; **15**(9): 1075-85.
 170. Widmark-Petersson V, von Essen L, Sjoden PO. Perceptions of caring among patients with cancer and their staff. Differences and disagreements. *Cancer Nurs* 2000; **23**(1): 32-9.

171. Merckaert I, Libert Y, Messin S, Milani M, Slachmuylder JL, Razavi D. Cancer patients' desire for psychological support: prevalence and implications for screening patients' psychological needs. *Psychooncology* 2010; **19**(2): 141-9.
172. Granger C, Denehy L. Exercise interventions following surgery for non-small cell lung cancer (NSCLC): the need for future randomised controlled trials. *Lung Cancer* 2010; **70**(2): 228-9.
173. Pirl WF, Muriel A, Hwang V, et al. Screening for psychosocial distress: a national survey of oncologists. *J Support Oncol* 2007; **5**(10): 499-504.
174. Mitchell AJ, Kaar S, Coggan C, Herdman J. Acceptability of common screening methods used to detect distress and related mood disorders-preferences of cancer specialists and non-specialists. *Psychooncology* 2008; **17**(3): 226-36.
175. Beran TM, Stanton AL, Kwan L, et al. The trajectory of psychological impact in BRCA1/2 genetic testing: does time heal? *Ann Behav Med* 2008; **36**(2): 107-16.
176. Rosenbloom SK, Victorson DE, Hahn EA, Peterman AH, Cella D. Assessment is not enough: a randomized controlled trial of the effects of HRQL assessment on quality of life and satisfaction in oncology clinical practice. *Psychooncology* 2007; **16**(12): 1069-79.
177. Bulli F, Miccinesi G, Maruelli A, Katz M, Paci E. The measure of psychological distress in cancer patients: the use of Distress Thermometer in the Oncological Rehabilitation Center of Florence. *Support Care Cancer* 2009; **17**(7): 771-9.
178. Thewes B, Butow P, Stuart-Harris R, Greater Southern Area Health Service Screening Collaborative G. Does routine psychological screening of newly diagnosed rural cancer patients lead to better patient outcomes? Results of a pilot study. *Aust J Rural Health* 2009; **17**(6): 298-304.
179. Dudgeon D, King S, Howell D, et al. Cancer Care Ontario's experience with implementation of routine physical and psychological symptom distress screening. *Psychooncology* 2012; **21**(4): 357-64.
180. Kendall J, Glaze K, Oakland S, Hansen J, Parry C. What do 1281 distress screeners tell us about cancer patients in a community cancer center? *Psychooncology* 2011; **20**(6): 594-600.
181. Valderas JM, Kotzeva A, Espallargues M, et al. The impact of measuring patient-reported outcomes in clinical practice: a systematic review of the literature. *Qual Life Res* 2008; **17**(2): 179-93.
182. Absolom K, Holch P, Pini S, et al. The detection and management of emotional distress in cancer patients: the views of health-care professionals. *Psychooncology* 2011; **20**(6): 601-8.
183. Dolbeault S, Boistard B, Meuric J, Copel L, Bredart A. Screening for distress and supportive care needs during the initial phase of the care process: a qualitative description of a clinical pilot experiment in a French cancer center. *Psychooncology* 2011; **20**(6): 585-93.
184. Cooke S, Smith I, Turl E, Arnold E, Msetfi RM. Parent perspectives of clinical psychology access when experiencing distress. *Community Pract* 2012; **85**(4): 34-7.
185. Norman RM, Windell D, Lynch J, Manchanda R. Parsing the relationship of stigma and insight to psychological well-being in psychotic disorders. *Schizophr Res* 2011; **133**(1-3): 3-7.
186. Regan M, Ristevski E, Jones R, Breen S, Hartney A. Examining the introduction of a supportive care screening and referral process for cancer patients: how does practice compare with protocols? *Support Care Cancer* 2012; **20**(1): 119-26.
187. Hilarius DL, Kloeg PH, Gundy CM, Aaronson NK. Use of health-related quality-of-life assessments in daily clinical oncology nursing practice: a community hospital-based intervention study. *Cancer* 2008; **113**(3): 628-37.
188. Bainbridge D, Seow H, Sussman J, 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): 19-23.
189. Георгиев Б. Профилактика, диагностика и терапия в млада и зряла възраст - приоритети на съвременното здравеопазване. 2019.
190. Garssen B, de Kok E. How useful is a screening instrument? *Psychooncology* 2008; **17**(7): 726-8.
191. van Scheppingen C, Schroevers MJ, Smink A, et al. Does screening for distress efficiently uncover meetable unmet needs in cancer patients? *Psychooncology* 2011; **20**(6): 655-63.
192. Грънчарова Г. Управление на здравните грижи с модул „здравни проекти“. 2005.
193. Kaul S, Avila JC, Mutambudzi M, Russell H, Kirchhoff AC, Schwartz CL. Mental distress and health care use among survivors of adolescent and young adult cancer: A cross-sectional analysis of the National Health Interview Survey. *Cancer* 2017; **123**(5): 869-78.
194. Zebrack B, Kayser K, Sundstrom L, et al. Psychosocial distress screening implementation in cancer care:

