

30 ГОДИНИ ВИСОКА МЕДИЦИНСКА ШКОЛА ВО БИТОЛА

■ АНКСИОЗНО-
ДЕПРЕСИВЕН СИНДРОМ
КАЈ ПАЦИЕНТИТЕ СО
МАЛИГНИ
ЗАБОЛУВАЊА ВО
БИТОЛА

■ ИН
МЕМОРИЈАМ
Д-Р ДИМИТАР
КОТЕВСКИ

■ МЕТОДОЛОГИЈА
ЗА ПРОЦЕНКА
НА РИЗИКОТ ПРИ
ЗДРАВСТВЕНА НЕГА
ВО ДОМАШНИ
УСЛОВИ

■ АКУШЕРСКА
ЗДРАВСТВЕНА
ЗАШТИТА ВО
СПРЕЧУВАЊЕТО НА
РАК НА ГРЛОТО
НА МАТКАТА

■ ИНТЕРАКЦИИ
МЕЃУ ПОТРЕБИТЕ И
ИНТЕРЕСИТЕ КАКО
СРЕДСТВО ЗА
ЗГОЛЕМУВАЊЕ НА
ЕФИКАСНОСТА
НА ОБУКАТА НА
СОЦИЈАЛНИ АСИСТЕНТИ

■ ЕРАЗМУС +
ЛИЧНО
ИСКУСТВО

АНКСИОЗНО-ДЕПРЕСИВЕН СИНДРОМ КАЈ ПАЦИЕНТИТЕ СО МАЛИГНИ ЗАБОЛУВАЊА ВО БИТОЛА

Вовед

Малигните заболувања денес се наоѓаат на второ место, како причина за смрт, веднаш зад болестите на кардиоваскуларниот систем, поради што претставуваат голем медицински, епидемиолошки, јавно-здравствен и социјален проблем (1).

Малигните заболувања имаат некарактеристичен почеток, долготрајно лекување и често, фатален крај. Предизвикани се од фактори во животната средина, односно 90 – 95 % од случаите се резултат на начинот на живот и факторите на средината, додека само 5 – 10 % се предизвикани од наследни фактори (2 – 5). Најчести фактори на средината, во 15 – 20 % случаи се: тутунот (25 – 30 %), начинот на исхрана и преголемата тежина (30 – 35 %), инфекциите (15 – 20 %), зрачењето, стресот, недостатокот на физичка активност и загадувачите на животната средина (6 – 9).

Малигните заболувања се сериозни и имаат значително влијание врз квалитетот на животот на пациентот. Хроничниот карактер на малигните заболувања, долготрајното болничко лекување и негативните ефекти од терапијата, често пати се причина за развој на депресија и анксиозност кај пациентите, што може дополнително да ја влоши општата состојба на пациентите.

Општо прифатено е дека депресијата е најраспространето психичко растројство. Светската здравствена организација ја класифицира депресијата како четврта на листата на најургентни светски здравствени проблеми. Податоците од референтни

истражувачи алармираат дека депресивните состојби примаат карактеристики на „епидемија“, станувајќи сè пораширени и почесто дијагностицирани растројства. Последните децении постои нагласен интерес за односот на депресијата и анксиозноста (10).

Цели

Да се спроведе анкета на пациенти со малигни заболувања и на пациенти со други заболувања, кои се лекувале во Службата за домашно лекување и да се одреди присуството на анксиозност и депресија кај нив.

Да се направи компаративна анализа во однос на присуството на анксиозност и депресија кај двете групи пациенти, со користење на Болничката скала за анксиозност и депресија.

Материјали и методи

Студијата е реализирана во Здравствениот дом во Битола, во Службата за домашно лекување. Истражувањето претставува проспективна контролирана студија на случај, во која се анализирани 30 пациенти, со дијагностицирано малигно заболување и исто толку пациенти со други заболувања, на различна возраст, од двата пола. Кај нив, направена е проценка на присуството на анксиозно-депресивен синдром, со примена на скалата HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale (Болничка скала за анксиозност и депресија). Оваа скала за самооценување, беше развиена да ги детектира состојбите на депресија,

анксиозност и емоционална вознемиреност кај пациенти кои биле третирани од различни клинички проблеми (11). По неколку модификации, конечната скала има вкупно 14 точки, со одговори рангирани на скала од 0 до 3, каде 3 означува висок симптом на фреквенција. Резултатот за секоја потскала (анксиозност и депресија) може да се рангира од 0 до 21 и означува: нормално (0 – 7), средно (8 – 10), умерено (11 – 14), тешко (15 – 21).

