

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

АЗЕРБАЙДЖАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

На правах рукописи

ГЮЛАЙ ФАИК кызы МАМЕДЗАДЕ

**ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ
ПАЦИЕНТОК С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

3211.01 – Психиатрия

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

диссертации на соискание ученой степени
доктора философии по медицине

БАКУ – 2018

Диссертационная работа выполнена на кафедре психиатрии и в онкологической клинике Азербайджанского медицинского университета

Научный руководитель:

доктор наук по медицине,
профессор

Герай Чингиз оглы Герайбейли

Научный консультант:

доктор философии по медицине,
доцент

Насими Вели оглы Гасымов

Официальные оппоненты

доктор медицинских наук,
профессор
доктор наук по медицине,
профессор

Петр Викторович Морозов

Фуад Надир оглы Исмаилов

Ведущая организация: Кафедра психиатрии и наркологии Азербайджанского государственного института усовершенствования врачей им. А.Алиева

Защита диссертации состоится «___» декабря 2018 года в ___ часов на заседании Диссертационного Совета D.03.015 при Азербайджанском медицинском университете

Адрес: AZ 1022, Баку, ул. А.Гасымзаде, 14, (Азербайджанский медицинский университет, зал заседания Ученого Совета)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Азербайджанского медицинского университета

Автореферат диссертации разослан «___» _____ 2018 г.

Ученый секретарь

Диссертационного Совета D.03.015

доктор философии
по медицине

Рашад Шамсадин оглы Талышинский

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. По мере развития многочисленных отраслей медицины и увеличения объема имеющихся научных данных, явилось очевидным, что подавляющее большинство соматических расстройств сопровождается дестабилизацией психического состояния в той или иной степени тяжести. Это послужило толчком к ускоренному развитию психосоматической медицины.

Психосоматическая медицина (ПСМ) – это междисциплинарное направление, изучающее взаимодействие социальных, психологических, поведенческих факторов и качества жизни пациента. Основным фокусом ПСМ является работа с лицами, имеющими то или иное соматическое расстройство, повлекшее за собой нарушение психического благополучия. Таким образом, ПСМ находится на стыке психиатрии и других медицинских специальностей, преимущественно неврологии, терапии, хирургии, аллергологии и дерматологии, а также онкологии.

На сегодняшний день рак молочной железы является самым распространенным типом рака, поражающим женщин и занимает первое место в списке онкологической смертности среди женской популяции Азербайджана. Ежегодно во всем мире регистрируется 1.7 миллионов новых случаев рака молочной железы.

Последние десятилетия ознаменовались резким прогрессом в лечении онкологических заболеваний и увеличении продолжительности жизни. Благодаря этому стало возможным обсуждение с пациентками их отношения к своему здоровью и к сложностям, возникающим в процессе адаптации к диагнозу, к лечению и его побочным действиям, к мысли о возможной смерти. Рак молочной железы - один из самых высоких факторов риска развития депрессии и других психических расстройств как относительно других соматических заболеваний, так и относительно других типов рака. В исследованиях по изучению психического состояния пациенток с раком молочной железы было выявлено, что около 35-38% всех пациенток после постановки диагноза испытывают значительный эмоциональный дистресс, тревогу и/или депрессию. Согласно литературным данным, сопутствующая онкологическому заболеванию депрессия и тревога значительно влияют на качество жизни пациенток, косвенным образом влияя на течение болезни и

прогноз. Однако, во многих исследованиях на эту тему, установлено, что довольно часто врачи-онкологи не замечают того факта, что у женщины имеются психические нарушения. Существует несколько основных барьеров, мешающих идентификации и диагностике психических расстройств у онкологических пациентов. К ним, в первую очередь, относится страх стигматизации психических расстройств со стороны окружающих, в том числе и врачей-онкологов. Пациенты боятся и не хотят быть диагностированными психическим заболеванием. В то же время, со стороны врачей-онкологов имеет место нехватка времени для исследования психического статуса, нежелание смещать фокус с лечения рака на другие аспекты, нехватка специалистов, которые могли бы вместе с онкологами участвовать в разработке плана лечения.

На сегодняшний день в Азербайджане все еще распространена ассоциация слова «рак» со словом «смерть» и поэтому многие пациентки под действием страха услышать диагноз избегают похода к врачу. Известие о диагнозе вызывает у женщин депрессию и сильную тревогу за свое будущее. В таком состоянии многие пациентки с целью уменьшения фрустрации, связанной с диагнозом, откладывают посещение онколога, отказываются от рекомендованного лечения, переносят дату операции и других терапевтических вмешательств, что негативно сказывается на качестве и продолжительности жизни. Своевременная психосоциальная, психологическая и психофармакологическая коррекция психических расстройств существенно улучшает качество жизни не только пациентки, но и всей ее семьи и близкого окружения, а также помогает максимально долго сохранять трудоспособность.

Таким образом, вопросы, освещенные в проведенном исследовании являются актуальной проблемой современной психоонкологии в Азербайджане.

