

КАЧЕСТВО НА ЖИВОТ НА ПАЦИЕНТИТЕ С ОНКОХЕМАТОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ – ПИЛОТНО ПРОУЧВАНЕ

Г. Вандова¹ и Ж. Сурчева²

¹Клиника по хематология, УМБАЛ „Александровска“ – София

²Централна медицинска библиотека, МУ – София

Резюме. В рамките на пилотно проучване относно промените в качеството на живот (КЖ) на болни с онкохематологични заболявания са изследвани 40 лица с лимфом, хронична лимфолевкоза, хронична миелолевкоза и акутна левкемия. Тези клинични единици са подбрани, тъй като заемат значителен относителен дял в структурата на онкохематологичната заболяемост у нас. Задачите включват верификация на разбираемостта на стандартизирания въпросник (EORTC QLQ-C30) при тези болни, очертаване на някои основни нарушения в тяхното КЖ; разкриване на отношението към терапевтичния екип и към групите, от които се очаква да оказват социална поддръжка на пациентите. Използван е методът на пряката индивидуална анкета с въпросник. Данните показват добра разбираемост на въпросите и готовност за сътрудничество. КЖ бива оценено като умерено нарушено, като водещ проблем е нарушеното финансово състояние, следвано от нарушеното емоционално и социално функциониране на болния. Въпреки това пациентите дават добра оценка на здравето си и на КЖ през последната седмица, висока оценка за терапевтичния екип и за силна подкрепа от страна на семейството и недостатъчна – на подкрепата при референтната група. При над една трета от болните се отбелязват симптоми на тревожност и депресивност, което дава основание към терапевтичния екип да бъдат включени психолози и социални работници.

Ключови думи: качество на живота, психологична адаптация, левкемии/психология, лимфопролиферативни заболявания/психология, въпросници/стандарт

G. Vandova and Zh. Surcheva. QUALITY OF LIFE OF ONCOHAEMATOLOGIC PATIENTS: A PILOT STUDY

Summary. To reveal quality of life (QL) changes in oncohaematologic patients, a pilot study of 40 subjects with oncohaematologic diseases including lymphoma, chronic lympholeukosis, chronic myeloleukosis and acute leukemia was carried out. These clinical entities were selected as they comprise a relatively large share of oncohaematologic morbidity in Bulgaria. The aims of the study also included verification of the comprehensiveness of a standardized questionnaire (EORTC QLQ-C30), outlining of some main interferences with patients' QL, revealing of patients' attitude towards the therapeutic team and the groups, from which social support delivery was expected. During the inquiry, each patient answered the EORTC QLQ-C30 questions. The results showed a good level of patient's comprehensiveness of questionnaire items and compliance. A moderate degree of interference with patients' QL was established, as the leading problem was the disrupted financial status, followed by the disturbed emotional and social functions of the diseased individuals. However, the patients evaluated as "Good" their health status and QL during the past week, as "Excellent" – the therapeutic team, as "Strong" – the support from their families and as "Insufficient" – this from the reference group. In more than one third of the diseased, symptoms of anxiety and depression were observed, which gives the grounds for involving psychologists and social workers into the therapeutic team.

Key words: quality of life, adaptation, psychological, leukemia/psychology, lympho-proliferative disorders/psychology, questionnaires/standards

Онкохематологичното заболяване налага промени в жизнения ритъм на пациентите, страдащи от него. Те се сблъскват със значителни психични и финансови проблеми, дължащи се на влошеното здравно състояние, което не позволява на болния пълноценно да се труди, да общува по обичайния за него начин и въобще да изпълнява всички свои социални функции. По литературни данни и по собствени наблюдения установихме, че след първоначалния стрес – от новопоявилите се здравни

проблеми, изследванията и информацията за установената диагноза, пациентите започват постепенно да приемат, че са болни, и да се справят психически с новата, неприятна за тях ситуация. Тези процеси зависят както от личностните им характеристики, така и от методите на лечение и резултатите от тях. Моменти, които дават най-точна информация за състоянието на пациента, са етапът на поставяне на диагнозата, етапът на цитостатично лечение и етапът на амбулаторно проследяване.

дяване. Данните от такива проучвания ще бъдат обект на следващи публикации.