За статистичка обработка и анализа на добиените податоци беа применети соодветни статистички методи: мерки на централна тенденција (просек, медијана и модус), како и мерки на дисперзија (стандардна девијација, стандардна грешка), т-тест, Пирсонов коефициент на корелација, статистичка сигнификантност – одредување на $p < 0.05$.

Резултати

Во студијата, преку анкета беа анализирани пациенти со малигни заболувања и пациенти со други заболувања, со цел да се одреди присуство на анксиозност и депресија кај нив. Од вкупно 30 пациенти со малигни заболувања, 53% се мажи, 47% се жени, а од пациентите со останати заболувања 57% се мажи, а 43% се жени (Графикон 1).

33% од пациентите со малигни заболувања припаѓаат на возрасната група 61 – 70 години. Просечната возраст на пациентите изнесува 67,6 години, минимумот е 45 години, максимумот е 83 години, а



Графикон 1. Процентуална застапеност на испитаниците според полот

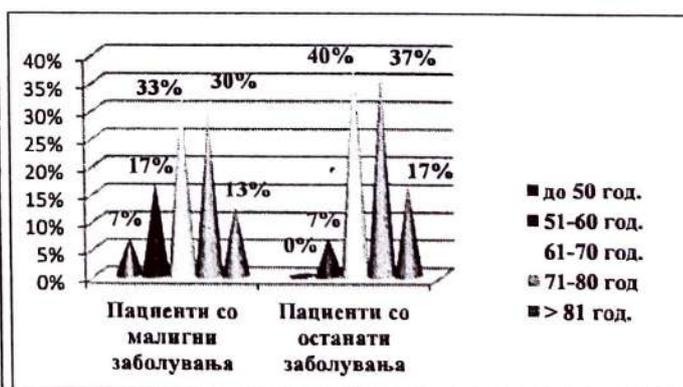
стандардната девијација е $\pm 10,6$, од пациентите со останати заболувања припаѓаат на возрасната група 61 – 70 го. Просечната возраст на пациентите изнесува 71,73 години, минимумот е 55 години, максимумот е 87 години, а стандардната девијација е $\pm 8,22$ години (Графикон 2).

Во продолжение на студијата се прикажани резултатите во однос на одговорите на пациентите, според прашањата од Болничката скала за анксиозност и депресија.

Од графикон 3, се забележува дека 47% од пациентите со малигни заболувања, голем дел од времето се чувствуваат напнато или „предизвикано“, а 60% од пациентите со останати заболувања, понекогаш се чувствуваат напнато или „предизвикано“. Се регистрира статистичка сигнификантност на прашањето за тоа дали се чувствуваат напнато или „предизвикано“ меѓу пациентите со малигни и останати заболувања (Pearson Chi Square = 7.3101, $df = 15$, $r = 0.191$, $p < 0.05$) (95 % Confidence Interval од 2.0928 до 11.9512), а коефициентот на корелација $\Phi = 0,22$ (слаба корелација).

Од графикон 4 се забележува дека 57% од пациентите со малигни заболувања, само малку уживаат во сите работи, а од вкупниот број на другите пациенти, 43% само малку уживаат во сите работи.

Од пациентите со малигни заболувања, 53% добиваат многу лошо чувство дека нешто ужасно ќе се случи, а 50% од пациентите со останати заболувања, добиваат малку лошо чувство, но не загрижувачко. Се регистрира



Графикон 2. Процентуална застапеност на испитаниците според возраста

0,06
заболувања
70 ГОД

статистичка сигнификантност на прашањето за тоа дали добиваат застрашувачко чувство меѓу пациентите со малигни и останати заболувања (Pearson Chi Square = 6.1201, $df = 15$, $r = 0.271$, $p < 0.05$) (95% Confidence Interval од 3.1018 до 2.9198), а коефициентот на корелација Phi = 0,2 (слаба корелација) (Графикон 5).

