

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ АДАПТАЦІЇ ПРИ ПІДГОТОВЦІ ДО РАДІОТЕРАПІЇ

Доц. В. І. ВОВК¹, Є. І. КИРИЛОВА¹, Ю. М. ЛАЗАРЕНКО², М. М. НЕЛЯПІНА¹

¹ Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, Харків,

² Військово-медичний клінічний центр Північного регіону, Харків, Україна

Розглянуто особливості психоемоційної підготовки до променевої терапії пацієнтів із пухлинами голови та шиї. Для визначення їх психоемоційного статусу було використано методики «Самопочуття, активність, настрої», «Термометр дистресу». Виділено критерії пристосування до променевої терапії й основні мішені для психотерапевтичних інтервенцій.

Ключові слова: психоемоційна адаптація, психоонкологія, рак голови та шиї, променева терапія.

За сучасними даними, необхідність у застосуванні променевої терапії (ПТ) на різних етапах протипухлинного лікування виникає у понад половину пацієнтів онкологічного профілю. ПТ є альтернативою хірургічному втручанню (особливо на ранніх стадіях онкологічного процесу), може проводитися в самостійному режимі або у схемах комплексної терапії. Іноді застосування сучасних методів ПТ дає змогу зберегти орган і його функцію та вийти в ремісію з мінімальними побічними ефектами. За допомогою сучасних методів ПТ можна впливати на злоякісні пухлини з великою точністю, проте повністю уникнути променевих реакцій практично неможливо [1].

Злоякісні пухлини голови та шиї у структурі онкологічної захворюваності становлять близько 15–20% [2]. Онкологія голови та шиї є сьомим за частотою раком та дев'ятою за частотою причиною смерті від нього серед населення [3]. При опроміненні пухлин голови та шиї з'являються не тільки загальні реакції на опромінення, але й підвищується вірогідність появи неврологічних порушень, що найчастіше спостерігається через два-три місяці після цієї процедури. Ризик виявлення ментальних та неврологічних порушень зростає при опроміненні великих ділянок, дозі опромінення понад 60 Гр та віці пацієнтів старше 60 років. Так, у хворих, які отримували дози опромінення 35–45 Гр, було помічено порушення функціонування лобних відділів головного мозку, що виявлялися погіршенням концентрації уваги, контролю дій та мислення, уповільненням поведінкових реакцій. При опроміненні певних ділянок мозку може бути зниження слуху, зору, погіршення координації рухів тощо [4].

Сама звістка про необхідність опромінення на етапі підготовки до лікування може викликати у пацієнтів актуалізацію страхів, унаслідок чого на цьому етапі може спостерігатися високий рівень тривоги, що сприяє песимістичному сприйняттю перспектив протипухлинного лікування та заважає формуванню комплаєнса [5]. Додатковим стресовим фактором є також розповсюджені

міфи щодо ПТ, які можуть спровокувати відмову від лікування [6]. Тож важливим завданням медичної допомоги на етапі променевого лікування є не тільки психокорекція емоційної сфери, але й корекція когнітивних спотворень, психоедукація, формування задовільного терапевтичного альянсу та прихильності до терапії.

Багато авторів наголошують на необхідності розвитку підходу до вивчення багаторівневої цілісної системи психологічної адаптації, подальшого дослідження взаємозв'язку її рівнів і факторів, виділенню критеріїв адаптації й дезадаптації [7, 8]. Згідно з моделлю стресу й адаптації Р. Лазаруса та С. Фолкмана, одним з основних індивідуальних факторів психологічної адаптації є суб'єктивна оцінка стресової події [9]. Серед зарубіжних психоонкологічних досліджень найбільш близьким до відображення суб'єктивного психологічного благополуччя вважають суб'єктивно оцінюваний рівень емоційного дистресу, який визначається як стан емоційної напруженості, психологічного комфорту чи дискомфорту. Автори стверджують, що при проведенні психодіагностики вибір понять, не асоційованих із психопатологією, може зняти можливий страх оцінки, пов'язаної зі стигматизацією та соромом, до яких схильні онкохворі [10].