С цел събиране на информация от изследвания, подобни на нашето, Европейската организация за изследвания и терапия на рака (European Organization for Research and Treatment of Cancer – EORTC) е разработила въпросници, измерващи качеството на живот, някои от които са адаптирани към различни болестни единици [10]. Понятието “качество на живот” е интегрален показател за състоянието, постиженията и успеха на индивида, неговото семейство и общност, както и за дейността на различни нива в управлението на обществото [5]. Това е многоизмерно понятие и налага изследване на различни страни от живота на пациента, включващи както физическото състояние, така и емоционалното и социалното благополучие. Физическото състояние се оценява чрез промените във функциите на организма, възприемани от индивида и наблюдавани от персонала (напр. симптомите болка, гадене и умора). Физическото състояние най-общо включва физическия комфорт, така както се възприема от пациента, симптомите на болестта и страничните ефекти на лечението. *Функционалното благополучие* включва способност за изпълнение на дейности, свързани с личните потребности и социалните роли (ежедневна активност, свързана с отговорности въкъщи и извън дома). *Емоционалното благополучие* е свързано с физическото, то се изразява чрез положителните (благодеяние) и отрицателните (дистрес) афекти [6]. Най-трудно се измерва социалното благополучие, тъй като е твърде разнородно. Тук се включват активността в семейството, социалното функциониране и получената от семейството и референтната група социална поддръжка. Социалното благополучие играе голяма роля за адаптацията на пациента към заболяването и за преодоляването му [2]. Според Н. Тосева “Субективната страна на качеството на живота включва възприемането на болестта, на лечението, на собствените очаквания и оценката на отношенията риск-вреда. Персоналната преценка за качеството на живота е динамична както във времето, така и с промяната на ситуациите. В този смисъл под качество на живота следва да се разбира **пространството** между действителното функционално ниво на индивида и собствения му идеален стандарт” [6].

ЦЕЛ

Проведено е пилотно проучване, целящо да установи промените в качеството на живот и социално-психологическите проблеми на пациен-

тите с онкохематологични заболявания, а именно лимфом, хронична лимфолевкоза, хронична миелолевкоза и акутна левкемия. Подбрани са тези клинични единици, тъй като заемат най-висок относителен дял в структурата на онкохематологичната заболяемост у нас.

ЗАДАЧИ

1. Верификация на разбираемостта на въпросника от страна на болните.
2. Установяване на водещите проблеми вследствие промененото качество на живот.
3. Установяване отношението на болните към терапевтичния екип.
4. Установяване наличието на симптоми на тревожност и депресия.

МЕТОДИ

Използван е стандартизиран [7, 8, 10] въпросник за качеството на живот на болния, създаден от организацията EORTC. За някои заболявания – напр. хроничната лимфолевкоза – има валидирани подобни инструменти, но тъй като обхванатите от нас болестни единици са 4, решиме да използваме общия въпросник на EORTC QLQ-C30 [10]. Към него са добавени формулирани от нас въпроси за оценка на терапевтичния екип и за самооценка на социалния живот на анкетирания. Следващата група въпроси са от т.нар. *Болнична скала за изследване на тревожност и депресивност* – Hospital Anxiety and Depression (HAD) scale [9, 11, 12, 13], която дава допълнителни сведения за качеството на живот.

Чрез пряка и непряка индивидуална анкета е проучено състоянието на 40 пациенти, 10 от които с диагноза лимфом (ЛМ), 10 – с хронична лимфолевкоза (ХЛМ), 10 – с хронична миелолевкоза (ХМЛ) и 10 – с акутна левкемия (АЛ). Мъжете и жените съответно съставляват по 50% от интервюираните. На всеки са зададени 30 въпроса по стандартизираната и преведена на български език скала за качество на живот QLQ-C30, като отговорите са представени с 4-степенна скала от Ликертов тип: липса на явление – 1, сла-бо смущение на функционирането – 2, умерено смущение – 3, и силно смущение – 4. За статистическа обработка на резултатите е използван пакетът SPSS и по-точно методите на описателната статистика и непараметричният анализ.