Целью настоящего исследования явилось улучшение психического здоровья и качества жизни пациенток с раком молочной железы на разных этапах лечения онкологического заболевания

Задачи исследования:

1. определение распространенности и выраженности тревожно-депрессивных расстройств у женщин с раком молочной железы
2. выявление и оценка факторов, влияющих на развитие расстройств тревожно-депрессивного спектра у пациенток
3. определение уровня качества жизни у женщин с раком молочной

железы

4. выявление и оценка факторов, влияющих на качество жизни пациенток

5. выработка рекомендаций для лечащих врачей по эффективной работе с пациентками

Научная новизна исследования

Изучены основные психические реакции, развивающиеся вследствие постановки диагноза рак молочной железы, а также установлена распространенность депрессии и тревоги при данном онкологическом заболевании;

Исследован уровень качества жизни пациенток и проведена оценка влияния тревожных и депрессивных расстройств на качество жизни пациентов;

Изучена взаимосвязь качества жизни и тяжести течения онкологического заболевания;

Проведен анализ мнений специалистов-онкологов о необходимости сообщения пациентам полного диагноза и прогноза заболевания;

Рассмотрены подходы совместного с врачом обсуждения диагноза и информированного согласия на проведение лечения.

Практическая значимость работы заключается в том, что в результате проведенного исследования уточнена и определена тяжесть тревожных и депрессивных расстройств, уровень качества жизни у пациенток с раком молочной железы. Определена взаимосвязь между особенностями тревожно-депрессивных расстройств, социодемографическими характеристиками, клиническими факторами болезни, а также уровнем качества жизни. Определены основные проблемные области в организации психосоциальной помощи пациентам с раком молочной железы и даны рекомендации по оптимизации качества услуг.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Пациенты с раком молочной железы относятся к группе риска развития тревожных и депрессивных расстройств и низкого уровня качества жизни. Психические и психологические проблемы могут возникнуть в любом возрасте, вне зависимости от социального и семейного статуса, а также на разных этапах лечения и даже в состоянии ремиссии

2. Наличие депрессии усугубляет течение онкологического заболевания, поэтому своевременное обращение за помощью к специалистам как онкологического, так и психиатрического профиля

может иметь решающее значение

3. Пациентам с онкологическими заболеваниями, в частности с раком молочной железы важно предоставление максимально широкого доступа к информации о болезни и проводимом лечении, а также возможности принятия решения о выборе лечения. При этом необходимо учитывать психологическое состояние пациента, ее способность справляться со стрессом, а также ее желание получить данную информацию

4. Как показывает проведенное исследование, при ведении пациенток следует обеспечить непрерывность психосоциальной помощи. Особое внимание следует уделить амбулаторному наблюдению и социальному направлению профилактических и образовательных мероприятий.

5. Профилактика психических расстройств у пациентов с раком молочной железы должна включать в себя информирования населения о раке молочной железы, его лечении, течении и прогнозе. Необходимо проведение скрининга и своевременное направление на специализированное лечение в условиях оказания мультидисциплинарной помощи, а также создание эффективной социальной программы с целью повышения уровня качества жизни и социального функционирования.

Внедрение результатов в практику. Научные и практические данные, полученные в результате данных исследований внедрены в учебную программу кафедры психиатрии Азербайджанского Медицинского Университета и практическую деятельность Онкологической Клиники Азербайджанского Медицинского Университета.

Апробация диссертации. Материалы диссертационной работы доложены и обсуждены на симпозиуме Fogarty Fellows в Boston Children's Hospital, Harvard Medical School (Бостон, 2016); региональной конференции Всемирной Психиатрической Ассоциации (Тбилиси, 2016); на научном семинаре по Психоонкологии в Национальном Центре Онкологии (Баку, 2016); во время курса по методологическим и этическим аспектам научных исследований в Университете Коч (Стамбул, 2016); на годовой конференции IACAPAP (Калгари, 2016); на ежегодной научной медицинской конференции Азербайджанского Медицинского Университета (Баку, 2017).

Первичная апробация работы проведена на совместном заседании с

участием сотрудников кафедры психиатрии и кафедры неврологии Азербайджанского медицинского университета, а также сотрудников Клинической психиатрической больницы №2 г.Баку (22.10.2018, протокол №2). Обсуждение диссертации проведено на заседании Апробационной Комиссии Диссертационного Совета D.03.015 при Азербайджанском медицинском университете (02.11.2018, протокол №3).

Публикации. По теме диссертации опубликовано 12 научных работ, из них 5 статей, 7 тезисов, в том числе 2 статьи за рубежом.

Структура и объем диссертации. Работа изложена на 140 компьютерных страницах и состоит из введения, обзора литературы, главы материалов и методов исследования, трех глав собственных исследований и их обсуждения, выводов, практических рекомендаций и списка использованных источников из 130 наименований. Работа иллюстрирована 25 таблицами и 14 рисунками.