50% од пациентите со малигни заболувања, не ја гледаат смешната страна на нештата, додека нема пациенти што можат многу да се смеат. Најголем процент

пациенти со останати заболувања ја гледаат смешната страна на нештата, 33% (Граф.6).

60% од пациентите со малигни заболувања, доста време имаат загрижувачки мисли, додека на 50 % од пациентите со останати заболувања, одвреме-навреме им поминуваат загрижувачки мисли низ умот. 53% од пациентите со малигни заболувања често не се чувствуваат весело, додека од вкупниот број на пациенти со останати заболувања, 43% понекогаш се чувствуваат весело.



Графикон 3. Дали се чувствуваат напнато или „предизвикано“?



Графикон 4. Дали се уште уживате во сите работи?



Графикон 5. Дали добивате застрашувачко чувство дека нешто ужасно ќе се случи?



Графикон 6. Дали можете да се смеете и да ја видите смешната страна на нештата?



Графикон 7. Дали Ви поминуваат загрижувачки мисли низ умот?



Графикон 8. Дали се чувствуваат весело?



Графикон 9. Дали можете да седите мирно и да се чувствувате релаксирано?



Графикон 10. Дали се чувствувате како да забавувате?



Графикон 11.



Графикон 12.



Графикон 13.



Графикон 14.

57% од пациентите со малигни заболувања воопшто не се чувствуваат релаксирано, 50% од пациентите со останати заболувања често не се чувствуваат релаксирано, а само 7% дефинитивно седат мирно и се чувствуваат релаксирано.

Се регистрира статистичка сигнификантност на прашањето за тоа дали можат да седат мирно и да се чувствуваат релаксирано меѓу пациентите со малигни заболувања и останати заболувања (Pearson Chi Square = 4.9912 df = 15 p = 0.0127) (95% Confidence Interval од 1.9238 до 2.6224), а

коефициентот на корелација $\Phi = 0,23$ (слаба корелација).

Од графикон 10 се забележува дека најголем процент од пациентите со малигни заболувања, 57%, скоро цело време се чувствуваат како да забавуваат. 37% од пациентите со останати заболувања понекогаш чувствуваат како да забавуваат, а само 17% скоро цело време се чувствуваат како да забавуваат.

Од вкупниот број пациенти со малигни заболувања, 50% многу често добиват застрашувачко чувство, додека 33% пациенти со останати заболувања понекогаш,



Графикон 15.



Графикон 16.



Графикон 17. Застапеност на пациентите според резултатот од потскалата за анксиозност



Графикон 18. Застапеност на пациентите според резултатот од потскалата за депресија

односно често добиваат застрашувачко чувство (Графикон 11). Се регистрира статистичка сигнификантност на прашањето за тоа дали добиваат застрашувачко чувство меѓу пациентите со малигни и останати заболувања (Pearson Chi Square = 2.3568, df = 15, $r = 0.371$, $p < 0.05$) (95% Confidence Interval од 0.1128 до 7.0342) а коефициентот на корелација $\Phi = 0,24$ (слаба корелација).

Од вкупниот број на пациенти со малигни заболувања, 50% дефинитивно изгубиле интерес за изгледот, додека 33% од пациентите со останати заболувања не се грижат толку многу (Графикон 12).

Од графикон 13 се забележува дека 57% од пациентите со малигни заболувања воопшто не се чувствуваат неуморно, додека 60% од останатите пациенти не се чувствуваат толку неуморно. 53% од пациентите со малигни заболувања, воопшто не ги очекуваат нештата со радост, додека 47% од пациентите со останати заболувања дефинитивно помалку од порано ги очекуваат нештата со радост (Графикон 14).

Се регистрира статистичка сигнификантност на прашањето за тоа дали ги очекуваат нештата со радост меѓу пациентите со малигни и останати заболувања, (Pearson Chi Square = 6.4337, df = 15, $r = 0.05107$, $p < 0.05$) (95% Confidence Interval од 2.0713 до 4.0199), а коефициентот на корелација $\Phi = 0.22$ (слаба корелација).

Од графикон 15 се забележува дека 63% од пациентите со малигни заболувања, многу често добиваат чувство на паника, додека 47% од пациентите со останати заболувања не добиваат често такво чувство. Од графикон 16 се забележува дека 47% од пациентите со малигни заболувања, многу ретко уживаат со добра книга или ТВ-програма, додека 43% од пациентите со останати заболувања не уживаат често со добра книга или ТВ-програма.