РЕЗУЛТАТИ

В проучването са взели участие 40 респонденти, 20 жени и 20 мъже, като всеки от тях е отговорил на всички въпроси. Възрастта им варира меж-

ду 24 и 81 г., като средната възраст на изследвания контингент е 52,03 г. Според образователния си ценз анкетираните се разпределят по следния начин: с основно образование са 15%, със средно – 65%, с полувисше – 7,5%, и с висше (вкл. докторантура) – 12%. Обучаващите се съставляват 5% от групата, работещите са 35%, без работа са 15% и пенсионерите са 45%. Според декларираното семейно положение 12,5% са неомъжени/неженени, 62,5% са семейни, 2,5% съжителстват на семейни начала, 10% са разведени и съответно вдовици/вдовци са 12,5%. Градските жители са 77,5% (31 лица), а останалите 9 (22,5%) живеят в села.

Основните проблеми по отношение качеството на живота, индицирани от стойността на средната величина, се ранжират, както е показано в табл. 1.

Ако се съди по първите изброени от пациентите фактори, при тях на този етап основни смущения са налице във финансово-икономическото състояние [4] и в емоционалното им благополучие, следват трудностите в социалното функциониране на индивида и едва на 11-а позиция се ранжират проблемите във физическото функциониране на пациентите с онкохематологични заболявания. По-нататъшните изследвания биха позволили да се проследи промяната в ранжирането на отделните елементи на тази скала.

Таблица 1. Разпределение на отговорите на всички анкетирани с четирите диагнози (N = 40)

	N	Mean		Std. Deviation
		Statistic	Std. error	Statistic
1. Смущения във финансовото състояние поради физическото състояние или лечението	40	2,73	0,186	1,176
2. Усещане на тревога (тревожност)	40	2,48	0,168	1,062
3. Раздразнителност	40	2,45	0,113	0,714
4. Напрегнатост	40	2,38	0,142	0,897
5. Усещане за нужда от почивка	40	2,30	0,130	0,823
6. Потиснатост	40	2,18	0,147	0,931
7. Умора	40	2,15	0,141	0,893
8. Ограничения при упражняване на хоби или други дейности за отмора – през последната седмица	40	2,13	0,161	1,017
9. Ограничения при изпълнение на трудовите задължения или в ежеднезната заетост – през последната седмица	40	2,13	0,176	1,114
10. Смущения в социалното функциониране поради физическото състояние или лечението	40	2,08	0,145	0,917
11. Усещане на слабост	40	1,95	0,152	0,959
12. Проблеми при физическо натоварване	40	1,95	0,168	1,061
13. Проблеми при продължително ходене	40	1,93	0,145	0,917
14. Потребност от оставане в леглото или на стол	40	1,83	0,123	0,781
15. Проблеми със съня	40	1,78	0,141	0,891
16. Задъхване – през последната седмица	40	1,68	0,149	0,944
17. Трудности със запомняне на разни неща – проблеми с паметта	40	1,63	0,146	0,925
18. Липса на апетит	40	1,55	0,143	0,904
19. Трудности при концентриране (при четене на вестници или гледане на TV)	40	1,50	0,101	0,641
20. Наличие на болки	40	1,35	0,105	0,662
21. Смущения в семейния живот поради физическото състояние или лечението	40	1,35	0,116	0,736
22. Болкови смущения при ежедневните занимания	40	1,33	0,104	0,656
23. Чувство на гадене	40	1,28	0,095	0,599
24. Повръщане	40	1,18	0,079	0,501
25. Трудности при краткотрайно ходене пеша	40	1,18	0,071	0,446
26. Наличие на диария	40	1,15	0,067	0,427
27. Наличие на запек	40	1,00	0,000	0,000

28. Нужда от помощ при хранене, обличане, миене, къпане	40	1,00	0,000	0,000
Valid N (listwise)	40			

В групата с диагноза **лимфом** (табл. 2) са дадени най-много отговори, индикиращи сериозни (в сравнение с другите групи) смущения, и на първите позиции се открояват проблемите, отразени на табл. 2 (отбелязани и при болни с хематологични заболявания в Испания) [7].

В групата с диагноза **хронична лимфолевкоза** на първа позиция със стойност на средната величина 3,10 излиза тревожността (табл. 3). В групата болни с **хронична миелолевкоза** (табл. 4) прави впечатление, че по-малко от пациентите са посочили наличие на силна степен на смущение

на функциите и стойностите са по-ниски – феномен, който може да се дължи и на малкия обем на изследваната от нас група. За групата с диагноза **остра левкемия** ранжирането е представено в табл. 5.