Дизайн исследования. Исследование состояло из следующих этапов:

- ознакомление с последними данными по выбранной тематике, определение дизайна исследования на основе SPSS (статистический пакет для социальных наук)
- отбор участников, получение информированного согласия на проведение исследования
- применение избранных методик для опроса пациентов. Сбор материала по социодемографическим данным, типу лечения (химиотерапия, мастэктомия)
- заполнение опросника качества жизни EORTC QLQ-C30 and EORTC QLQ-BR23
- заполнение госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS)
- ввод данных в SPSS и статистическая обработка
- оформление результатов в форме диссертации на получение ученой степени доктора философии медицины

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводилось на протяжении трех лет (2015-2017гг.) в отделении молочной железы Онкологической Клиники Азербайджанского Медицинского Университета. Критериями включения являлись возраст старше 18 лет, установленный диагноз рак молочной железы, указание на запланированное или проведенное

оперативное вмешательство в истории болезни, отсутствие каких-либо данных, указывающих на психическое расстройство, перенесенное до постановки онкологического диагноза и информированное согласие на участие в исследовании. Критериями исключения являлось наличие психического расстройства в анамнезе, которое определялось как прохождение лечения в психиатрической больнице, либо состояние на учете в поликлинике, либо принятие психотропных препаратов в анамнезе.

Всем участницам была предоставлена информация об исследовании и сообщено, что они в любой момент без каких-либо последствий могут остановить интервьюера и покинуть исследование. Все женщины дали информированное согласие на участие. После опроса о социодемографических показателях и клинических показателях болезни, пациенткам предлагалось самостоятельно заполнить опросники и шкалы. В случае, если им было дискомфортно заполнять самим, интервьюер зачитывал текст и предлагал пациентке выбрать наиболее подходящий вариант среди имеющихся. Участницы имели возможность задавать дополнительные или уточняющие вопросы по мере заполнения шкал. По окончании интервьюер уточнял, есть ли у участницы еще какие-либо вопросы или пожелания и после этого опрос подходил к концу.

В исследовании были использованы следующие инструменты:

1. Опросник «Базовая Документация в Психоонкологии» (Psycho-Oncological Basic Documentation, далее PO-BADO)

PO-Bado состоит из следующих секций, которые обсуждаются с пациентом.

- Социодемографическая и медицинская информация (возраст, пол, информация о раке и проводимом лечении)
- Физический дистресс (усталость, боль, ограничения в повседневной деятельности, потеря аппетита, тошнота, утрата частей тела)
- Психологический дистресс (беззащитность, уязвимость, тревога, депрессия, печаль)
- Дополнительный дистресс (семейный, экономический, профессиональный, имеющий/неимеющий отношение к болезни)

Рейтинг основывается на симптомах за последние три дня

2. Опросник качества жизни Европейской Организации по Исследованию и Лечению Рака (European Organization for Research and Treatment of Cancer, далее EORTC QLQ-C30, N=50), а также его

модуль для рака молочной железы QLQ-BR23, N=23.

Опросник качества жизни (EORTC QLQ) это объединенная система для оценки качества жизни, связанного со здоровьем среди онкологических пациентов, принимающих участие в международных клинических исследованиях. После десятилетней коллективной работы, этот опросник был опубликован в 1993 году и был неоднократно использован исследовательскими группами для оценки состояния пациентов с раком.

3. Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, далее HADS, N=14)

Среди всех шкал в области эмоциональных расстройств Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии наиболее подробно изучена к применению как в онкологических, так и в других терапевтических учреждениях. Шкала была создана Zigmond and Snaith в 1983 году с целью выявления возможных и вероятных клинических случаев тревоги и депрессии среди пациентов учреждений непсихиатрического профиля. Шкала также широко используется в учреждениях, где оказывается паллиативная помощь.

В исследовании приняла участие 121 женщина с диагнозом рак молочной железы. Средний возраст участниц на момент исследования был 52.32 года ($SD \pm 10.55$). Половина участниц постоянно проживала в городе Баку – 61 человек (50.4%), а вторая половина – 60 участниц (49.6%) постоянно проживала в других городах или регионах, а в Баку находилась с целью получения лечения. Среди обследованных женщин 100 человек (82.6%) сообщили, что они состоят в браке, 112 (92.6%) обследованных имеют детей, 86 женщин (71.1%) имеют образование не выше среднего и 68 участниц (56.2%) оценили свой социальный статус, как средний. Более половины обследованных – 71 (58.7%) женщина - отметили, что они не работают, 23 участницы (19%) находились на пенсии и 27 (22.3%) имели постоянную работу. Исследование проводилось среди женщин как до, так и после операции. После получения информированного согласия предлагалось ответить на вопросы опросника. Почти все женщины приняли участие до конца. Две женщины уже после начала исследования отказались отвечать на вопросы.

Двадцать восемь женщин (23.1%) были обследованы в течении трех дней до запланированной операции, а девяносто три (76.9%) в течении трех дней после. Среди женщин, которые уже перенесли операцию 70 (81%) человек подверглись только хирургическому вмешательству, и

18 (19.4%) перенесли химиотерапию с мастэктомией. У всех обследованных это было первое проявление болезни.