- an analysis of adherence, responsiveness, and acceptability. *J Clin Oncol* 2015; **33**(10): 1165-70.
195. Nakash O, Liphshitz I, Keinan-Boker L, Levav I. The effect of cancer on suicide among elderly Holocaust survivors. *Suicide Life Threat Behav* 2013; **43**(3): 290-5.
 196. Nakash O, Levav I, Aguilar-Gaxiola S, et al. Comorbidity of common mental disorders with cancer and their treatment gap: findings from the World Mental Health Surveys. *Psychooncology* 2014; **23**(1): 40-51.
 197. Carlson LE, Bultz BD. Efficacy and medical cost offset of psychosocial interventions in cancer care: making the case for economic analyses. *Psychooncology* 2004; **13**(12): 837-49; discussion 50-6.
 198. Prieto JM, Blanch J, Atala J, et al. Psychiatric morbidity and impact on hospital length of stay among hematologic cancer patients receiving stem-cell transplantation. *J Clin Oncol* 2002; **20**(7): 1907-17.
 199. Bui QU, Ostir GV, Kuo YF, Freeman J, Goodwin JS. Relationship of depression to patient satisfaction: findings from the barriers to breast cancer study. *Breast Cancer Res Treat* 2005; **89**(1): 23-8.
 200. Silver SM. Cancer care for the whole patient-a new institute of medicine report. *J Oncol Pract* 2008; **4**(3): 131.
 201. Sanjida S, Janda M, Kissane D, et al. A systematic review and meta-analysis of prescribing practices of antidepressants in cancer patients. *Psychooncology* 2016; **25**(9): 1002-16.
 202. Singer S, Das-Munshi J, Brahler E. Prevalence of mental health conditions in cancer patients in acute care-a meta-analysis. *Ann Oncol* 2010; **21**(5): 925-30.
 203. Nelson WA, Walsh T. Ensuring patient-centered care. Leaders must get involved and make it a priority. *Healthc Exec* 2014; **29**(4): 40-2.
 204. Lazenby M. The international endorsement of US distress screening and psychosocial guidelines in oncology: a model for dissemination. *J Natl Compr Canc Netw* 2014; **12**(2): 221-7.
 205. Lau BD, Aslakson RA, Wilson RF, et al. Methods for improving the quality of palliative care delivery: a systematic review. *Am J Hosp Palliat Care* 2014; **31**(2): 202-10.
 206. Holland JC, Alici Y. Management of distress in cancer patients. *J Support Oncol* 2010; **8**(1): 4-12.
 207. Miyajima K, Fujisawa D, Hashiguchi S, et al. Symptoms overlooked in hospitalized cancer patients: Impact of concurrent symptoms on oversight [corrected] by nurses. *Palliat Support Care* 2014; **12**(2): 95-100.
 208. Werner A, Stenner C, Schuz J. Patient versus clinician symptom reporting: how accurate is the detection of distress in the oncologic after-care? *Psychooncology* 2012; **21**(8): 818-26.
 209. Granek L, Nakash O, Ben-David M, Shapira S, Ariad S. Oncologists', nurses', and social workers' strategies and barriers to identifying suicide risk in cancer patients. *Psychooncology* 2018; **27**(1): 148-54.
 210. Sollner W, DeVries A, Steixner E, et al. How successful are oncologists in identifying patient distress, perceived social support, and need for psychosocial counselling? *Br J Cancer* 2001; **84**(2): 179-85.
 211. Estes JM, Karten C. Nursing expertise and the evaluation of psychosocial distress in patients with cancer and survivors. *Clin J Oncol Nurs* 2014; **18**(5): 598-600.
 212. Vitek L, Rosenzweig MQ, Stollings S. Distress in patients with cancer: definition, assessment, and suggested interventions. *Clin J Oncol Nurs* 2007; **11**(3): 413-8.
 213. Musiello T, Dixon G, O'Connor M, et al. A pilot study of routine screening for distress by a nurse and psychologist in an outpatient haematological oncology clinic. *Appl Nurs Res* 2017; **33**: 15-8.
 214. Kaneko M, Ryu S, Nishida H, et al. Nurses' recognition of the mental state of cancer patients and their own stress management - a study of Japanese cancer-care nurses. *Psychooncology* 2013; **22**(7): 1624-9.
 215. Nakaguchi T, Okuyama T, Uchida M, et al. Oncology nurses' recognition of supportive care needs and symptoms of their patients undergoing chemotherapy. *Jpn J Clin Oncol* 2013; **43**(4): 369-76.
 216. Fallowfield L, Saul J, Gilligan B. Teaching senior nurses how to teach communication skills in oncology. *Cancer Nurs* 2001; **24**(3): 185-91.
 217. Dilworth S, Higgins I, Parker V, Kelly B, Turner J. Patient and health professional's perceived barriers to the delivery of psychosocial care to adults with cancer: a systematic review. *Psychooncology* 2014; **23**(6): 601-12.
 218. Guner P, Hicdurmaz D, Kocaman Yildirim N, Inci F. Psychosocial care from the perspective of nurses working in oncology: A qualitative study. *Eur J Oncol Nurs* 2018; **34**: 68-75.
 219. Turner J, Mackenzie L, Kelly B, Clarke D, Yates P, Aranda S. Building psychosocial capacity through training of front-line health professionals to provide brief therapy: lessons learned from the PROMPT study. *Support Care Cancer* 2018; **26**(4): 1105-12.
 220. Nakash O, Alegria M. Examination of the role of implicit clinical judgments during the mental health