В скалата, оценяваща най-ниското ниво с 1 (много лошо) до 7 (отлично), средната стойност на самооценката за здравето през последната седмица е 5, **самооценката на качеството на живот** през последната седмица е 5,5. Медианата и за двата въпроса има стойност 5 (фиг. 1 и фиг. 2).

Таблица 2. Разпределение на отговорите на групата с диагноза лимфом

	N	Minimum	Maximum	Mean		Std. Deviation
				Statistic	Std. error	
1. Финансови трудности	10	1	4	3,40	0,306	0,966
2. Напрегнатост	10	1	4	2,80	0,291	0,919
3. Раздразнителност	10	2	4	2,70	0,213	0,675
4. Ограничения при упражняване на хоби или други дейности за отмора	10	1	4	2,70	0,367	1,160
5. Смущения на социалните занимания	10	1	4	2,70	0,260	0,823
6. Усещане за нужда от почивка	10	2	4	2,70	0,260	0,823
7. Потиснатост	10	2	4	2,60	0,221	0,699
8. Усещане на тревога (тревожност)	10	1	4	2,60	0,340	1,075
Valid N (listwise)	10					

Таблица 3. Разпределение на отговорите на групата с диагноза хронична лимфолевкоза

	N	Minimum	Maximum	Mean		Std. Deviation
				Statistic	Std. error	
1. Усещане на тревога (тревожност)	10	2	4	3,10	0,277	0,876
2. Финансови трудности	10	1	4	2,80	0,359	1,135
3. Потиснатост	10	1	4	2,60	0,340	1,075
4. Раздразнителност	10	2	4	2,60	0,221	0,699
5. Усещане за нужда от почивка	10	1	4	2,50	0,342	1,080
6. Ограничения при упражняване на хоби или други дейности за отмора	10	1	4	2,50	0,269	0,850
Valid N (listwise)	10					

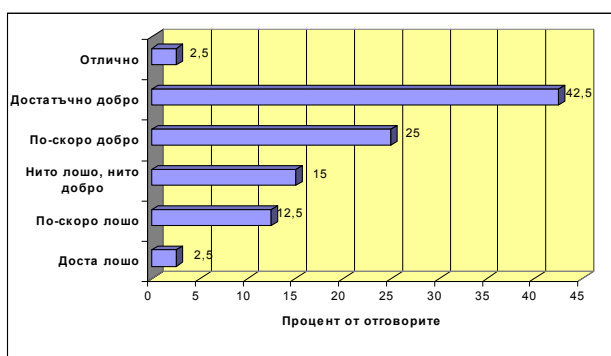
Таблица 4. Разпределение на отговорите на групата с диагноза хронична миелолевкоза

	N	Minimum	Maximum	Mean		Std. Deviation
				Statistic	Std. error	
1. Раздразнителност	10	1	3	2,30	0,213	0,675
2. Усещане за нужда от почивка	10	1	3	2,00	0,258	0,816
3. Проблеми с финансиите	10	1	4	1,90	0,348	1,101

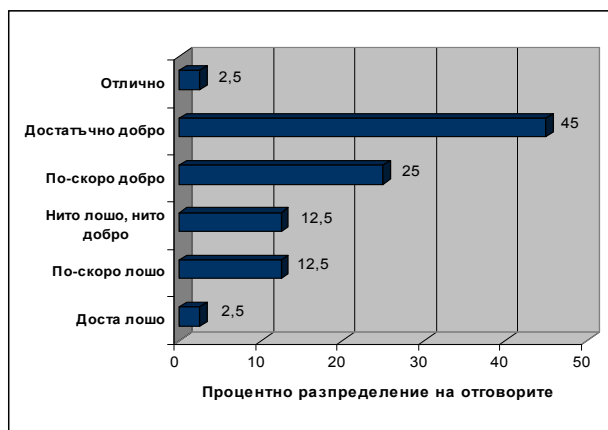
4. Усещане на тревога (тревожност)	10	1	3	1,90	0,277	0,876
5. Проблеми при физическо натоварване	10	1	4	1,80	0,359	1,135
Valid N (listwise)	10					