Сорок пять женщин (37.2%) имели какое-либо сопутствующее заболевание, чаще гипертония, другие проблемы с сердцем или заболевания щитовидной железы.

Статистический анализ Для описания социодемографических и других категориальных данных была использована описательная статистика (таблица частот, кросс-табуляции). Подсчет баллов по шкалам HADS, EORTC and PO-BADO производился по описанным в инструкциях к ним алгоритмам.

Для выявления ассоциативных связей применялась Корреляция Пирсона для количественных переменных и корреляция Спирмана для ординальных переменных.

T-тест для независимых переменных использовался для сравнения двух групп количественных переменных.

Значение P меньше 0.05 было принято как статистически значимое, и высоко значимое, если оно было менее 0.001. Анализ производился в программе SPSS 25.0

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Согласно данным, полученным в нашем исследовании, среди женщин с раком молочной железы тревога является более распространенным состоянием, чем депрессия. Тревога возникает как реакция на известие о болезни, и в дальнейшем сопровождает женщину на всех этапах болезни и ее лечения. Выраженность тревоги на разных этапах остается приблизительно на одном уровне, не меняясь значительно. Однако на тяжесть и выраженность депрессии влияют такие факторы как физическое состояние и лечение. Так, скрининг на депрессию был позитивным у 52 (41.5%) обследованных. Из них у 24 (17.8%) определялась депрессия средней и выраженной тяжести. Что касается тревоги, то она выявлялась у 62 (52.5%), а тревога средней и выраженной тяжести у 33 (28.0%) участниц исследования. Для определения факторов, влияющих на психическое состояние, был проведен корреляционный анализ со всеми категориальными и количественными переменными. В нашем исследовании не было обнаружено связи тревоги и депрессии с социодемографическими данными, такими как

возраст, место проживания, социальный, семейный статус, образование, трудовая занятость. Фактором, ассоциированным с психическим состоянием пациенток являлось их соматическое состояние и выраженность физического дистресса. Наибольшая связь установлена для таких факторов как усталость ($r=0.498$, $p<0.001$) для депрессии и, одышка ($r=0.415$, $p<0.001$) для тревоги. Также, статистически значимая ассоциация выраженной силы определялась между показателями шкалы «перспективы на будущее» и тревогой ($r=0.560$, $p<0.001$) и депрессией ($r=0.535$, $p<0.001$).

Следующим этапом было проанализировано как выраженность тревоги и депрессии связана с уровнем качества жизни. Проведенный с этой целью т-тест для независимых переменных показал, что среди пациенток с высокими баллами как тревоги, так и депрессии, уровень качества жизни статистически значимо ниже, чем среди пациенток с невысокой или низкой тревожностью и/или депрессией.

Очень существенное воздействие как на тревогу, так и на депрессию оказывает тип лечения рака молочной железы. Так, у пациенток, которым только был поставлен диагноз, но еще не было проведено никакого лечения, выраженность как тревоги, так и депрессии была ниже, чем у тех, кому лечение было уже проведено. В то же время, сам тип лечения также связан с тяжестью тревоги и депрессии. В нашем исследовании было обнаружено, что совместное применение мастэктомии с химиотерапией имеет выраженную позитивную ассоциацию у женщин с раком молочной железы. В западной литературе приводится большое количество данных о предпочтении орган-сберегающих операций радикальной мастэктомии. Это не только благополучно сказывается на психическом состоянии женщин, но также, согласно некоторым источникам, способствует увеличению выживаемости.

Причины, по которым мастэктомия и химиотерапия оказывают столь разрушительное действие может быть несколько. Одна из основных это то, как оба этих вида лечения меняют внешность женщины. Изменения внешнего облика, утрата части тела, выпадение волос, отеки: все эти факторы очень негативно сказываются на восприятии женщиной собственного тела. Многие из опрошенных нами женщин отмечали, что они не хотят и

стараятся не смотреть на себя в зеркало. Подавляющее большинство было в растерянности от того, как они будут жить дальше с измененным телом, а также как они смогут продолжить общаться со своими близкими, родственниками и друзьями. Отсутствие груди вызвало очень сильное чувство стыда и ощущение себя «не такой как все остальные». Анализируя информацию, полученную нами от участниц исследования, мы пришли к заключению, что многие из них не знают о том, как можно косметически корректировать фигуру после операции и как можно корректировать отсутствие волос после химиотерапии. Отсутствие информации способствовало чувству беспомощности и безысходности, которые вводили женщин в отчаяние, соответственно, еще больше усиливая как тревогу, так и депрессию. Таким образом, помимо фармакологического лечения тревоги и депрессии, очень важно узнать насколько пациентка осведомлена о том, что с ней будет происходить, о том, какие это будет иметь последствия для ее внешности и как эти возникшие изменения можно скорректировать. Для этого необходимо подробное обсуждение с пациенткой (возможно несколько раз) ее состояния, рекомендация методов лечения и объяснение их возможных побочных эффектов наравне с ожидаемым положительным эффектом.