Од графикон 17 се забележува дека од вкупниот број на пациенти со малигни заболувања, 83% имаат тешко ниво на анксиозност, а нема пациенти со нормално и средно ниво на анксиозност. Од вкупниот

Анксиозност				
	<i>Просечна вредност</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>St.Dev.</i>
Пациенти со малигни заболувања	16,8	11	21	± 2,41
Пациенти со останати заболувања	10,1	0	15	± 3,11

Депресија				
	<i>Просечна вредност</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>St.Dev.</i>
Пациенти со малигни заболувања	16,47	8	21	± 2,96
Пациенти со останати заболувања	9,30	1	16	± 3,63

ВКУПЕН СКОР (Анксиозност и депресија)				
	<i>Просечна вредност</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>St.Dev.</i>
Пациенти со малигни заболувања	33,27	23	42	± 4,87
Пациенти со останати заболувања	19,40	2	30	± 6,13

Табела број 1. Табеларен приказ на резултатот за анксиозност, резултатот за депресија и вкупниот резултат од тестот (просек, мин., макс., ст. девијација) кај пациентите со малигни и останати заболувања

број на пациенти со останати заболувања 50% имаат средно ниво на анксиозност, а само 3% имаат тешко ниво на анксиозност.

Од графикон 18 се забележува дека од пациентите со малигни заболувања, 83% имаат тешко ниво на депресија, а нема пациенти со нормално и средно ниво на депресија. Од пациентите со останати заболувања, 50% имаат средно ниво на депресија, а само 6% тешко ниво на депресија.

На табела број 1, се прикажани вредностите на просечната вредност, минимумот, максимумот и стандардната девијација кај пациентите со малигни и останати заболувања. Се регистрира статистичка сигнификантност меѓу просечната возраст на испитаниците и просечната вредност на резултатот за анксиозност ($t = 27.7128$ $df = 9$ standard error of difference = 5.105) (95% Confidence Interval од 68.0125 до 73.7712).

Се регистрира статистичка сигнификантност меѓу просечната возраст на испитаниците и просечната вредност на резултатот за депресија ($t = 27.8925$ $df = 29$ standard error of difference = 4.8713) (95% Confidence Interval од 71.4565 до 63.9435).

Се регистрира статистичка сигнификантност меѓу просечната возраст на испитаниците и просечната вредност на

вкупниот резултат ($t = 18.7456$ $df = 29$ standard error of difference = 2.887) (95% Confidence Interval од 54.2241 до 58.8961).

Дискусија

Целта на оваа студија беше да се направи анализа на резултатите добиени со анкетата на пациенти со малигни заболувања и на пациенти со други заболувања, за да се одреди присуството на анксиозност и депресија кај нив, со користење на Болничката скала за анксиозност и депресија. Резултатите покажаа дека постои статистичка сигнификантност меѓу просечната возраст на испитаниците и просечната вредност на резултатот за анксиозност, статистичка сигнификантност меѓу просечната возраст на испитаниците и просечната вредност на резултатот за депресија, како и статистичка сигнификантност меѓу просечната возраст на испитаниците и просечната вредност на вкупниот резултат.

Распространетоста на емоционалната вознемиреност кај пациенти со карцином многу варира во студиите во светската литература. Во една метаанализа (Singer [HYPERLINK "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3251893/"](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3251893/) et al. [HYPERLINK "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3251893/"](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3251893/), 2009) .се

прикажува дека скоро една третина од пациентите со карцином страдаат од ментални растројства, во различни степени на развој на болеста (12). Во студијата била анализирана појавата на анксиозност и депресија кај 10 153 пациенти со карцином во однос на возраста, полот, видот на карциномот и степенот на болеста. Резултатите покажале дека 19.0% од пациентите имале клинички нивоа на анксиозност, 22.6% имале супклинички симптоми, 12.9% од пациентите имале клинички симптоми на депресија, а 16.5% опишале супклинички симптоми. Анализите, според видот на ракот, покажаа значителни разлики така што пациентите со рак на белите дробови, гинеколошки, или хематолошки канцер пријавиле највисоко ниво на дистрес во времето на дијагностицирање на ракот (13).