Таблица 5. Разпределение на отговорите на групата с диагноза остра левкоза

	N	Minimum	Maximum	Mean		Std. Deviation
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. error	Statistic
1. Финансови трудности	10	1	4	2,80	0,359	1,135
2. Напрегнатост	10	2	4	2,70	0,260	0,823
3. Ограничения при изпълнение на трудовите задължения или в ежедневнозата заетост	10	2	4	2,60	0,306	0,966
4. Проблеми при продължително ходене	10	1	3	2,40	0,221	0,699
5. Тревожност	10	1	4	2,30	0,367	1,160
6. Смущения при упражняването на социални занимания	10	2	3	2,30	0,153	0,483
7. Проблеми при физическо натоварване	10	1	4	2,30	0,300	0,949
Valid N (listwise)	10					



Фиг. 1. Самооценка на здравето през последната седмица – разпределение на отговорите на всички анкетирани (N = 40)



Фиг. 2. Самооценка на качеството на живота през последната седмица – разпределение на отговорите на всички анкетирани (N = 40)

Данните ни дават право да направим извода, че пациентите оценяват здравето и качеството си на живот най-общо като доста добро, което е позитивно както като показател за общото им състояние, така и като фактор, който ще действа

подкрепящо на общите усилия на екипа за успех на лечението.

Между отделните групи са търсени **разлики по признаците пол, възраст, семейно положение, диагноза и образователен ценз**. Според признаците пол, възраст и семейно положение няма открити значими статистически разлики. По признак установена диагноза са открити разлики по отношение на:

– Усещането за слабост, което е проявено по-силно в групата с остра левкемия и хронична миелолевкоза: $\chi^2 = 23,423$, $p < 0,005$, Cramer's V = 0,442, contingency coefficient = 0,608, $p < 0,005$.

– Усещането за смущения в социалното функциониране поради физическото състояние или лечението: $\chi^2 = 24,462$, $p < 0,004$, Cramer's V = 0,451, contingency coefficient = 0,616, $p < 0,004$. При самооценката на здравето и качеството на живот не са открити разлики между групите с различни диагнози.

Прави впечатление високият процент на пациентите, възнамеряващи да търсят алтернативни методи на лечение във всяка от изследваните групи: за лимфом – 23%, за хронична лимфолевкоза – 13,3%, за хронична миелолевкоза – 33,3%, и за акутна левкемия – 30%.

Докато във всички групи се отбелязва добра подкрепа от страна на семейството (силна за 70% от всички интервюирани), не така стои въпросът с поддръжката при референтната група – липса на подкрепа от страна на близки приятели и колеги отбелязват 42% от всички пациенти. Оценката на усещането за изолираност е от “изобщо липсва” – за 52,5%, до “силно чувство на изолация” – за 27,5%. Този факт индикира се

риозен социален проблем при над една четвърт от болните с подобни заболявания, което може да се дължи на социалните и икономическите проблеми на хората през последните десетилетия, на засилената урбанизация и на развилата се успоредно с нея алиенация, но може и да е израз на типичната за хронично болните социална изолация – да се контактува дълго време с болен не е много лесно за никого. Най-сериозен е този проблем при болните с хронична миелолевкоза – 80% сочат наличие на изолация от средата си, и при тези с хронична лимфолевкоза – 30%. Очевидно хроничните болести са предизвикателство както за пациента, така и за онези, които не спадат към най-тесния му семеен кръг. Тук статистически значимите разлики между различните заболявания се доказват чрез израза:

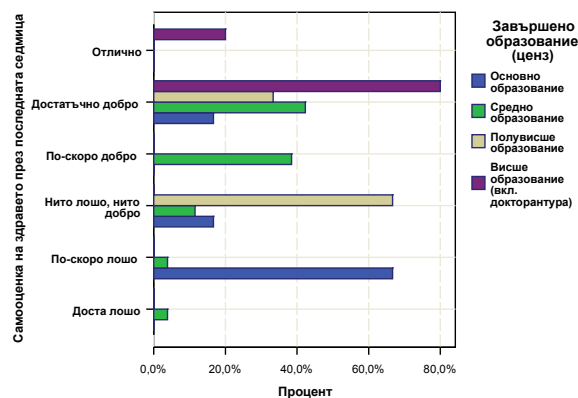
$\chi^2 = 34, 165, p < 0,0001, \text{Cramer's } V = 0,534, \text{contingency coefficient} = 0,679, p < 0,0001.$

Разликите между 4-те различни диагнози се установяват и по признака трудова заетост, при показателя “проблеми със запомнянето” – групите на работещите и на пенсионерите дават стойности, по-различни от тези на останалите. Възможно е проблемите с паметта при пенсионерите да се дължат и на влиянието на възрастта, която при тях закономерно е по-висока ($\chi^2 = 28, 323, p < 0,001, \text{Cramer's } V = 0,486, \text{contingency coefficient} = 0,644, p < 0,001$) Същите групи съобщават и за най-чести трудности при социалното си функциониране.