Важной частью проведенной работы явилось исследование проблемы полного сообщения пациенткам их диагноза и прогноза и того, какое воздействие это оказывает на психическое состояние пациенток, а также рассмотрение существующего на сегодняшний день в Азербайджане отношения к этой проблеме среди врачей-онкологов.

С целью определения уровня информированности среди пациенток, им задавались вопросы о том, по какой причине они обратились к врачу, какие у них основные жалобы, что им сказал врач об их состоянии. Так как некоторым пациенткам не был сообщен диагноз, мы не имели возможности задавать прямые вопросы. Результаты опроса показали, что 34 (28.1%) пациентки были полностью информированы о своем диагнозе, еще 38 (31.4%) были совсем не информированы и 24 (21%) участницы были информированы, но не полностью. В частности, те пациентки, которые были информированы не полностью, знали, что у них злокачественная опухоль, но не были осведомлены о

тяжести прогноза.

Во время разговора с пациентками мы попытались выяснить, насколько они сами хотели бы быть информированы о своем состоянии и хотели бы ли они вообще быть информированы. Почти все опрошенные отметили, что они хотели бы иметь полную информацию о своем здоровье. Те женщины, которые не захотели иметь доступ к информации, отметили, что они полностью доверяют своей семье и предпочитают, чтобы врач беседовал с близкими родственниками. Все оставшиеся опрошенные предпочитали, чтобы врач общался, в первую очередь, с ними напрямую. Данное решение не зависело от социодемографических факторов таких как уровень образования, место проживания, социальный и семейный статус. Однако, все те женщины, которые настаивали на общении врача с их семьей, в основном, были в возрасте за 60 лет. Полученные нами результаты подтверждают данные, описанные в научной литературе. Подавляющее большинство женщин хотят получать от врача информацию о своем диагнозе, тяжести заболевания и прогнозе.

Разговор с участницами исследования показал, что некоторые пациентки знают о своем диагнозе (догадались, поняли по записям в истории болезни), однако притворяются перед своей семьей, что не имеют никакой информации, чтобы не расстраивать их и не создавать в семье «плохое настроение». При этом, и врач, и родственники, которые информированы о диагнозе, продолжали «скрывать» эту информацию от пациенток. Таким образом, пациенткам приходилось самостоятельно переживать кризис, связанный с известием о болезни, адаптироваться к новым условиям жизни, при этом продолжая имитировать «незнание» для окружающих их близких. Тот факт, что они не могут самостоятельно обсуждать ситуацию с врачом, узнать подробности своего заболевания, прогноз, способствовал возникновению негативных установок относительно тяжести заболевания. Пациентки думали, что их состояние тяжелее, чем есть на самом деле, и поэтому от них все скрывают. Это негативное представление, естественно, способствовало ухудшению их психического состояния. В нашем исследовании те пациентки, которые были информированы о своем диагнозе имели более высокие показатели уровня тревоги и депрессии, и более

низкие показатели уровня качества жизни, чем пациентки, которые имели частичное или вообще не имели информации о болезни.

Учитывая тот факт, что многие пациентки высказали желание знать о своем диагнозе и прогнозе, можно сделать вывод, что тревоге и депрессии пациенток, информированных о диагнозе способствует не столько сама информация, сколько недостаток информированности о течении болезни и прогнозе. Многие из тех женщин, которые смогли успешно справиться с болезнью, предпочитают не обсуждать это. Соответственно, широкой публике доступна только информация о пациентках с неблагоприятным течением и исходом. Все это способствует страху перед болезнью, который можно перебороть только обсуждением с грамотным специалистом и психосоциальным консультированием.

Изучение анкет врачей-онкологов позволяет сделать вывод, что подавляющее большинство врачей считают нужным информировать пациентов об их диагнозе. Некоторые врачи предпочитают полное информирование 28 (43.1%) человек, однако большая часть все-таки предпочитает частичное информирование 34 (52.3%), объясняя это нежеланием вводить пациентов в состояние стресса. Врачи, предпочитавшие частичное информирование полному, были, в среднем, статистически значимо старше врачей, предпочитавших полное информирование. Отдельные врачи высказали мнение, что пациент ни при каких условиях не должен быть информирован, или же, что информацию должны раскрывать только члены семьи или специально обученные этому люди (психологи/психиатры). Однако, мы в корне не согласны с этим подходом, так как информация должна раскрываться непосредственно пациенту и непосредственно со стороны лечащего врача. При получении информации от членов семьи возможно искажение, утаивание, недоговаривание отдельных деталей с целью смягчения ситуации. Это, в свою очередь, приведет к недооценке, либо к переоценке пациентом своего состояния. Такой пациент может слишком легкомысленно отнестись к своему здоровью и лечению, либо наоборот, испытать выраженный дистресс и депрессию, которые также могут способствовать отказу от лечения. Сообщение информации психологом либо психиатром также неверно, так как