Во друга студија, спроведена во 2013 година, од 154 пациенти, кај значаен дел од нив и нивните партнери (до 40%) анализата покажала високи нивоа на анксиозност, депресија, психолошко нарушување и низок квалитет на живот, особено кај женските пациенти и женските партнери (14).

Резултатите од студијата покажаа значајно повисока инциденција на анксиозност и депресија кај пациентите со малигни заболувања во однос на пациентите со други заболувања. И во други студии во светот се прикажуваат слични резултати.

Така, во студија спроведена во 2014 година, авторите го проценувале степенот на анксиозност и депресија кај пациентки со карцином на дојка, во споредба со пациентки со хронична холелитијаза. Резултатите покажале статистички значајно повисок степен на анксиозност и депресија кај пациентките со карцином на дојка, односно тежината на дијагнозата била во корелација со нивото на анксиозните и депресивните симптоми (15).

Во друга студија, Kuranou et al., (2014) анализирале 396 пациентки. Резултатите покажале дека пациентките имале умерено ниво на анксиозност пред операцијата. Повисоките нивоа на депресивни симптоми и несигурност за иднината, како и пониските нивоа на задоволство од животот, помалото

чувство на контрола и поголемата тешкотија за справување предвидуваат повисоки нивоа на предоперативна анксиозност. Повисокото ниво на предоперативна анксиозност, посиромашното физичко здравје, намаленото чувство на контрола и чувството на изолација предвидуваат повисока состојба на анксиозност со текот на времето. Умерено нивото на анксиозност, постои кај жените 6 месеци по операцијата од рак на дојка (16).

Во некои студии се укажува дека нивото на анксиозност и депресија, кај пациентките по операција на карцином на дојка, се намалува со текот на времето, но значителен број од жените имаат високо ниво на анксиозност и депресија и по 18 месеци од операцијата (17).

Заради ова, во повеќето студии се нагласува важноста од навремено откривање на анксиозноста и депресијата кај пациентките со карцином на дојка, од нивно соодветно управување за време на третманот и потоа, како и од спроведување на соодветни вежби за подобрување на квалитетот на животот на пациентите (18, 19, 20). Некои автори ја испитувале можноста од примената на кратка психолошка интервенција, која би можела да спречи појава на анксиозност или депресија кај новодијагностицирани пациенти со малигно заболување, користејќи стандардизирани психијатриски тестови (21).

Заклучоци и препораки

Од прикажаните резултати, може да се изведат следните заклучоци и препораки:

Пациентите со карциноми, почесто манифестираше знаци на анксиозност и депресија, особено пациентите од женскиот пол.

Потребно е да се продолжи со организираните прегледи за рано откривање и третман на заболените лица.

Да се организира и постојано и непрекинато да се ажурира современ национален регистар на лица со малигна болест, што ќе овозможи детално следење на состојбите и ќе биде основа за сите понатамошни политики и активности на државата кон намалување на проблемот на малигните заболувања.

Континуирано и детално да се следат состојбите во врска со веќе споменатите ризик- фактори во животната и работната средина и веднаш да се преземаат соодветни мерки и интервенции за нивно постојано контролирање.

Да се потенцираат и применуваат сите можности за превенција (достапност и примена на вакцини), лекување и елиминација на биолошките причинители како еден од важните ризик-фактори и да се работи на нивна понатамошна континуирана популаризација кај широкото население.

Литература

Burt J., Plant H., Omar R., Raine R., Equity of use of specialist palliative care by age: cross-sectional study of lung cancer patients. *Palliat Med* 24:641–650. September 2010.

Anand P., Kunnumakkara A. B., Kunnumakara A. B., Sundaram C., Harikumar K. B., Tharakan S. T., Lai O. S., Sung B., Aggarwal B. B. (September 2008). „Cancer is a preventable disease that requires major lifestyle changes“. *Pharm. Res.* 25 (9): 2097–116.

Lichtenstein P., Holm N. V., et al. Environmental and heritable factors in the causation of cancer—analyses of cohorts of twins from Sweden, Denmark, and Finland. *N. Engl. J. Med.* 2000; 343: 78–85.

Loeb K. R., Loeb L. A. Significance of multiple mutations in cancer. *Carcinogenesis.* 2000; 21: 379–85.