Мета нашої роботи — вивчити особливості психоемоційної адаптації при підготовці до ПТ у хворих на рак голови та шиї.

Для оцінки психоемоційного стану та визначення ступеня емоційного стресу на етапі підготовки до ПТ було проведено незалежно від статі психодіагностичне дослідження 60 хворих із пухлинами голови та шиї віком від 40 до 61 року. Усі пацієнти проходили ПТ у клініці ДУ «Інститут медичної радіології та онкології імені С. П. Григор'єва НАМН України» (м. Харків). Первинне діагностичне дослідження здійснювалося при прийомі пацієнтів у відділення радіології на етапі підготовки до ПТ, повторне — у середньому через два-три тижні після процесу опромінення. Для визначення психоемоційного статусу онкохворих було використано клінічний метод (опитування, збір скарг та анамнестичних

даних), тест диференційованої самооцінки функціонального стану «Самопочуття, активність, настрій» («САН»), методику «Термометр дистресу».

Опитувальник «САН» побудований за принципом полярних профілів — тридцяти пар протилежних характеристик, за якими обстежуваного просять оцінити свій стан. Він призначений для оперативної оцінки самопочуття, активності та настрою. Перші букви цих функціональних станів складають назву опитувальника. Функціональний стан визначається за усередненими бальними оцінками за кожною категорією ознак і характером співвідношень між ними [11].

«Термометр дистресу» — шкала для аналізу рівня емоційного дискомфорту, а також виявлення основних зон — емоційної, соматичної, побутової, духовної, сімейної та соціальної, що роблять значний внесок у дистрес. Шкалу розроблено J. Holland (2007) у США для роботи з пацієнтами соматичних клінік. Методика дає змогу швидко й ефективно оцінити ступінь вираженості дистресу [9, 11].

Для оцінки достовірності відмінностей між двома групами за середнім значенням будь-якого одного показника використовувався *t*-критерій Стьюдента. Для перевірки зв'язку між показниками вибірки застосовано коефіцієнт рангової кореляції Спірмена.

У результаті аналізу отриманих даних було встановлено, що середній показник рівня дистресу за шкалою «Термометр дистресу» на етапі підготовки до ПТ становив 4,5 бала (за 10-бальною шкалою, де 1 — мінімальний рівень дистресу, 10 — максимальний, що призводить до дезадаптації хворого). У процесі проходження процедур ПТ у 90 % хворих показник дистресу збільшувався на 2–4 бали. Причини такого рівня дистресу у пацієнтів на етапі підготовки до ПТ були такі. Загальний страх та побоювання відзначалися у 83,33 % обстежених, нервозність у поєднанні з вегетативною симптоматикою — у 66,66 %, хвилювання, смуток, втрата інтересу до звичних занять — у 33,33 %. Клінічні ознаки депресії було виявлено у 16,66 % пацієнтів. Хвилювалися стосовно здоров'я членів власної родини 75,00 % хворих, виявляли фобічні ознаки щодо роботи, стосунків із чоловіком або дружиною — 61,66 %; мали побоювання відносно можливості мати дітей у майбутньому — 45,00 %.

Після проходження курсу ПТ 33,33 % пацієнтів указали на наявність виразок у ротовій порожнині, зниження концентрації уваги та пам'яті, оніміння кисті та стопи, що також негативно впливало на їхній психоемоційний стан.

Для визначення особливостей психоемоційного стану онкохворих на етапі підготовки до променевого лікування використано методику «САН», що давала змогу робити оцінку за трьома шкалами: «Самопочуття», «Активність», «Настрій». Кожна шкала мала від 10 до 70 балів: менше 30 — низький рівень, 31–50 — середній, вище 51 — високий.

Результати тесту диференційованої самооцінки функціонального стану пацієнта за методикою «САН» наведено у таблиці.