данный разговор требует подробного обсуждения, пациентка может задавать специфические для болезни вопросы, на которые должен отвечать специалист. Такого типа разговор также подразумевает доверие между пациентом и врачом, особенно учитывая тот факт, что врач будет заниматься дальнейшим лечением и консультированием. В каждом онкологическом учреждении необходимо присутствие психонколога, который мог бы консультировать пациентов из группы риска, проводить скрининг на депрессию, назначать психофармакологическое лечение, и даже, при необходимости, присутствовать при разговоре врача-онколога с пациентом. Однако, основной разговор, касающийся раскрытия информации о диагнозе должен проводиться лечащим врачом. Конечно, для успешного проведения подобного разговора, важно прохождение тренингов по развитию умения сообщать неприятные новости. В западных странах подобный тренинг проводится еще во время обучения в медицинском университете. В некоторых странах сообщение информации о диагнозе производится специально обученными медсестрами данного учреждения. Так как медсестры проводят с пациентками больше времени, чем врач, они могут лучше понимать в каком формате та или иная пациентка способна воспринять информацию. Следует, однако, иметь в виду, что перед разговором важно узнать и мнение пациентки на этот счет. И если пациентка изъявит нежелание разговаривать с врачом и предпочтет этому разговор врача с ее родственниками, то необходимо учесть пожелания и способствовать проведению обсуждения с целью определения максимально подходящей тактики. При сообщении информации о раке молочной железы, качество информации, сообщаемой врачом и обсуждение переживаний пациентки и ее чувств – два очень важных параметра для поддержания качества жизни.

Согласно многочисленным исследованиям, сами врачи-онкологи и медсестры правильно диагностируют депрессию только у трети пациентов с депрессивными симптомами и склонны недооценивать тяжесть депрессии даже среди пациентов с тяжелой формой заболевания и выраженными симптомами. Более того, большинство пациентов с депрессией не получают необходимого лечения антидепрессантами, или же не получают лекарство в требующейся дозе. Также пациенты с низким

социальным уровнем реже обращаются за получением специализированной психиатрической и психологической помощи. Согласно результатам исследований, несмотря на высокий уровень депрессивных расстройств в этой группе, пациентам с низким социальным статусом реже выписываются антидепрессанты.

Таким образом, депрессия и/или тревога у онкологических больных может привести к развитию негативной установки и пессимизма относительно лечения, ухудшению качества жизни, социальной изоляции, а также к снижению толерантности к побочным эффектам лечения.

ВЫВОДЫ

1. Депрессия различной степени тяжести наблюдается у 41.5% пациенток с раком молочной железы. Из них у 17.8% депрессия достигает средней и тяжелой степени. Тревога выявляется у 52.5% пациенток, принявших участие в нашем исследовании. Из них у 28% - выраженность тревоги достигает умеренной и тяжелой степени.
2. Средний показатель качества жизни пациенток, принявших участие в нашем исследовании, находится на уровне 50 баллов (из максимально возможных 100). Симптомами, существенно снижающими уровень качества жизни являются усталость, бессонница, боль и ограничение физической активности.
3. К одному из основных факторов, влияющих на выраженность тревоги и депрессии у пациенток с раком молочной железы относится тип проводимого лечения. Депрессия у пациенток, перенесших мастэктомию с химиотерапией выражена сильнее, чем у пациенток, перенесших только мастэктомию. Пациентки, которые еще не проходили лечение, имели самые высокие показатели психического благополучия и качества жизни. Еще одним фактором, негативно влияющим на психическое здоровье является степень информированности пациентки о своем диагнозе. Так, те пациентки, которые полностью осведомлены о своем диагнозе, имеют более высокие показатели как тревоги, так и депрессии, чем пациентки, не имеющие информации о тяжести своего состояния.
4. К одному из основных факторов, связанных с уровнем качества жизни пациенток с раком молочной железы относится выраженность тревоги и депрессии. При сравнении качества жизни пациенток с

депрессией/тревогой и без данных расстройств выявляется статистически значимое снижение для пациенток с эмоциональными расстройствами. Информированность о диагнозе также ассоциируется со сниженным уровнем качества жизни.