Образователният ценз на пациентите е свързан със самооценката на здравето състояние – с нарастването на ценза се изразява по-добра оценка на собственото здраве: $\chi^2 = 38, 528, p < 0,001, \text{Cramer's } V = 0,567, \text{contingency coefficient} = 0,7, p < 0,001$ (фиг. 3).

Също така цензът има връзка с намерението за търсене на консултации в чужбина – $\chi^2 = 27, 876, p < 0,0001, \text{Cramer's } V = 0,59, \text{contingency coefficient} = 0,641, p < 0,0001.$ При наличната извадка най-силно желание за това проявяват хората със средно образование – и вероятно онези от тях, които се радват на добър финансов статус.

Самооценка на здравето през последната седмица според образователния ценз



Фиг. 3

От отговорите на пациентите можем да направим извод за **оценката за работата на терапевтичния екип:**

– Субективната оценка за успеха на лечението показва умерен оптимизъм – по-скоро уверени в успеха са 62,5% от всички анкетирани, а напълно уверени – 2,5%.

– Лекуващият екип се ползва с доверие сред пациентите – по-скоро уверени в качествата му са 52,5%, а напълно уверени – 45%.

– Намерение да търсят консултации в друго лечебно заведение в страната нямат 62,5% от анкетираните, 12,5% се колебаят, а останалите 25% смятат да направят още консултации и другаде.

– Да търсят консултации в чужбина смятат 55%, 22,5% се колебаят и 22,5% нямат такава нагласа.

– Към алтернативни методи на лечение биха прибегнали 75%, 20% се колебаят, а 5% не са склонни. Високият процент възнамеряващи да търсят такива методи показва разклатена вяра в способностите на медицинската наука и здравеопазването да се справят с тези заболявания, които са труднолечими не само у нас, но и по света.

Следващата група въпроси изяснява социалните аспекти на онкохематологичните заболявания.

– Намерение за промени на работното място – като месторабота или по-ниска часова натовареност – декларират 25% от отговорилите, 2,5% се колебаят, а 72,5% не смятат да предприемат промени към момента на допитването. Причина за нежеланието може да са както доброто здравословно състояние в момента, така и опасенията от влошаване на финансовото състояние в перспектива.

ВЪПРОСИ ЗА СОЦИАЛНАТА ПОДДРЪЖКА НА БОЛНИТЕ С ОНКОХЕМАТОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

Много от хронично болните отбелязват влошено социално функциониране и отслабнала социална поддръжка. **Помощ/подкрепа от семейството** след началото на заболяването не получават 2,5% от анкетираните, за 12,5% тя е слаба, умерена е за 15% и силна – за 70% от отговорилите пациенти. Това означава, че социалната роля на семейните отношения остава много голяма и че семейството е основен източник на поддръжка за членовете си.

По друг начин стои въпросът с подкрепата от приятели и колеги (референтната група) след началото на заболяването. Според 42,5% тя изобщо липсва, за 22,5% е слаба, умерена е за 27,5% и е силна при останалите 7,5% от случаите – т.е. очертава се сериозен проблем с подкрепата на тези болни от лица извън семейството, което е типично при болни с хронични заболявания. Тези въпроси още веднъж подкрепят резултатите, получени чрез стандартизирания въпросник EORTC QLQ-C30.

Последният въпрос от тази група изследва **субективното усещане за изолираност от семейство, близки и приятели** и е контролен за предишните въпроси.

Такова усещане в много силна степен изпитват 27,5%, в умерена и в ниска степен – 10%, и изобщо не се чувстват изолирани 52,5%. Това разпределение говори, че въпреки нарушените контакти болните в момента на проучването не страдат от социална изолация, което обаче можем да обясним предимно с високата социална подкрепа от страна на семействата им. По тази причина световната практика препоръчва в терапевтичния екип да бъдат включени и психолог, и социален работник – предложения, върху които споделят мисли и други автори [1].