- intake. *Qual Health Res* 2013; **23**(5): 645-54.
221. Brown RF, Bylund CL, Kline N, et al. Identifying and responding to depression in adult cancer patients: evaluating the efficacy of a pilot communication skills training program for oncology nurses. *Cancer Nurs* 2009; **32**(3): E1-7.
 222. Fukui S, Ogawa K, Ohtsuka M, Fukui N. Effect of communication skills training on nurses' detection of patients' distress and related factors after cancer diagnosis: a randomized study. *Psychooncology* 2009; **18**(11): 1156-64.
 223. Аспарухова П. Комуникативните умения – съществен елемент в работата на медицинската сестра. *Здравни грижи* 2010; (1).
 224. Donev IS, Ivanova MS, Conev NV. Fast time perception is associated with high levels of anxiety in cancer patients prior to starting chemotherapy. *Biosci Trends* 2020; **14**(1): 35-41.
 225. Surgeons ACo. Cancer program standards: Ensuring patient-centered care. Retrieved. 2016.
 226. Madden J. The problem of distress in patients with cancer: more effective assessment. *Clin J Oncol Nurs* 2006; **10**(5): 615-9.

Приложения

Дистрес термометър

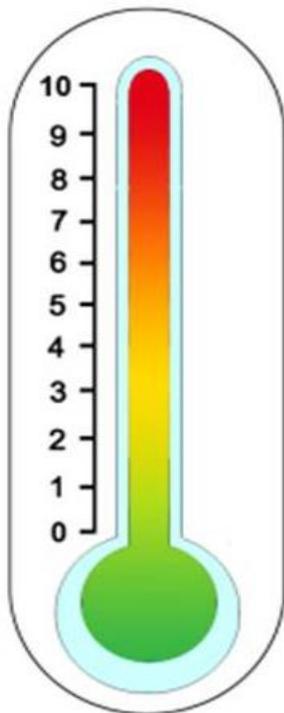
Уважаеми пациенти,

С настоящия Дистрес термометърът бихме желали да определим степента Ви на дистрес за оптимизиране на оказваните здравни грижи от медицинската сестра. Анкетата е анонимна, като резултатите ще бъдат обобщени и анализирани само за целите на научното изследване.