5. Большинство врачей-онкологов, принявших участие в исследовании (52.3%), считают, что сообщать пациенткам об их диагнозе необходимо, однако желательно сообщать информацию не полностью, так как это может вызвать дистресс. Меньшее количество врачей-онкологов (43.1%) отметили, что пациентки должны быть полностью информированы о своем состоянии и прогнозе. Согласно результатам нашего исследования врачи более молодого возраста более склонны к открытому разговору, чем врачи более старшего возраста.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Рекомендуется проведение скрининга на депрессию и тревогу для всех пациенток с раком молочной железы, проходящих обследование в онкологических учреждениях. Для пациенток с повышенным риском рекомендуется дальнейшая консультация, а при необходимости лечение и наблюдение у психиатра/психоонколога

2. Рекомендуется подготовка специалистов-психоонкологов, которые, наравне с хирургами-онкологами, химиотерапевтами и радиологами являются частью мультидисциплинарной команды по работе с пациентками с раком молочной железы. Рекомендуется введение в медицинском университете обязательного курса подготовки врачей по сообщению пациентам негативных новостей

3. Рекомендуется разработка и внедрение мероприятий (образовательных конференций, тренингов) по информированию пациенток о раке молочной железы. Актуальным является создание групп поддержки. Помимо информирования о болезни, важно проведение семинаров для пациенток с целью обсуждения возможностей косметической коррекции внешних изменений, возникающих вследствие проведенного лечения. Данные семинары необходимо проводить во всех городах и регионах Азербайджана

4. Рекомендуется создание протоколов для определения тактики, методов работы и лечения пациенток с раком молочной железы, страдающих от коморбидных психических расстройств. В протоколах необходимо обозначить единый подход к

информированию пациенток о диагнозе, определить методы скрининга психических расстройств и тактику ведения пациентов из группы риска как онкологами, так и психоонкологами или психиатрами. Необходимо обозначить этические и юридические аспекты, возникающие при работе с пациентами с психическими расстройствами. Данные протоколы должны являться совместной работой психиатров, онкологов, а также юристов

5. Рекомендуется внедрение единого самозаполняемого опросника с целью получения субъективного заключения пациента о выраженности изменений тех или иных параметров качества жизни и чувствительности к побочным эффектам проводимого лечения. Данный опросник рекомендуется использовать неоднократно, на стадии диагностики, лечения и в периоде после проведения противоопухолевого лечения. Это позволит получить максимальный объем информации по состоянию пациентки и планировать алгоритм лечения и реабилитации наиболее полно отвечающий ее индивидуальным потребностям.

СПИСОК РАБОТ ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Психоонкология. Обзор актуальных проблем / Азербайджанский Психиатрический Журнал 2(21):119-125(2011) (соавт. А.Зейналов)
2. Депрессия, как фактор неблагоприятного прогноза у женщин с раком молочной железы /Азербайджанский Психиатрический Журнал 1(28):35-41(2015) (соавт. Манучери-Лален А., Салманзаде Б., Искандерова А., Мамедзаде Д.)
3. Рак молочной железы как фактор риска депрессии / Azərbaycan Tibb Universiteti əməkdaşlarının elmi-tədqiqat işlərinin yekunlarına həsr edilmiş “Təbabətin aktual problemləri” mövzusunda elmi konfransın materialları, Bakı, 2015, s.291-292 (соавт. Г.Ч.Герайбейли)
4. Depression and Anxiety in Breast Cancer Patients in Azerbaijan / Materials of the 3rd Baku International Medical Congress, Baku, 2016 p.92 (соавт. S.Makhmudlu, F. Khabiyeva)
5. Social stigma and disclosure of diagnosis among women with breast cancer in Azerbaijan / Materials of the “Together for Mental Health” 25th EPA Congress// European Psychiatry Volume 41, Supplement, page S575// Warsaw, 2017

6. Hiding or Telling the Truth to Breast Cancer Patients: Consequences for Patients in Azerbaijan / Materials of the “Mental Health: Direction and Challenges” WPA Regional Conference, page 29// Tbilisi, 2016
7. Fighting Stigma Towards Mental Illness: Cross-Cultural Perspectives Involving Constructs of Social Distance and Individualism-Collectivism / Materials of the İACAPAP “Fighting Stigma, Promoting Resiliency and Positive Mental Health” Conference, pages 143-144 // Calgary, 2016
8. Süd vəzi xərcəngi olan qadınlarda təşviş pozuntusu / Azərbaycan Tibb Universiteti əməkdaşlarının elmi-tədqiqat işlərinin yekunlarına həsr edilmiş “Təbabətin aktual problemləri” mövzusunda elmi konfransın materialları, Bakı, 2017 (soavt. Манучери-Лален А.)
9. Ethical Approach to Disclosure of Breast Cancer Diagnosis: a Pilot Study among Azerbaijani Women / Materials of the 23rd Annual Congress of World Association for Medical Law “Medical Law, Bioethics and Multiculturalism”, P051// Baku, 2017
10. Disclosure and Insight of Breast Cancer Diagnosis and Mental Well-being: A Pilot study Among Azerbaijani Women / Psycho-Oncology Feb;27(2):700-702 (2018) (soavt. Kerim Munir)
11. Тревога у женщин, проходящих хирургическое лечение рака молочной железы / Журнал Неврологии и Психиатрии им.Корсакова 117(6):79-82(2017) (soavt. Герайбейли Г., Гасымов Н., Гулиева Т., Мунир К.)
12. Психические расстройства при раке молочной железы: основные методы терапевтической коррекции / Sağlamlıq 1(2018):115-120 (soavt. Г.Ч.Герайбейли, Гасымов Н., Манучери-Лален А.)