ОТГОВОРИ НА ДОПЪЛНИТЕЛНИТЕ ВЪПРОСИ ОТ БОЛНИЧНАТА СКАЛА ЗА ИЗСЛЕДВАНЕ НА ТРЕВОЖНОСТ И ДЕПРЕСИВНОСТ (HAD-СКАЛА)

От отговорите на въпросника за качеството на живот можем да установим още, че болните усещат раздразнителност, тревога, безпокойство и лесна уморяемост – симптоми, говорещи за повишена тревожност и депресивност [3]. Състоянието става по-ясно след изследването с т. нар. Болнична скала за изследване на тревожност и депресивност – Hospital Anxiety and Depression (HAD) scale [11, 12, 13], която е инструмент, ползван по света в подобни на нашето проучвания [6].

Симптомите на тревожност и депресивност са изследвани със стандартизиран въпросник с по 7 въпроса. При отговорите за липсата на симптоми е присвоен код 0, на слабите – 1, на умерените – 2 и на изразените симптоми – код 3. Случаите, при които общият сбор е по-малък от 8, са приети за такива с липсваща симптоматика, тези със сбор от 8 до 10 вкл. – за съмнителни, и тези със сбор 11-21 – за случаи с налични симптоми на тревожност и депресивност. След прекодиране на данните код 1 или “Няма симптоми” се присвоява на случаите с резултат 0-7; код 2 – “Съмнителен случай”, на тези със сбор 8-10 и код 3 – “Налични симптоми” – на онези със сбор 11-21.

СТАТИСТИЧЕСКА ХАРАКТЕРИСТИКА НА ОТГОВОРИТЕ ЗА ТРЕВОЖНОСТ

Разпределението на данните показва следните особености: общ брой отговори 40, средно 9,35, медиана 8,50, минимална стойност 3, максимална стойност 18 – т. е. цялата група показва симптоми, съмнителни за наличието на тревожност. Същото се потвърждава и при прекодиране на данните.

От изчисленията можем да направим извода, че цялата група пациенти е “съмнителна” за наличие на симптоми на тревожност (стойност на медианата 2, което отговаря на “съмнителен случай”). Според отговорите на цялата група (табл. 6) налична тревожна симптоматика има при 35% от пациентите. Няма статистически значими различия в отговорите на интервюираните според диагноза, пол, възраст, образование и трудова заетост.

Таблица 6. Тревожност според HAD скала (след прекодиране) – разпределение на отговорите

Наличие на симптоматика	Брой	Процент	Кумулативен процент
Няма симптоми	17	42,5	42,5
Съмнителен случай	9	22,5	65,0
Има симптоми на тревожност	14	35,0	100,0
Общ брой отговорили	40	100,0	

СТАТИСТИЧЕСКА ХАРАКТЕРИСТИКА НА ОТГОВОРИТЕ, ЗАСЯГАЩИ ДЕПРЕСИВНИ СИМПТОМИ

Тук положението е подобно на разпределението на стойностите за симптомите на тревожността. Общ брой отговори – 40, средно 9,70, медиана 9,50, минимална стойност 2, максимална стойност 21. Тези стойности на средната величина и медианата означават, че цялата група болни показва симптоми, насочващи към веро-

яността за развитие на депресия. Разпределението по-долу доказва, че това е вярно за 37,5% от анкетираните (табл. 7).

Таблица 7. Депресивност според HAD скала (след прекодиране) – разпределение

Наличие на симптоматика	Брой	Процент	Кумулативен процент
Липсва симптоматика	16	40,0	40,0
Съмнителен случай	9	22,5	62,5
Налични симптоми на депресия	15	37,5	100,0
Общ брой отговорили	40	100,0	

Няма статистически значими различия в отговорите на интервюираните според диагнозата, пола, възрастта и трудовата заетост. Това може да е резултат от малкия брой случаи, включени в пилотното изследване. Единствената статистически значима разлика при депресивните симптоми е открита според признака “образование”, като пациентите с основно и средно образование са с по-силни симптоми в сравнение с пациентите с полувисше или висше:

$\chi^2 = 21, 558$, $p < 0,001$, Cramer's $V = 0,519$, contingency coefficient = $0,592$, $p < 0,001$.

Може да се допусне, че степента на образованост (вероятно свързана и със социалния статус, информираността за здравните проблеми и прогнозите и др.) влияе върху развитието на депресивни симптоми при хематологично болните, като по-високият образователен ценз е свързан с по-ниско ниво на депресивните симптоми.