**Отбележете с „X“ предпочитанията от Вас отговор!
Предварително Ви благодарим за отделеното време!**

Моля оградете числото (0-10), което най-добре описва степента на дистрес, която сте изпитали през изминалата седмица, включително днес.

Висок дистрес



Няма дистрес

5. Какъв е Вашият Пол:

Мъж Жена

6. Отбележете Вашата възраст:

7. Посочете Вашето местоживееие.

- А) гр. Варна
- Б) Друго населено място /извън гр. Варна/

8. Какво е Вашето образование?

- А) начално
- Б) основно
- В) средно
- Г) висше
- Д) друго.....

9. Каква е Вашата етническа принадлежност?

- А) българска
- Б) турска
- В) друга.....

10. Каква е Вашата религиозна принадлежност?

- А) атеист
- Б) християнин
- В) мюсюлманин
- Г) не мога да определя
- Д) друга.....

11. Какво е Вашето семейно положение?

- А) несемеен
- Б) семеен
- В) разведен
- Г) вдовец

Анкетна карта за пациенти

Уважаеми пациенти,

С настоящия анкета бихме желали да определим степента проблеми от различно естество – практически, семейни, емоционални, физически проблеми, духовни/религиозни притеснения и връзката ми с онкологичното Ви заболяване. Анкетата е анонимна, като резултатите ще бъдат обобщени и анализирани само за целите на научното изследване.

*Отбележете с „X“ предпочитанията от Вас отгговор!
Предварително Ви благодарим за отделеното време!*

Отбележете с „X“ Вашият Пол:

Мъж

Жена

Посочете Вашата възраст:

1. Посочете Вашето местоживееене.

А) гр. Варна

Б) Друго населено място /извън гр. Варна/

2. Какво е Вашето образование?

А) начално

Б) основно

В) средно

Г) висше

Д) друго.....

3. Каква е Вашата етническа принадлежност?

А) българска

Б) турска

В) друга.....

4. Каква е Вашата религиозна принадлежност?

- А) атеист
- Б) християнин
- В) мюсюлманин
- Г) не мога да определя
- Д) друга.....

5. Какво е Вашето семейно положение?

- А) несемеен
- Б) семеен
- В) разведен
- Г) вдовец

6. Моля посочете дали някое от изброените по-долу е представлявало проблем за Вас през изминалата седмица, включително днес. Оградете отговор ДА или НЕ за всяко едно от изброените твърдения:

Практически проблеми:

- Грижи за деца - ДА / НЕ
- Домакинска работа - ДА / НЕ
- Застраховки/финансови - ДА / НЕ
- Транспортиране - ДА / НЕ
- Работа/училище - ДА / НЕ

Семейни проблеми:

- Взаимоотношения с деца - ДА / НЕ
- Взаимоотношения с партньора - ДА / НЕ
- Взаимоотношения с близки приятели/ роднини - ДА / НЕ

Емоционални проблеми:

Депресия - ДА / НЕ

Страхове - ДА / НЕ

Нервност - ДА / НЕ

Тъга - ДА / НЕ

Тревожност - ДА / НЕ

Загуба на интерес към обичайни дейности - ДА / НЕ

Физически проблеми

Външен вид - ДА / НЕ

Къпане/преобличане - ДА / НЕ

Дишане - ДА / НЕ

Промяна в уринирането - ДА / НЕ

Запек - ДА / НЕ

Диария - ДА / НЕ

Хранене - ДА / НЕ

Умора - ДА / НЕ

Усещане за подутост - ДА / НЕ

Висока температура/треска - ДА / НЕ

Разходки - ДА / НЕ

Храносмилане - ДА / НЕ

Памет/концентрация - ДА / НЕ

Болки в устата - ДА / НЕ

Гадене - ДА / НЕ

Сух/запушен нос - ДА / НЕ

Болка - ДА / НЕ

Сексуални проблеми - ДА / НЕ

Суха, сърбяща кожа - ДА / НЕ

Проблеми със съня - ДА / НЕ

Изтръпване на ръцете/краката - ДА / НЕ

Духовни/религиозни притеснения - ДА / НЕ

ЧЕК ЛИСТ ЗА НАБЛЮДЕНИЕ НА ПАЦИЕНТ

Пациент №

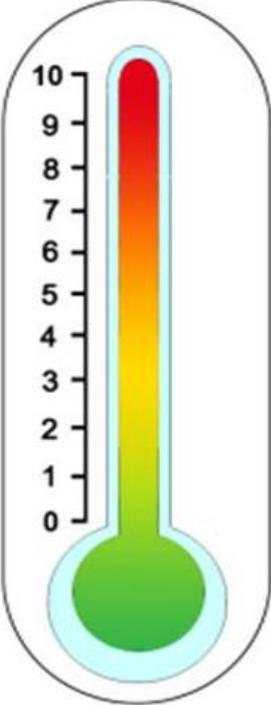
Дата на хоспитализация:.....