Середні показники за шкалами методики «Самопочуття, активність, настрій» у результаті первинного та повторного обстеження онкопацієнтів (бали, $m \pm M$)

Шкала	Первинне обстеження	Повторне обстеження
Самопочуття	44,83±9,4	32,50±4,5
Активність	34,83±11,1	29,00±4,5
Настрій	43,00±12,1	25,25±8,7*

* $p < 0,05$.

Так, загалом середні показники психоемоційного стану обстежених за всіма шкалами тесту «САН» на етапі підготовки до ПТ перебували на середньому рівні («Самопочуття» — 44,83±9,4, «Активність» — 34,83±11,1, «Настрій» — 43,00±12,1). Після проходження процедур ПТ показники за всіма шкалами мали тенденцію до зниження, середній показник за шкалами «Активність» та «Настрій» переходив на низький рівень (29,0±4,5 та 25,25±8,7 відповідно). Динаміку за показником «Настрій» було підтверджено статистично ($p < 0,05$).

При індивідуальному аналізі динаміки показників методики «САН» оцінювалися зміни показників: до 10 балів, від 10 до 20 балів, від 20 до 30 балів та понад 30 балів.

Установлено, що у процесі ПТ показники за шкалою «Самопочуття» знизилися у 50,00 % пацієнтів, причому в 33,33 % до 10 балів, а у 16,66 % — на 30 балів ($p < 0,05$). В інших 50,00 % хворих показники за шкалою «Самопочуття» залишилися на середньому рівні.

За шкалою «Активність» стан у 66,67 % пацієнтів погіршився, причому у 41,66 % з них зафіксовано показник на рівні понад 10 балів, що перевело його із середнього на низький, ще у 40,00 % хворих погіршення показника визначено до 10 балів.

За шкалою «Настрій» негативні зміни після проходження курсу ПТ відбулися у 66,67 % пацієнтів. У 55,00 % хворих показник знизився до 10 балів, а у 21,66 % — на 30 балів ($p < 0,05$).

Слід відзначити, що за результатами психокогнітивної роботи з пацієнтами було виділено критерії пристосування до ПТ: 1) виконання основних правил та вимог, пов'язаних із харчуванням, гігієною, дотриманням режиму; 2) своєчасність та якість інформування лікаря про зміни стану пацієнта; 3) якість взаємовідносин із персоналом (конструктивність, послідовність, дотримання особистісних меж).

Таким чином, за результатами дослідження встановлено, що на етапі підготовки до ПТ всі хворі відзначили в себе емоційні проблеми — страхи, нервозність, смуток, хвилювання та депресивні прояви, що призводили до дезадаптації та емоційного дистресу.

У процесі проходження процедур ПТ кореляції між двома методиками мали свої особливості.

Для пацієнтів із більш тяжким перебігом захворювання були притаманні більш низькі показники, в тому числі самопочуття, активності та настрою. Результати дослідження показали значущу позитивну кореляцію ($r = 0,643$; $p = 0,001$) між рівнем пристосування до вимог лікування і активною позицією відносно дотримання критеріїв пристосування. Більш низький рівень пристосування був пов'язаний із більш песимістичною, пасивною позицією щодо лікування ($r = 0,463$; $p = 0,030$). Рівень дистресу значуще позитивно корелював зі шкалами методики «САН» – самопочуття ($r = 0,792$; $p = 0,000$), активність ($r = 0,797$; $p = 0,000$), настроїв ($r = 0,632$; $p = 0,002$).