Изводи

Въпреки че пилотното изследване е с ограничен мащаб, според резултатите от него могат да се направят следните по-важни изводи:

1. Въпросите от анкетната карта се разбират добре от пациентите и те с готовност им отговарят.

2. Съдейки по отговорите, качеството на живот на болните с онкохематологични заболявания е умерено влошено, въпреки че тяхната самооценка за здравното им състояние и общото качество на живота е доста добра. Този поглед е полезен както за успеха на терапията, така и за цялостното функциониране на индивидите с такива заболявания.

3. Терапевтичният екип и самото лечебно заведение получават висока оценка от страна на болните, а увереността в успеха на лечението е умерена – явление, характерно за този тип заболявания. Това ниво на увереност в успешната

терапия дава обяснение и на силните нагласи за търсене на помощ от алтернативната медицина.

4. Социалната поддръжка от страна на фамилията е добра – все още семейството е опора за българския пациент. Тя обаче е силно влошена при референтната група (значими за личността приятели, колеги, роднини). От една страна, това е типично при хронично болните пациенти, с които околните контактуват трудно, но може и да е индикатор за засилваща се алиенация. За това говори и находката, че повече от една трета се чувстват социалноизолирани от околните.

5. При повече от една трета от случаите в групата се демонстрират симптоми на тревожност и депресивност, което показва острата нужда от психологически консултации. Контактите на

психолога и социалния работник както с болния, така и с неговото семейство, а дори и с други негови близки, биха подпомогнали медиците в борбата със заболяването и биха допринесли за по-доброто качество на живот на онкохематологичните пациенти у нас.

Библиография

1. Г р у д е в а - П о п о в а , Ж. Има ли място интегративната медицина в клиничната хематология? – Здр. мениджмънт, 7, 2007, № 7, 35-38.
2. К а р а с л а в о в а , Е., Д. Тодорова, Т. Търновска и Б. Чомпалова. Влиянието на прехода върху коронарната болест на сърцето в България. – Соц. Мед., 2007, № 2, 35-39.
3. К а р а с л а в о в а , Е., Т. Търновска и Д. Тодорова. Депресия, тревожност и коронарна болест на сърцето. – Български психиатричен журнал "Рецептор", 2007, № 3, 31-37.
4. М а р к о в а , Д., Е. Караславова, М. Дякова и М. Иванова. Оптимизиране достъпа до скъпоструващо лечение на пациенти с онкологични заболявания. – Мед. менидж. и здр. полит., 39, 2008, № 2, 33-41.
5. Т и л к и д ж и е в , Н. Качество на живот и щастие: www.omda.bg/institut/niki/quality_of_life_and_happiness.htm
6. Т о с е в а , Н. Палиативните грижи – неотложна потребност. – Здр. мениджмънт, 1, 2001, № 1, 46-48.
7. G i l - F e r n a n d e z , J., C. Ramos et A. T. Tamayo. Quality of life and psychological well-being in Spanish long-term survivors of Hodkin's disease: results of a controlled pilot study. – Ann. Hematol, 82, 2003, 14-18.
8. P e o n i s h , W. et al. Treatment with Bendamustine and Prednisone in patients with newly diagnosed multiple myeloma results in superior complete response rate , prolonged time to treatment failure and improved quality of life compared to treatment with Melphalan and Prednisone – a randomized phase III study of the East German Study Group of Hematology and Oncology (OSHO). – J. Cancer Res. Clin. Oncol., 132, 2006, 205-212.
9. Z i g m o n d , A. S. et R. P. Snaith. The Hospital Anxiety And Depression Scale. – Acta Psychiatr. Scand., 67, 1983, 361-370.
10. T h e EORTC QLQ-C30 questionnaire – <http://www.eortc.be/HOME/QOL/ExplQLQ-C30.htm>
11. www.alanpriest.f2s.com/HAD%20Information.htm
12. www.library.nhs.uk/SpecialistLibrarySearch/Download.aspx?resID=123559
13. www.patient.co.uk/showdoc/40002439/

 Адрес за кореспонденция:

Грозденка Вандова
Клиника по хематология
УМБАЛ "Александровска"

☎ 02/9230-407

📁 Постъпила – 19.06.2008 г.