Дата на наблюдение в стационар (в средата на престоя):.....

Дата на дехоспитализация:.....

НАБЛЮДЕНИЕ НА ПАЦИЕНТА ПРИ ПРИЕМ В КЛИНИКАТА			НАБЛЮДЕНИЕ НА ПАЦИЕНТА ПО ВРЕМЕ НА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА			НАБЛЮДЕНИЕ НА ПАЦИЕНТА ПО ВРЕМЕ НА ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА		
Тъга/плачливост Описание:.....	да	не	Желание да общува с медицинската сестра	да	не	Благодарност към екипа	да	не
Нервност/стресираност Описание:.....	да	не	Желание да общува с другите пациенти	да	не	Гняв към екипа	да	не
Гняв Описание:.....	да	не	Желание да разговаря за заболяването си с медицинската сестра	да	не	Съпричастност към натовареността на персонала	да	не
Агресия Описание:.....	да	не	Желание да разговаря за заболяването си с другите пациенти	да	не	Готовност за спазване на хигиенно диетичния режим у дома	да	не
Спокойствие Описание:.....	да	не	Желание да стои в стационара	да	не	Желание за контролни прегледи преди следващата дата за хоспитализация	да	не
Тревожност/ Несигурност Описание:.....	да	не	Желание да напусне клиниката преди да е дехоспитализиран	да	не	Решителност за продължаване на химиотерапевтичното лечение	да	не
Радост Описание:.....	да	не	Готовност стриктно да изпълнява ХТ режим	да	не	Изразяване на недоволство	да	не
Еуфория Описание:.....	да	не	Желание да настройва системата с цитостатика да приключи по-бързо от стандарта	да	не	Желание за „връзка“ с клиниката при необходимост	да	не
Разговорливост Описание:.....	да	не	Желание да получи повече информация за назначената терапия	да	не	Желание за контакт с медицинската сестра при възникване на въпроси свързани с онкологичното заболяване	да	не
Мълчаливост Описание:.....	да	не	Наличие на усмивка	да	не	Наличие на усмивка	да	не

„Дистрес термометър” за събиране информация от близките на пациента

<p>Моля, първо оградете числото (0-10), което най-добре описва степента на дистрес, която сте изпитали през изминалата седмица, включително днес.</p>	<p>Член на семейството номер: Точка 1</p>	
<p>Висок дистрес Няма</p>  <p>дистрес</p>	<p>Моля, попълнете:</p> <p>Възраст:</p> <p>Пол:</p> <p>Местожителство:.....</p> <p>Религия: атеист, религиозен (.....)</p> <p>Етническа принадлежност:</p> <p>Образование:.....</p>	<p>Моля, оградете родствената си връзка с пациента :</p> <p>майка/баща, съпруг/а, дете, брат/сестра, друг далечен роднина</p>

ВЪПРОСНИК ЗА ИНТЕРВЮ

Уважаеми, колеги,

Настоящото интервю се провежда с цел проучване на възможностите за оптимизиране участието на медицинската сестра в процеса на грижи за пациенти с онкологично заболяване. Изразеното от Вас мнение ще бъде обобщено и резултатите ще се използват с научна цел. Молим за Вашата максимална откровеност с цел разкриване на възможностите за въвеждане на практически подходи за оптимизиране участието на медицинската сестра в процеса на грижи за онкологичните пациенти.

Моля, за да изиграе ролята си настоящото интервю, да изкажете мнение по всички зададени въпроси!

Моля, формулирайте изчерпателно Вашите отговори на зададените въпроси!

Благодарим Ви предварително, че отделихте от времето си, и Ви уверяваме, че мнението Ви ще бъде анонимно и ще бъде използвано само и единствено за целите на настоящото проучване.