Таким чином, у всіх обстежених пацієнтів онкологічного профілю було встановлено високий рівень дистресу, який був вищим у пацієнтів

із більш тяжким перебігом захворювання та з песимістичною, пасивною позицією щодо лікування. Отримані результати показали, що на етапі проходження курсу ПТ для хворих на рак голови та шиї дуже важлива психокорекційна робота, яка спрямована на подолання дистресу, зниження рівня тривоги, нормалізацію емоційного стану, запобігання розвитку депресивних станів. На етапі підготовки до курсу ПТ головним завданням є психоедукація та психокорекція з метою адаптації та пристосування до етапу ПТ, подолання тривожної та фобічної симптоматики. Після проходження радіотерапії завданням терапевтичного альянсу є допомога в організації функціонування в нових умовах. Зазначені особливості можна виділити як мішені для психотерапевтичних інтервенцій.

Список літератури

1. Іванкова В. С. Сучасна променева терапія та етапи її розвитку // Український радіологічний журн. 2015. Т. 23 (2). С. 84–87.
2. Рак в Україні, 2019–2020 (захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби) // Бюлетень Національного канцер-реєстру України. К., 2021. № 22.
3. Онкологія: підруч. / Ю. В. Думанський та ін.; за ред. Г. В. Бондаря, А. І. Шевченка, І. Й. Галайчука. 2-ге вид., переробл. та допов. К.: ВСВ «Медицина», 2019. 520 с.
4. Аракелянц Т. А., Гарданова Ж. Р., Чернов А. В. Влияние протонной и лучевой терапии на когнитивные функции // Молодой ученый. 2016. № 15 (119). С. 399–400.
5. Ивашкина М. Г. Опыт психокоррекционного и психореабилитирующего сопровождения личности в условиях онкологического заболевания // Лечебное дело. 2010. № 3. С. 49–54.
6. Distress screening, rater agreement, and services in pediatric oncology / S. K. Patel et al. // Psycho-Oncology. 2011. Vol. 20. P. 1324–1333. doi: 10.1002/pon.1859
7. Мухаровська І. Р. Медико-психологічна допомога для онкохворих на різних етапах лікувального процесу // Science Rise: Medical science. 2017. № 1 (9). С. 15–19.
8. Vovk V. I. Adaptation disruptions: gender aspect // Український вісн. психоневрології. 2015. Т. 23, вип. 3 (84). С. 58–60.
9. Lazarus R. S. From psychological stress to the emotions: A history of changing out-looks // Annual Review of Psychology. 1993. Vol. 44. P. 1–21. doi: 10.1146/annurev.ps.44.020193.000245
10. Psycho-Oncology. 3rd ed. / J. C. Holland et al. Oxford: Oxford University Press, 2015. 864 p.
11. Неурова А. Б., Капінус О. С., Грищевич Т. Л. Діагностика індивідуально-психологічних властивостей особистості: навч.-метод. посіб. Львів: НАСВ, 2016. 181 с.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ПРИ ПОДГОТОВКЕ К РАДИОТЕРАПИИ

В. И. ВОВК, Е. И. КИРИЛЛОВА, Ю. М. ЛАЗАРЕНКО, М. М. НЕЛЯПИНА

Рассмотрены особенности психоэмоциональной подготовки к лучевой терапии пациентов с опухолями головы и шеи. Для определения их психоэмоционального статуса были использованы методики «Самочувствие, активность, настроение», «Термометр дистресса». Выделены критерии адаптации к лучевой терапии и основные мишени для психотерапевтических интервенций.

Ключевые слова: психоэмоциональная адаптация, психоонкология, рак головы и шеи, лучевая терапия.

FEATURES OF PSYCHO-EMOTIONAL ADAPTATION DURING PREPARING TO RADIOTHERAPY

V. I. VOVK, E. I. KIRILOVA, Yu. M. LAZARENKO, M. M. NELYAPINA

Peculiarities of psychoemotional preparing to radiation therapy of the patients with head and neck tumors have been considered. To determine their psycho-emotional status, the methods to assess health, activity and mood, as well as «Distress Thermometer» were used. Criteria for adaptation to radiation therapy and the main targets for psychotherapeutic interventions were highlighted.

Key words: psychoemotional adaptation, psychooncology, head and neck cancer, radiation therapy.

Надійшла 13.05.2021