SÜD VƏZİ XƏRÇƏNGİ OLAN QADINLARDA PSIXI SAĞLAMLIQ VƏ HƏYAT KEYFİYYƏTİ

Tədqiqatın məqsədi süd vəzi xərcəngi olan qadınlarda müalicənin müxtəlif mərhələlərində psixi sağlamlığın və həyat keyfiyyətinin yaxşılaşmasıdır.

Vaxtında aparılan psixososial, psixoloji və psixofarmakoloji müdaxilə yalnız pasiyentlərin deyil, həm də onların ailələrin və yaxın ətrafının həyat keyfiyyətini yaxşılaşdırmaq, həmçinin əmək qabiliyyətini saxlamaq kömək edir.

Tədqiqat üç il ərzində (2015-2017) Azərbaycan tibb universitetinin onkologiya klinikasında aparılıb. Tədqiqatda süd vəzi xərcəngi olan 121 qadın iştirak edib. İştirakçıların orta yaş həddi 52.32 (SD±10.55) yaş idi. Tədqiqat əməliyyat qabağı və sonrakı dövrdə olan pasiyentlər arasında aparılıb.

Aldığımız nəticələrə əsasən, süd vəzi xərcəngi olan qadınlar arasında təşviş/həyacan vəziyyətləri depressiv vəziyyətlərlə müqayisədə üstünlük təşkil edir. Belə ki, müxtəlif dərəcəli depressiya pasiyentlərin 41.5% aşkar edilib. Onlardan 17.8% -da depressiya orta və ağır dərəcəyə çatırdı. Təşviş pozuntusu isə tədqiqatda iştirak edən 52.5% pasiyentdə aşkar edilib. Onlardan 28%-da təşviş orta və ağır dərəcəyə çatırdı. Süd vəzi xərcəngi olan qadınlarda təşviş və depressiyanın ağırlığına və həyat keyfiyyətə təsir edən əsas amillərdən biri aparılan müalicənin növü və diaqnoz barədə məlumatlılıq dərəcəsidir. Tədqiqatda iştirak edən həkim-onkoloqların əksəriyyəti - 52.3% pasiyentləri diaqnozları barədə hissəvi məlumatlandırmanın, 43.1% isə tam məlumatlandırmanın tərəfdarı idilər. Tam məlumatlandırmanın tərəfdarları hissəvi məlumatlandırma tərəfdarları ilə müqayisədə statistik əhəmiyyətli dərəcədə daha cavan idilər.

Onkoloji müəssisələrdə (ambulator və stasionar tipli) müayinə və müalicə keçən bütün qadınlara depressiya və təşviş üzrə skriningin aparılması, əhali üçün süd vəzi xərcəngi barədə seminarların keçirilməsi, diaqnoz barədə düzgün məlumatlandırma üzrə protokolların çap edilməsi tövsiyyə olunur.

GULAY FAIG MAMMADZADA

MENTAL HEALTH AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH BREAST CANCER

The aim of this study was to improve the quality of life and mental well-being in patients with breast cancer.

Psychosocial, psychological and psychopharmacological rehabilitation of the patients with breast cancer can significantly increase the quality of life not only of a woman but also of her family and close associates.

The study was conducted in Oncology Clinic of Azerbaijan Medical University from 2015 to 2017. The participants of the study were 121 women with breast cancer diagnosis who were referred to or already underwent surgical treatment. The mean age of the participants at the time of the study was 52.32 (SD±10.55).

According to our study results the anxiety disorder is more prevalent than the depressive disorder among patients with breast cancer. Overall 41.5% of the patients with breast cancer were screened positive for depression and 17.8% of them were classified as having moderate to severe depression. Overall of 52.5% were screened positive for anxiety disorder and 28% of them were classified as having moderate to severe anxiety. The main factors associated with the severity of depression and anxiety as well as with low level of quality of life were type of selected treatment and level of awareness on diagnosis.

The majority of the oncologists who took part in our study - 52.5% considered partial disclosure, while 43.1% considered full disclosure of information to the patients to be more correct and ethic approach. Doctors who supported full disclosure were statistically significantly younger than oncologists supporting partial disclosure.

Based on the study results use of a single depression and anxiety screening procedure in all oncology settings, conducting educational seminars and meetings aiming to increase level of population awareness on breast cancer and publication of the bad news disclosure guidelines is recommended.

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI SƏHIYYƏ NAZİRLİYİ

AZƏRBAYCAN TİBB UNİVERSİTETİ

Əlyazması hüququnda

GÜLAY FAİQ qızı MƏMMƏDZADƏ

**SÜD VƏZİ XƏRÇƏNGİ OLAN QADINLARDA PSİXİ
SAĞLAMLIQ VƏ HƏYAT KEYFİYYƏTİ**

3211.01 – Psixiatriya

Tibb üzrə fəlsəfə doktoru elmi dərəcəsi
almaq üçün təqdim edilən dissertasiyanın

A V T O R E F E R A T I

BAKI – 2018

22