1. Смятате ли че пациенти с онкологични заболявания са с повишени нива на стрес и дистрес?
.....
2. Смятате ли че дистресът оказват влияние на поведението на пациенти с онкологични заболявания? Какви са според вас тези поведенчески реакции?
.....
3. Какво е вашето мнение за практическото приложение на Дистрес термометъра и Анкетната карта за самооценка на проблемите на пациента?
.....
4. Смятате ли, че практическото приложение на Дистрес термометъра и Анкетната карта за самооценка на пациента ще подобри комуникацията Ви с тях?
.....
5. Смятате ли, че информацията получена от Дистрес термометъра и Анкетната карта за самооценка на проблемите на пациента би подпомогнала да се подобрят резултатите от лечението?
.....
6. Бихте ли препоръчали въвеждането на Дистрес термометъра и Анкетната карта самооценка на проблемите на пациента в клиничната практика?
.....

ФОРМУЛЯР ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ ЗА УЧАСТИЕ В ИЗЛЕДВАНЕ НА ДИСТРЕС ПРИ ОНКОЛОГИЧНО БОЛНИ ПАЦИЕНТИ

Име на пациента.....(ЕГН).....

1. Въведение

Всеки пациент, който е диагностициран с онкологично заболяване, независимо от стадия и вида му, който провежда лечение или има симптоми, преживява определено ниво на дистрес (термин, който е близък до стрес, но се използва в медицината). За всички онкологични заболявания средното ниво на дистрес е около 35%, което варира по локализации от около 30% при пациенти с гинекологични злокачествени болести до 43% при белодробен карцином. На този етап съществува проблем с идентификацията на пациентите с дистрес, както и с осигуряването на адекватна психосоциална помощ поради лоша подготовка на екипите, които обслужват онкологично болните, липсата на информация, както и страха от контакта със специалисти, които се занимават с психологични или психиатрични проблеми. Поради това, че дистресът оказва негативно влияние върху лечението, качеството на живот и върху преживяемостта, ранният скрининг и навременното справяне с него подобряват медицинското лечение.

Каним Ви да отговорите на анкета (двукратно: в началото на лечение и след образна оценка), която ще даде възможност да се анализира дистреса, причинен от онкологичното заболяване. Анкета ще бъде попълнена в две времеви точки и от ваш близък роднина ако той желае.

Резултатите ще бъдат обобщени и анализирани само за научни цели!

2. Трябва ли да предоставя съгласие за съхранение и анализ на информацията от моята анкета?

Вашето съгласие за съхранение и анализ на информацията е изцяло доброволно.

3. Какво е необходимо да заплатя за това изследване?

Вие няма да дължите заплащане за проведеното изследване.

4. Ще бъде ли запазена поверителност и моята анонимност при обявяване на резултатите?

Резултатите от анализа ще бъдат публикувани със запазване на анонимността Ви. Личните Ви данни ще бъдат известни само на изследователите.

5. Мога ли да оттегля съгласието си?

Във всеки един момент може да оттеглите съгласието си. Това може да направите с лично написана молба до изследователя, който отговаря за предоставянето на допълнителна информация и контактува с вас (адрес и телефон за връзка са предоставени в точка 6)

6. С кого трябва да се свържа, ако се нуждая от допълнителна информация или помощ?

В случай, че имате допълнителни въпроси относно анализа или да оттеглите съгласието си, моля, свържете се с:

м.с. Марина Иванова

Тел.

Адрес

ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ

Аз,(име на пациента).....(ЕГН) , прочетох това информирано съгласие и разбирам цялата предоставена в него информация. Беше ми предоставена възможност да го обсъждам и да задавам въпроси. На всичките ми въпроси беше даден удовлетворяващ ме отговор. Доброволно се съгласявам да попълня анкетата като онкологично болен/близък на онкологично болен, да бъде обобщена и анализирана информацията от анкетата. Разбирам, че ще получа копие от това информирано съгласие.

Давам изричното си съгласие личните ми данни, отнасящи се до настоящото изследване и предоставената от мен информация да бъде анализирана и обработена само за посочената в настоящото информирано съгласие цел.

.....
(подпис на пациента)

.....
(дата на подписване)

.....
(име (печатно) на лицето и подпис
с което се обсъжда информираното съгласие)