Hahn W. C., Weinberg R. A. Modeling the molecular circuitry of cancer. *Nat. Rev. Cancer.* 2002; 2: 331–41.

Mucci L. A., Wedren S., Tamimi R. M., Trichopoulos D., Adami H. O. The role of gene-environment interaction in the etiology of human cancer: examples from cancers of the large bowel, lung and breast. *J. Intern. Med.* 2001; 249: 477–93.

Czene K., Hemminki K. Kidney cancer in the Swedish Family Cancer Database: familial risks and second primary malignancies. *Kidney Int.* 2002; 61: 1806–13.

Irigaray P., Newby J. A. et al. Lifestyle-related factors and environmental agents causing cancer: an overview. *Biomed. Pharmacother.* 2007; 61: 640–58.

Denissenko M. F., Pao A., Tang M., Pfeifer G. Preferential formation of benzo[a]pyrene adducts at lung cancer mutational hotspots in P53. *Science.* 1996; 274: 430–2.

Кнегиња Рихтер Соколовска и др. Учебник по психијатрија за студенти по медицина, Штип. 2013: 147–150.

Zigmond A. S., Snaith R. P. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983 Jun; 67(6): 361–70.

Singer S., Das-Munshi J., Brahler E. Prevalence of mental health conditions in cancer patients in acute

care - a meta-analysis. *Ann Oncol.* 2009; 21 (5): 925–930. [PubMed].

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 Dec 10; 141(2-3): 343–51. doi: 10.1016/j.jad.2012.03.025. Epub 2012 Jun 21.

Moser M. T., Künzler A., Nussbeck F., Bargetzi M., Znoj H. J. Higher emotional distress in female partners of cancer patients: prevalence and patient-partner interdependencies in a 3-year cohort. *Psychooncology.* 2013 Dec; 22 (12): 2693–701. doi: 10.1002/pon.3331. Epub 2013 Jul 3.

Keyzer-Dekker C. M., de Vries J., Mertens M, C., Roukema J. A., van der Steeg A. F. The impact of diagnosis and trait anxiety on psychological distress in women with early stage breast cancer: a prospective study. *Br J Health Psychol.* 2014 Nov; 19 (4): 783–94 doi:10.1111/bjhp.12076. Epub 2013.

Kyranou M1., Puntillo K., et al. Predictors of initial levels and trajectories of anxiety in women before and for 6 months after breast cancersurgery. *Cancer Nurs.* 2014 Nov-Dec; 37 (6): 406–17. doi: 10.1097/NCC.000000000000131.

Vahdaninia M., Omidvari S., Montazeri A. What do predict anxiety and depression in breast cancer patients? A follow-up study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2010 Mar; 45 (3): 355–61. doi: 10.1007/s00127-009-0068-7. Epub 2009 May 21.

Ho S. S., So W. K., Leung D. Y., Lai E. T., Chan C. W. Anxiety, depression and quality of life in Chinese women with breast cancer during and after treatment: a comparative evaluation. *Eur J Oncol Nurs.* 2013 Dec; 17 (6): 877–82. doi: 10.1016/j.ejon.2013.04.005. Epub 2013 May 30.

Hill J., Holcombe C., et al. Predictors of onset of depression and anxiety in the year after diagnosis of breast cancer. *Psychol Med.* 2011 Jul; 41 (7): 1429–36. doi: 10.1017/S0033291710001868. Epub 2010 Oct 14.

Cadmus L. A., Salovey P., Yu H., Chung G., Kasl S., Irwin M. L. Exercise and quality of life during and after treatment for breast cancer: results of two randomized controlled trials. *Psychooncology.* 2009 Apr; 18 (4): 343–52. doi: 10.1002/pon.1525.

Pitceathly C., Maguire P., Fletcher I., Parle M., Tomenson B., Creed F. Can a brief psychological intervention prevent anxiety or depressive disorders in cancer patients? A randomized controlled trial. *Ann Oncol.* 2009 May; 20 (5): 928–34. doi: 10.1093/annonc/mdn708. Epub 2009 Jan 6.

Жаклина Ѓоршевска¹, Д. Рајчановска², Т. Јовановска², И. Филов², В. П. Стојчевска², Г. Р. Димитровска².

1. ЈЗУ Здравствен дом, Битола.

2. Универзитет „Св. Климент Охридски“, Битола, Висока медицинска школа.